

Istituto Scientifico di Pavia
Divisione Recupero
e Rieducazione Funzionale
sez. Riabilitazione Neuromotoria



I disturbi di deglutizione

Come aiutare i pazienti: note per familiari ed assistenti

A cura di

Veronica Bruno LOGOPEDISTA
Diego Sparpaglione FISIATRA

I MANUALI DELLA FONDAZIONE MAUGERI
Maugeri Foundation Books I LIBRI DELLA FONDAZIONE MAUGERI

I DISTURBI DI DEGLUTIZIONE

COME AIUTARE I PAZIENTI:
NOTE PER FAMILIARI ED ASSISTENTI

A CURA DI

Veronica Bruno LOGOPEDISTA
Diego Sparpaglione FISIATRA

FONDAZIONE S. MAUGERI
ISTITUTO SCIENTIFICO DI PAVIA
DIVISIONE RECUPERO E RIEDUCAZIONE FUNZIONALE
SEZ. RIABILITAZIONE NEUROMOTORIA

PRINTED IN ITALY
PROPRIETÀ LETTERARIA RISERVATA

© 2012

Tipografia PI-ME Editrice S.r.l.
Via Vigentina 136^A
PAVIA 27100, Italy
Tel. 0382.572169 - Fax 0382.572102
E-mail: tipografia@pime-editrice.it

EDIZIONE NON IN VENDITA

Tutti i diritti sono riservati.
Nessuna parte di questo manuale
può essere riprodotta, senza
la preventiva autorizzazione
scritta dell'editore.

Finito di stampare nel mese di febbraio duemiladodici
presso la Tipografia PI-ME Editrice S.r.l. di Pavia

Indice

Introduzione	pag. 6
1. Che cos'è la disfagia?	pag. 7
2. Come funziona la deglutizione?	pag. 8
3. Principali conseguenze della disfagia	pag. 12
4. Tipi di disfagia e le principali cause	pag. 13
5. La diagnosi di disfagia	pag. 14
6. La gestione del paziente con disfagia	pag. 17
7. Consigli generali per i pasti	pag. 19
1. Posizione adeguata del corpo	pag. 19
2. Evitare di parlare durante il pasto	pag. 21
3. Evitare le distrazioni nel corso del pasto	pag. 21
4. Aspettare di aver deglutito il boccone prima di procedere con il successivo	pag. 22
5. Evitare di bere se sono presenti residui di cibo in bocca!	pag. 23
6. Quando sospendere i pasti?	pag. 24
8. La rieducazione del disturbo disfagico	pag. 25
1. Metodiche di compenso	pag. 25
2. Esercizio terapeutico	pag. 26
3. Provvedimenti adattivi	pag. 27
3.1 CONSISTENZA DEGLI ALIMENTI	pag. 27
3.2 TEMPERATURA DEGLI ALIMENTI	pag. 29
3.3 AUSILI PER L'ALIMENTAZIONE	pag. 30
3.4 FRAZIONAMENTO DEI PASTI	pag. 30
3.5 PREFERENZE ALIMENTARI	pag. 30
9. Adeguata pulizia del cavo orale	pag. 31
10. Il problema dell'assunzione dei farmaci	pag. 32
11. Come comportarsi in caso di soffocamento da cibo?	pag. 33
12. Sondino naso-gastrico	pag. 35
13. P.E.G. Gastrostomia Endoscopica Percutanea	pag. 36
14. Se è presente la tracheotomia	pag. 39

Gent.le Signore/ra

se Le è capitata tra le mani questa pubblicazione probabilmente è perché Lei, un Suo familiare o un conoscente è affetto da un disturbo della deglutizione (disfagia) che comporta incapacità di mandare il cibo nello stomaco attraverso la via corretta (esofago): in questa circostanza, il cibo masticato può deviare nella trachea e nei bronchi con grave pericolo di polmonite da ingestione e soffocamento anche mortale.

Al fine di aiutare Lei o il Suo congiunto, La preghiamo di seguire con meticolosità le istruzioni che Le verranno illustrate nelle pagine seguenti.

È importante rammentarLe che la mancata osservanza di queste disposizioni può mettere in pericolo la vita stessa del paziente. La preghiamo quindi di informare allo stesso modo eventuali altre persone che si dovessero occupare di Lei o del Suo familiare.

Qualora abbia dei dubbi non esiti a contattare l'Ambulatorio di Logopedia Divisione R.R.F. al numero di telefono 0382/592495 dal lunedì al venerdì dalle ore 14 alle ore 15 per le eventuali ulteriori informazioni in merito.

Buona lettura.

INTRODUZIONE

Molte strutture, dalle labbra all'esofago, devono coordinarsi sotto la guida del controllo nervoso: diverse patologie, soprattutto neurologiche, possono alterare o addirittura impedire la deglutizione. Il problema è stato per diverso tempo ignorato o almeno sottovalutato ed i disturbi della deglutizione, definibili in generale disfagia, possono essere poco evidenti al paziente stesso. Egli non è portato, infatti, a dare importanza al fatto apparentemente banale che "le cose vanno di traverso" oppure si adatta come meglio può, ad evitare i cibi "difficili" o rallentando notevolmente il pasto, pensando di mettere a tacere il problema. Spesso, inoltre, il paziente soffre simultaneamente di gravi difficoltà di movimento degli arti o difficoltà di comunicazione che mettono in ombra la disfagia.

Per curare al meglio il disturbo della deglutizione, il paziente stesso e i suoi familiari diventano alleati preziosi: la loro consapevolezza che il problema esiste o che potrebbe presentarsi, la conoscenza dei meccanismi di base della deglutizione e dei sintomi più evidenti di disfagia e l'informazione su comportamenti preventivi semplici ed efficaci, rappresentano mezzi riabilitativi non meno importanti delle molte competenze professionali coinvolte nel programma di cura.

L'intento di questo opuscolo, semplice, ma rispettoso delle complessità, è proprio quello di dare ai familiari ed assistenti dei pazienti, uno strumento adatto a migliorare le proprie conoscenze per dare un'assistenza efficace alle persone con disturbi della deglutizione.

Dr.ssa Isabella Springhetti

*Responsabile Divisione Recupero
e Rieducazione Funzionale
Istituto Scientifico di Pavia*

Pavia, 12 gennaio 2012

▶ 1. Che cosa è la disfagia?

Con il termine DISFAGIA vengono definite tutte le difficoltà o impossibilità ad attuare correttamente una alimentazione autonoma per via orale.

La disfagia è un **disturbo della deglutizione**. Essa è presente in numerose patologie neurologiche e in esiti di interventi chirurgici sia sul sistema nervoso sia sulle altre strutture coinvolte nella deglutizione:

- Labbra
- Lingua
- Mandibola
- Denti
- Faringe
- Laringe
- Esofago

Tutti questi organi sono coinvolti nella deglutizione (**Fig. 1**). La bocca, la lingua, la faringe e l'esofago costituiscono un canale attraverso cui il cibo giunge allo stomaco. Ma questo canale è condiviso con un'altra funzione vitale: **la respirazione**. La disfagia è quindi un disturbo che riguarda un crocevia critico per la nostra salute: quello tra la via alimentare e quella respiratoria.

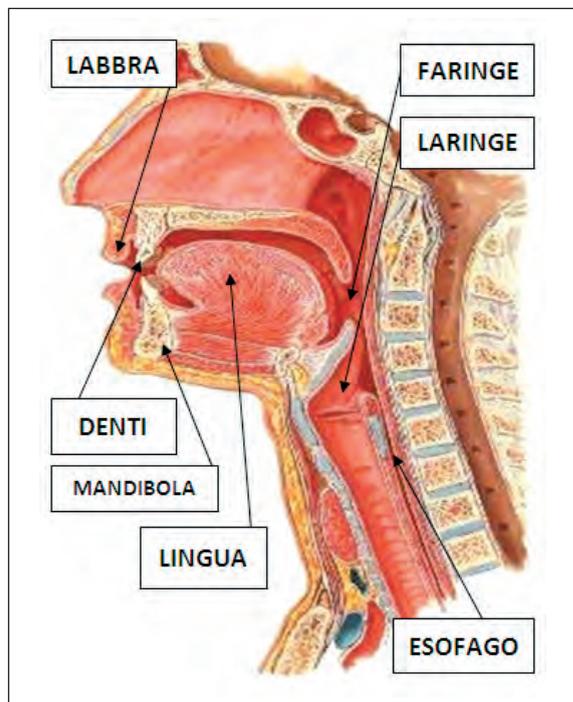


Fig. 1: organi coinvolti nella deglutizione

2. Come funziona la deglutizione?

La deglutizione è una funzione che richiede una complessa coordinazione fra le strutture coinvolte nel passaggio del cibo dalla bocca allo stomaco.

Semplificando si può suddividere la deglutizione in sei fasi. La disfagia nasce per la compromissione di una o più fasi.

- FASE ZERO

Trasporto del cibo fino alla bocca e superamento delle labbra.

- FASE UNO o di preparazione orale (**Fig. 2**)

Masticazione del cibo che viene miscelato con la saliva, reso omogeneo e prende il nome di “bolo”.

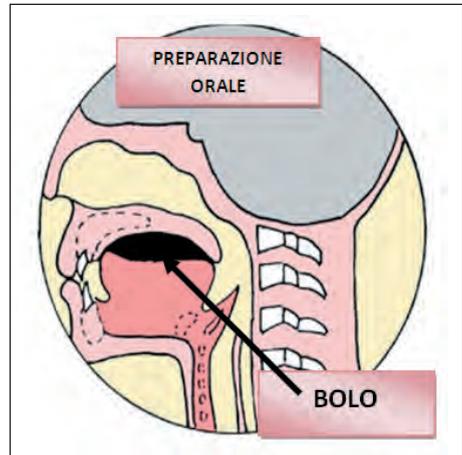


Fig. 2

- FASE DUE o fase orale (**Fig. 3**)

La lingua trasporta il “bolo” fino alla zona posteriore della bocca.

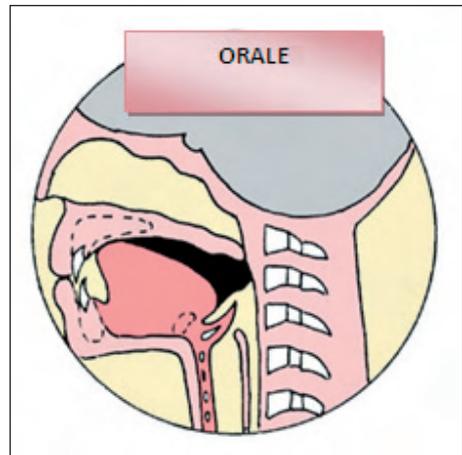


Fig. 3

- FASE TRE

Innesco del riflesso della deglutizione.

- FASE QUATTRO o fase faringea (**Fig. 4**)

Passaggio del “bolo” dalla bocca fino nel faringe, zona in cui la via digestiva incrocia la via respiratoria e dove avviene la coordinazione di meccanismi che permettono il transito del bolo evitandone il passaggio nel naso e la penetrazione/aspirazione in laringe e successivamente nell’apparato bronco-polmonare.

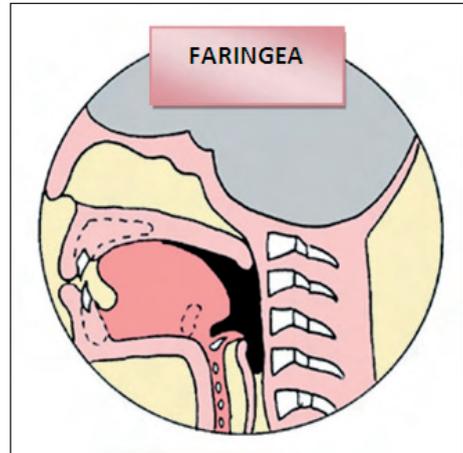


Fig. 4

- FASE CINQUE o esofagea (**Fig. 5**)

Passaggio del bolo nell’esofago e quindi nello stomaco.

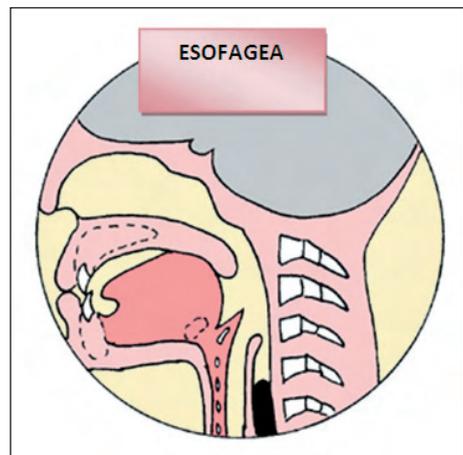


Fig. 5

Le figure precedenti illustrano come sia critico il passaggio del cibo dalla bocca all'esofago. Infatti in questa zona, detta "**quadrivio faringeo**", **confluiscono la via respiratoria e quella alimentare (Fig. 6)**. Per questo motivo può capitare che il cibo vada "**per traverso**", ovvero che il bolo invece di imboccare l'esofago, imbocchi la via respiratoria. Quando questo accade, l'organismo normale risponde prontamente con la **tosse**, spesso convulsa ed insistente. La tosse ha un ruolo fondamentale poiché permette di espellere il cibo dalla via respiratoria (laringe, bronchi) e di riportarlo dove può essere nuovamente deglutito (faringe, bocca).

Nella persona sana può avvenire, raramente e accidentalmente, che il cibo vada "per traverso" provocando in risposta la tosse riflessa.

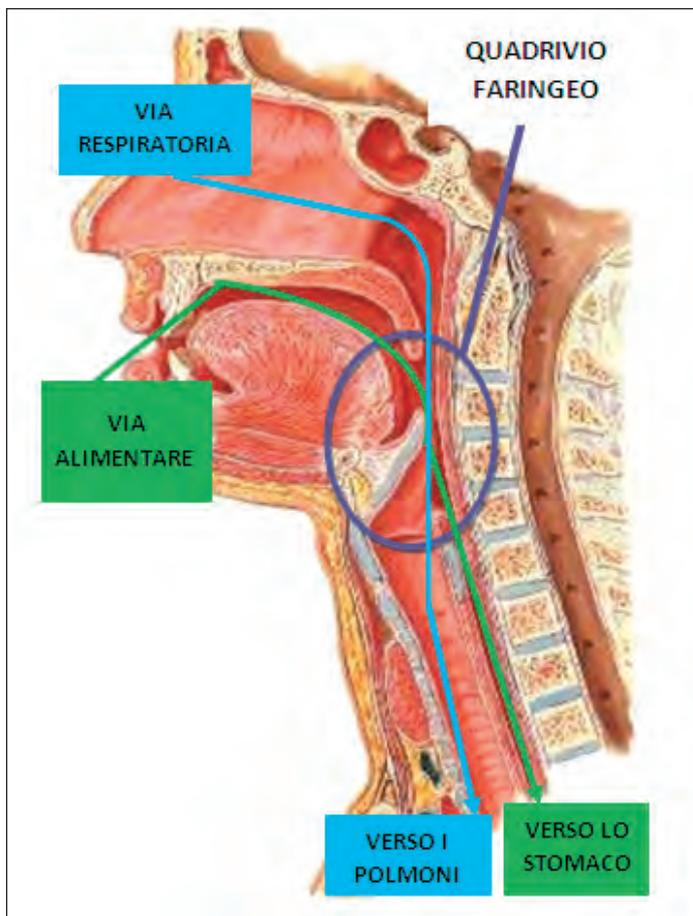


Fig. 6: il quadrivio faringeo

Quando invece è presente **la disfagia** può accadere che il **cibo imbocchi la via respiratoria**, e quindi vada “per traverso”, con più frequenza. Nella disfagia spesso questo accade senza nemmeno scatenare la tosse riflessa che libera la via respiratoria dal cibo.

La **tosse riflessa** è **involontaria**, non dipende dalla nostra volontà.

La deglutizione si compone di alcuni atti che possono essere controllati con la volontà e di altri che invece avvengono in modo involontario.

Nella deglutizione è possibile intervenire con la **volontà** quando: metto in bocca l'alimento, mastico, spingo con la lingua il cibo verso il palato.

Da questo momento in poi la deglutizione prosegue in modo **riflesso** in meno di un secondo e senza il controllo della nostra volontà.

1. Il cibo sulla lingua viene spinto all'indietro verso la faringe, si chiude il palato molle (velo pendulo) impedendo il ritorno di cibo nelle fosse nasali.
2. La laringe si solleva.
3. Le corde vocali si chiudono impedendo al cibo di entrare nelle vie respiratorie.
4. L'epiglottide si abbassa coprendo le corde vocali, e creando un passaggio per il cibo verso l'esofago.
5. L'anello muscolare all'inizio dell'esofago si rilascia permettendo al bolo di procedere verso lo stomaco.

La **deglutizione** quindi, è una funzione molto sofisticata che deve essere sempre coordinata con un'altra importante funzione vitale: **la respirazione**.

3. Principali conseguenze della disfagia

In alcune malattie si manifestano alterazioni di una o più fasi della deglutizione; sia di quelle che avvengono in modo riflesso, involontariamente, sia di quelle che sono controllate dalla nostra volontà. Queste alterazioni della deglutizione possono provocare:

- alterazioni nella capacità di masticare;
- rallentamento del riflesso della deglutizione;
- perdita di forza dei muscoli coinvolti nella deglutizione;
- mancata coordinazione della respirazione con la deglutizione.

Queste alterazioni possono provocare l'**ASPIRAZIONE** del cibo, ovvero il passaggio del cibo nella via respiratoria.

Le principali conseguenze della disfagia e dell'aspirazione sono le seguenti:

1. **MALNUTRIZIONE:** Si rischia la malnutrizione quando sono presenti delle difficoltà nel deglutire che portano a non assumere in modo bilanciato tutti gli alimenti necessari. In questo caso le difficoltà nel deglutire possono non comportare il passaggio di cibo nella via respiratoria (aspirazione) ma semplicemente un rallentamento e maggiore fatica nella deglutizione.
2. **POLMONITE DA ASPIRAZIONE ALIMENTARE:** L'aspirazione degli alimenti, specialmente se accumulata nel tempo, può dare origine a fenomeni infiammatori e polmoniti dette "**polmoniti ab ingestis**", ovvero causate dal passaggio di cibo nei bronchi e nei polmoni. Queste polmoniti possono condurre a gravi conseguenze, compresa la morte. Nei casi in cui la polmonite non sia fatale gli episodi di broncopolmonite possono ripetersi nel tempo.

4. Tipi di disfagia e le principali cause

Esistono diversi tipi di disfagia che necessitano di valutazioni, trattamenti e precauzioni specifiche. Per distinguerne i vari tipi di disfagia è necessario tenere conto del punto in cui si verifica il malfunzionamento della deglutizione.

Disfagia orale (1^a e 2^a fase della deglutizione). Si può verificare in caso di paralisi periferiche del nervo facciale, nelle labio-palatoschisi, in seguito ad interventi chirurgici demolitivi e radioterapie riguardanti la bocca. In presenza di malattie neurologiche quali: sclerosi laterale amiotrofica (S.L.A.), sclerosi laterale primaria (S.L.P), sclerosi multipla, malattia di Parkinson, atrofia multi-sistemica (M.S.A.), ischemie cerebrali e tumori cerebrali.

Disfagia faringea (3^a e 4^a fase della deglutizione). Ciò si verifica nell'80% dei casi a causa di malattie neurologiche (vedi sopra) e nel 20% in seguito ad interventi chirurgici dall'area testa-collo.

Disfagia esofagea. Vi è un disturbo a livello della 5^a e ultima fase della deglutizione. Ciò si può verificare a causa di anomalie della struttura (come in caso di diverticoli nell'esofago o per compressione esterna da parte della tiroide), per anomalie della funzione (come in caso di malattie neurologiche) o per entrambi i deficit (come in seguito ad interventi chirurgici).

5. La diagnosi di disfagia

La diagnosi e il trattamento della disfagia sono compito del medico e del logopedista che valutano l'entità del disturbo mediante prove dirette della deglutizione ed indagini sulle strutture correlate e coinvolte.

La valutazione è costituita da:

1. Raccolta della **storia** del paziente e del disturbo.

In particolare verranno poste domande specifiche su i “**campanelli d'allarme**” che possono essere il segno del passaggio del cibo nelle vie aeree. I più evidenti possono essere il **soffocamento, la tosse insistente e la comparsa di colorito cianotico al volto**.

Esistono però alcune **malattie neurologiche** in cui **la tosse riflessa**, ovvero scatenata dal cibo che entra nella via respiratoria, **non è presente**. In assenza di tosse riflessa non è possibile affermare con certezza se la persona è disfagica. Altri **segni meno evidenti** della tosse riflessa possono aiutarci a capire se ci sono difficoltà nella deglutizione. Ecco alcuni sintomi che devono indurre sospetto:

- La comparsa di **voce velata o gorgogliante** dopo la deglutizione del boccone.
- **Sforzo elevato**, tempi prolungati alla masticazione e necessità di compiere **più atti deglutitori** per ingerire un solo boccone.
- La **fuoriuscita** di liquidi e di cibo dal **naso**.
- La presenza di **febbricola** senza cause evidenti.
- L'aumento di **salivazione**.
- La presenza di **catarro senza cause evidenti**.

2. **L'esame obiettivo** che permette di verificare la situazione attuale con prove di funzionalità della muscolatura e dei riflessi. Inoltre si eseguono delle prove di deglutizione di liquidi e cibi di consistenza diversa.

3. **Le indagini strumentali** utilizzate nei casi in cui i dati raccolti e i risultati delle prove non siano sufficienti. Queste sono:

- **La videofluoroscopia.**
- **La faringo-laringoscopia a fibre ottiche flessibili.**
- **La manometria esofagea.**
- **Lo studio elettromiografico della deglutizione.**

La manometria esofagea misura le variazioni di pressione dello sfintere esofageo superiore e inferiore che delimitano la via digestiva e che aprendosi consentono rispettivamente il passaggio del bolo nell'esofago e nello stomaco. Tale esame consente di valutare la funzionalità degli sfinteri (anelli muscolari posti agli estremi inferiori e superiori dell'esofago). In particolare la funzionalità dello sfintere esofageo superiore dipende dal corretto innalzamento del laringe. Tale innalzamento, insieme al ribaltamento dell'epiglottide e alla chiusura delle corde vocali, permette di proteggere la via respiratoria nel momento della deglutizione. Un deficit di funzionamento dello sfintere può causare aspirazione di cibo poiché il bolo non riesce a passare correttamente nell'esofago.

La faringo-laringoscopia con fibre ottiche flessibili viene effettuata con l'introduzione di una piccola fibra ottica flessibile in una narice (**Fig. 7**). Questo

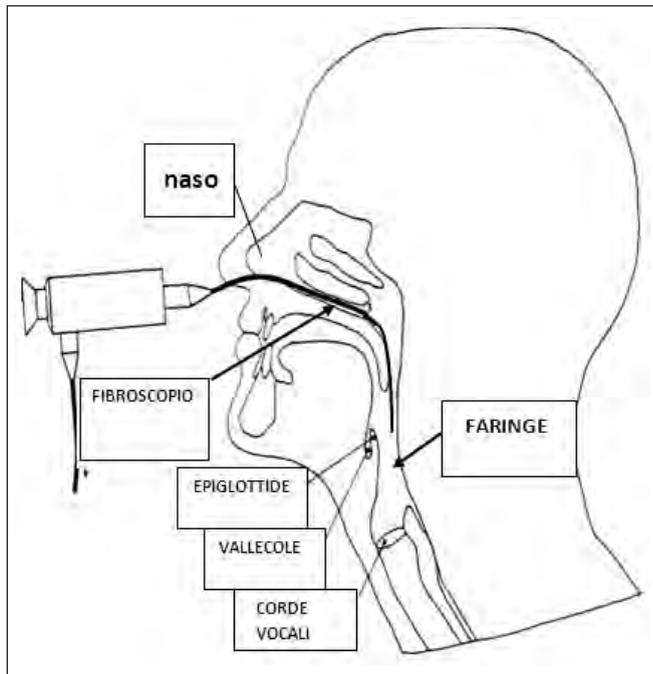


Fig. 7: la faringo-laringoscopia, le strutture che vengono osservate

strumento viene fatto procedere in faringe e permette di visualizzare la laringe. Nel corso dell'esame si chiede alla persona di deglutire liquidi e cibi di diverse consistenze. Lo specialista potrà quindi valutare: la prontezza del riflesso della deglutizione, l'efficacia della chiusura del velo, il ristagno del cibo/liquidi e il loro eventuale passaggio nella via respiratoria (penetrazione in laringe). Con questa indagine inoltre si può evidenziare una eventuale aspirazione "silente" che avviene quando il cibo o i liquidi entrano nella via respiratoria senza che sia presente alcun segno (tosse riflessa).

L'esame videofluorografico si svolge come una normale radiografia (**Fig. 8**). Viene richiesto al paziente di deglutire mezzo di contrasto liquido con una consistenza modificata in relazione al caso. La registrazione delle immagini consente di visualizzare il transito del bolo durante tutto il percorso dalla bocca all'esofago. Diviene così possibile un'accurata diagnosi sul tipo di rischio che presenta l'atto deglutitorio del paziente. Nel corso dell'esame è inoltre possibile valutare l'efficacia delle posture del capo e delle manovre di deglutizione che diminuiscono i rischi di aspirazione al fine di adeguare l'intervento riabilitativo.

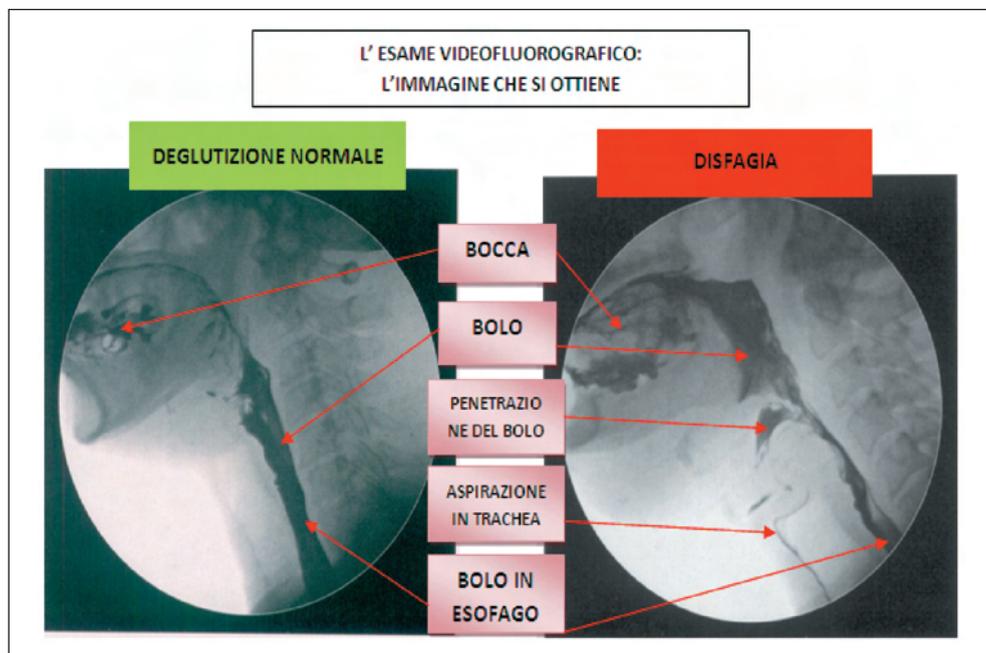


Fig. 8

▶ 6. La gestione del paziente con disfagia

Quando si è completata la valutazione occorre decidere se il soggetto possa alimentarsi per bocca. In caso contrario bisogna scegliere una alimentazione alternativa che può essere effettuata attraverso **sondino nasogastrico (S.N.G.)** o mediante **gastrostomia percutanea (P.E.G.)**. Più avanti verranno descritte entrambe le alternative.

La gestione del sintomo disfagia, quando è possibile l'alimentazione per bocca coinvolge diversi professionisti sanitari.

Il **medico specialista** responsabile del paziente coordina tutte le attività di valutazione (logopediche, dietistiche) e gli approfondimenti diagnostici del caso (l'esame videofluorografico, la faringolaringoscopia). Qualsiasi decisione in merito alle modificazioni della dieta assunta dal paziente, alle modalità di assunzione sia di alimenti sia della terapia farmacologica necessita di supervisione medica. Le figure del team:

Il **logopedista** è l'operatore sanitario che si occupa della prevenzione e riabilitazione dei disturbi della voce, del linguaggio e di deglutizione. Collabora con il medico specialista alla valutazione del paziente con osservazioni mirate a cogliere il danno funzionale. Fornisce informazioni agli altri operatori sanitari ed ai famigliari sulle modalità per rendere più agevole la deglutizione: **posture facilitanti, norme alimentari precauzionali e tecniche rieducative.**

Il **medico nutrizionista** studia il fabbisogno nutrizionale del paziente per prevenire il deperimento organico.

Il **dietista** stila una dieta bilanciata sia sul piano idro-salino sia su quello calorico-proteico.

L'**infermiere professionale** è l'operatore sanitario addetto all'assistenza del malato. In base alle informazioni ottenute dal logopedista e dal

medico opera una supervisione ai pasti e mette in atto le corrette procedure di alimentazione.

Il **fisioterapista** integra l'attività di rieducazione logopedica con esercizi che migliorano la funzionalità del collo, del tronco e della respirazione.

Inoltre altro **personale di assistenza (caregiver, operatori socio-sanitari)** e i **famigliari** sono indispensabili affinché il progetto riabilitativo proceda senza difficoltà. Infatti essi sono le persone più frequentemente presenti ai pasti del paziente. La loro adesione al programma riabilitativo è fondamentale per non sottoporre il soggetto a rischi inutili con un'alimentazione scorretta. I famigliari possono fornire informazioni sulle preferenze alimentari precedenti alla malattia, qualora il paziente stesso non riesca a farlo. Obiettivo del trattamento logopedico è ridurre al minimo i rischi di aspirazione per il paziente e nello stesso tempo evitare che il pasto diventi fonte di ansia.

▶ 7. Consigli generali per i pasti

La gestione della persona che presenta disfagia ha come obiettivo primario **l'alimentazione in sicurezza**, ovvero che consente di ridurre al minimo le possibilità che il cibo imbocchi la via respiratoria, con le conseguenze di cui abbiamo parlato in precedenza (soffocamento, polmonite “ab ingestis”). Inoltre è necessario che le modalità di deglutizione consentano un corretto passaggio del cibo dalla bocca all'esofago con il minor sforzo possibile e introducendo tutta la varietà e quantità dei nutrimenti necessari.

Di seguito sono elencati alcuni consigli (che per maggiore chiarezza sono accompagnati da disegni) che possono aiutare la persona con problemi di disfagia ad alimentarsi in modo sicuro, riducendo al minimo le difficoltà.

1. Posizione adeguata del corpo

Paziente posizionato sulla sedia: il paziente deve essere con comodo appoggio degli avambracci ed i piedi appoggiati a terra e con la schiena eretta. La **testa deve essere dritta**, non piegata di lato o ruotata, e, salvo diverse indicazioni, è appena flessa in avanti (**Fig. 9**).

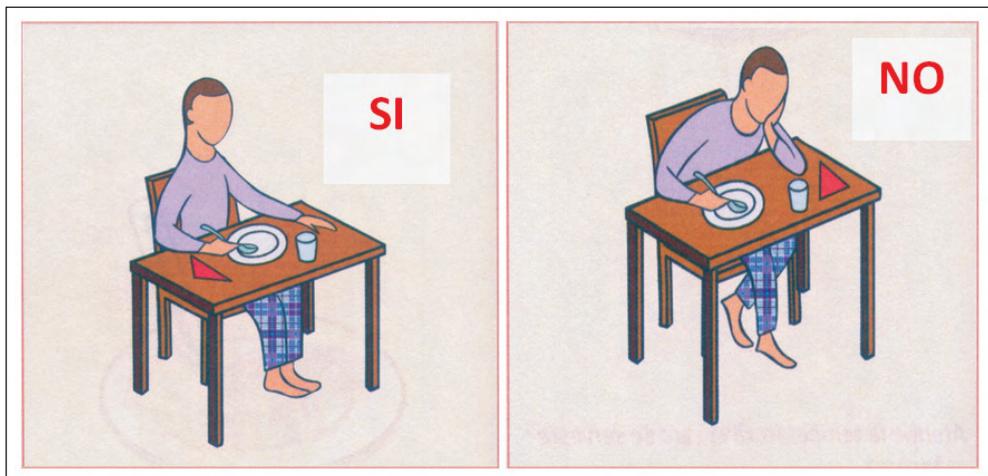


Fig. 9: esempio di posizione corretta (a sinistra) ed errata (a destra)

Paziente posizionato sulla sedia a rotelle: valgono tutte le indicazioni fornite sopra (**Fig. 10**). È particolarmente importante che il **dorso** non tenda a scivolare di lato o in avanti; al tal fine lo schienale deve avere un'inclinazione sufficiente a mantenere la persona comoda e stabile, il collo in linea retta con il tronco, per facilitare il passaggio del cibo. Il **capo deve sempre essere dritto** o lievemente flesso in avanti. Le piante dei piedi devono essere poggiate su adeguati sostegni.

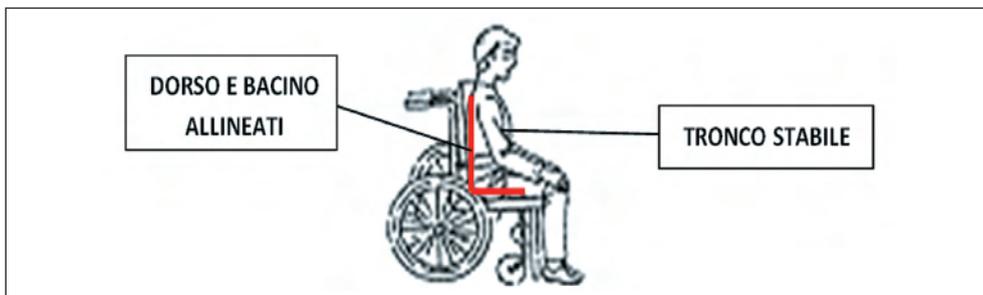


Fig. 10: esempio di posizione corretta sulla sedia a rotelle

Paziente posizionato a letto: deve essere adottata la posizione **seduta con spalliera** del letto sollevata di 80-90° per portare il più possibile l'anca ad angolo retto (**Fig. 11**). Se necessario attraverso un cuscino dietro la schiena viene dato sostegno al sollevamento della colonna vertebrale. Le gambe sono distese sul letto con flessione delle ginocchia di 20-30°. È possibile posizionare un cuscino sotto le ginocchia per evitare lo scivolamento del bacino. Anche in questo caso **il capo deve essere dritto** o lievemente flesso in avanti.

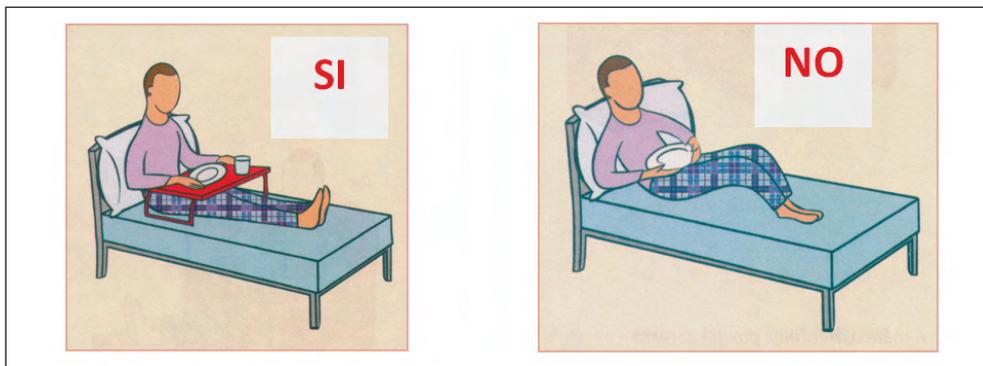


Fig. 11: esempio di posizione al letto corretta (a sinistra) ed errata (a destra)

In tutti i casi è molto importante che la persona che **assiste il paziente** gli sia seduta di fronte in modo da evitargli di girare la testa per rapportarsi con chi l'aiuta nel pasto. Inoltre la persona non deve essere costretta a sollevare il capo per ricevere il cibo, pertanto è necessario posizionarsi sempre con il capo alla stessa altezza.

2. Evitare di parlare durante il pasto

Il paziente potrà parlare sospendendo il pasto solo dopo aver **pulito la gola** con qualche **colpo di tosse** seguito da un paio di deglutizioni a vuoto (**Fig. 12**).



Fig. 12

3. Evitare distrazioni nel corso del pasto

Quando si alimenta il paziente deve essere **concentrato** ed evitare distrazioni: televisione, radio, schiamazzi, ecc. (**Fig. 13**). L'assistente dovrà evitare di rivolgergli domande e dovrà limitare al minimo qualsiasi distrazione (attenzione anche alle battute che possano farlo ridere o chiacchierare con altre persone). Anche la vicinanza a porte di accesso alla stanza e a vie di passaggio può contribuire a distrarlo; pertanto è opportuno, ove possibile, consumare il pasto in un ambiente il più possibile silenzioso, tranquillo e ben illuminato.



Fig. 13

4. Aspettare di aver deglutito il boccone prima di procedere con il successivo

L'alimentazione deve procedere **lentamente**, rispettando per ogni singolo boccone il volume consigliato ed introducendo il **boccone successivo solo dopo aver deglutito completamente quello precedente** (Fig. 14).

Se il paziente tende a mangiare velocemente bisogna cercare di rallentarlo.

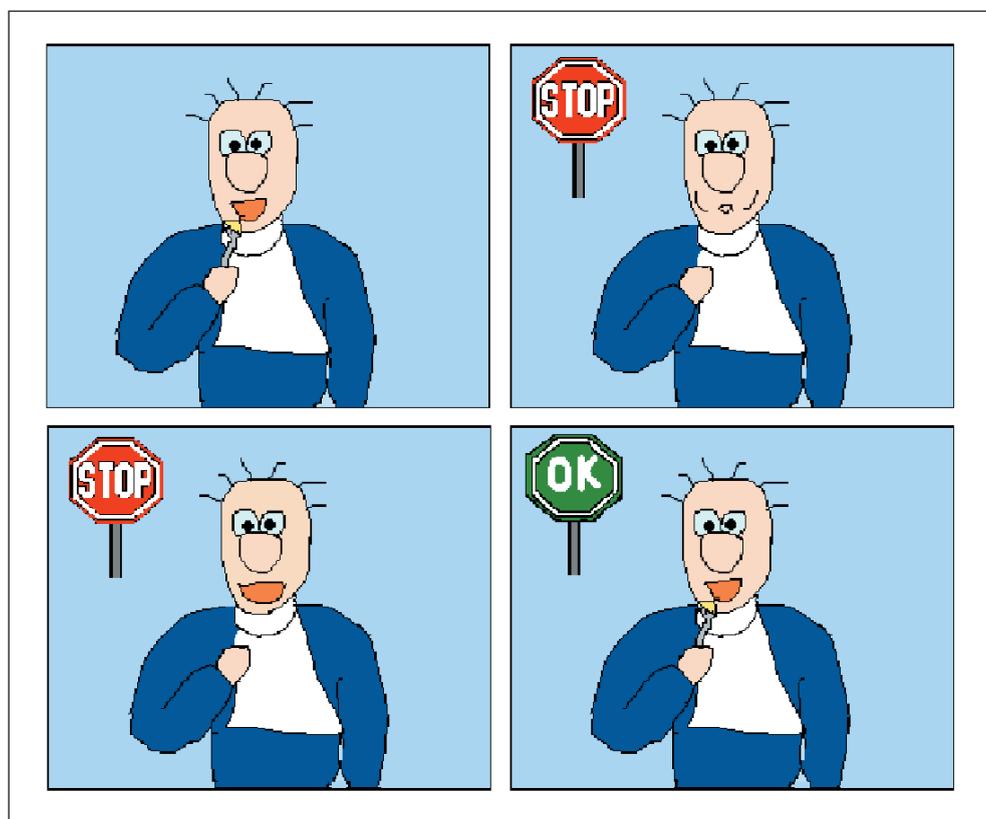


Fig. 14

5. Evitare di bere se sono presenti residui di cibo in bocca!

Quando è consentita, l'assunzione dei **liquidi** può avvenire soltanto dopo aver **eliminato ogni residuo di cibo dalla bocca** e dal faringe. Questo si ottiene eseguendo qualche **colpo di tosse** seguito da **deglutizioni a vuoto**. Prima di bere è bene che l'assistente controlli che la bocca sia vuota da residui di cibo.

Se il paziente non è in grado di tossire **non deve bere durante tutta la durata del pasto**. È possibile farlo solamente prima che il pasto cominci e al suo termine, dopo avere eseguito un'accurata pulizia del cavo orale (**Fig. 15**).



Fig. 15

6. Quando sospendere i pasti?

Alcuni segni, se compaiono **costantemente**, ovvero **più volte nel corso del pasto, più volte al giorno, o in più pasti nel corso della settimana**, possono indicare che il tipo di alimentazione in corso non è sicura. In questo caso è necessario avvertire il personale sanitario (quando possibile) o sospendere momentaneamente l'alimentazione fino ad una rivalutazione da parte di un professionista sanitario (medico specialista, logopedista). Ecco i principali segni a cui **prestare seria attenzione**:

- tosse durante o subito dopo la deglutizione del cibo;
- fuoriuscita di cibo dal naso;
- voce gorgogliante (come se ci fosse del liquido intorno alle corde vocali), nonostante le manovre di tosse volontaria e deglutizione a vuoto;
- particolare stanchezza, alterazione dell'attenzione e/o perdita di concentrazione (la persona appare agitata o eccessivamente affaticata). In questo caso è utile sospendere solo momentaneamente il pasto fino al momento in cui il paziente torna ad essere sufficientemente tranquillo e concentrato sull'alimentazione.

Inoltre, altri **segni** più evidenti **nelle ore che seguono il pasto** sono:

- l'aumento della salivazione;
- la comparsa di tosse o secrezioni dopo il pasto;
- la presenza di costante rialzo febbrile.

Se questi segni compaiono **costantemente** dopo i pasti è bene avvertire il personale del servizio infermieristico o il medico specialista per una rivalutazione delle difficoltà di deglutizione.

8. La rieducazione del disturbo disfagico

Abbiamo detto in precedenza che la disfagia è un'alterazione della deglutizione. Il principale obiettivo nel trattamento della persona con disfagia è quello di riuscire ad impostare una **deglutizione funzionale**:

- **efficace** (il più sicura possibile con un ragionevole dispendio di energie) e
- **autonoma** (che consenta alla persona di **nutrirsi in da solo per bocca**).

Questo può avvenire prima di tutto rispettando le regole del comportamento nel corso del pasto che sono state descritte in precedenza (vedi “Consigli illustrati”).

Inoltre alcune attività proposte dal logopedista, in base alla tipologia del disturbo e alle caratteristiche della persona, hanno la valenza di veri e propri esercizi terapeutici. Proprio per la loro alta specificità questi provvedimenti e metodiche devono essere sempre supervisionati da personale sanitario competente (medico specialista e logopedista).

1. Metodiche di compenso:

Quando possibile, sono il primo provvedimento ad essere attuato durante il pasto; esse comprendono:

- Le posture facilitanti.

Sono posizioni del capo che il paziente deve assumere per facilitare la deglutizione. Di seguito vengono schematicamente esposte le principali posture che il logopedista potrà richiedere alla persona:

DISTURBO DELLA DEGLUTIZIONE	TECNICHE DI COMPENSO
<i>Ridotta chiusura delle labbra</i>	Inclinare il capo all'indietro
<i>Ridotta forza delle guance</i>	Inclinare il capo verso il lato più forte – pressione manuale sulla guancia più debole
<i>Fuoriuscita dal naso del cibo</i>	Inclinare il capo all'indietro
<i>Ridotto movimento della lingua</i>	Inclinare il capo all'indietro – collocare il cibo sul fondo della lingua
<i>Riflesso di deglutizione ritardato</i>	Inclinare il capo in avanti
<i>Paresi dell'emifaringe</i>	Girare il capo verso il lato più debole – inclinare il capo verso il lato più forte

Tab. 1

- Le tecniche di deglutizione.

Sono movimenti o sequenze di movimento più complessi che la persona deve attuare nel corso della deglutizione. Si eseguono nei pazienti meno compromessi che hanno conservate le capacità di apnea, movimenti linguali, tosse.

2. Esercizio terapeutico:

Consiste in **esercizi specifici** per il rinforzo e la coordinazione delle strutture muscolari deputate alla deglutizione (alcuni dei quali sono illustrati come esempio nella **Tab. 2**). A seconda delle possibilità del paziente di collaborare e di sostenere una concentrazione adeguata il logopedista propone un piano di esercizi e se necessario addestra l'assistente ad una corretta supervisione. Il programma deve essere impostato in un centro di riferimento e proseguito a casa su indicazione del logopedista.

QUALE DISTURBO	QUALE ESERCIZIO	COME ESEGUIRLO
<i>Ridotta chiusura delle labbra</i>	Esercizi per il rinforzo della muscolature labiale	a. PROTRUDERE LE LABBRA b. STIRARE LE LABBRA c. MORDERE IL LABBRO SUP/INF d. GONFIARE IL LABBRO SUP/INF
<i>Ridotta tensione nelle guance</i>	Esercizi per il rinforzo dei muscoli facciali	e. GONFIARE LE GUANCE f. SOFFIARE g. GONFIARE ALTERNATE GUANCIA DESTRA E SINISTRA
<i>Ridotti movimenti della lingua</i>	Esercizi per il rinforzo della muscolatura linguale	h. LINGUA FUORI DALLA BOCCA i. LINGUA A DESTRA/SINISTRA j. LINGUA IN ALTO/IN BASSO k. SCHIOCCO DELLA LINGUA l. MOVIMENTI CIRCOLARI SU LABBRA/DENTI/GUANCE

Tab. 2

3. Provvedimenti adattivi:

Sono tutte le **modificazioni collegate all'alimentazione**, utili a ridurre le difficoltà e i **rischi**.

Nella scelta degli alimenti che andranno a comporre la dieta della persona disfagica la **priorità** è la prevenzione degli episodi di aspirazione (causa di infezioni alle vie respiratorie), di soffocamento e della malnutrizione.

1. È bene sapere che i cibi con diversa **CONSISTENZA** richiedono tempi di deglutizione e movimenti linguali differenti. Pertanto modificando la consistenza dei cibi è possibile ovviare in parte, talvolta completamente, al deficit di deglutizione e ridurre al minimo i rischi.

Di seguito vengono elencate le consistenze che i cibi possono assumere. Il logopedista e il medico specialista potranno decidere di variare la

consistenza della dieta in base alle specifiche caratteristiche del disturbo della deglutizione:

I **LIQUIDI** si differenziano in due categorie:

I liquidi “senza scorie” le bevande, acqua, tè, camomilla, tisane che sono prive di zucchero e altri nutrimenti.

I liquidi definiti “con scorie” quali succhi di frutta, latte, bibite, brodi vegetali o di carne che oltre all’acqua contengono anche altri nutrimenti (zuccheri, proteine). Questi liquidi se aspirati nelle vie respiratorie possono dare luogo ad infiammazioni proprio a causa degli zuccheri e delle proteine che contengono che favoriscono la crescita batterica.

Proprio per questo motivo, quando l’assunzione dei liquidi è consentita, spesso si chiede al paziente di limitarsi all’assunzione delle bevande senza scorie. Le bevande con scorie possono essere assunte addensate, cremose, utilizzando polveri specifiche.

I liquidi richiedono un pronto riflesso della deglutizione perché tendono a passare dalla bocca alla faringe prima del dovuto rischiando di essere aspirati. Proprio per questo motivo una dieta di consistenza liquida viene consigliata a quei pazienti che presentano difficoltà nei movimenti linguali ma hanno un buon riflesso di deglutizione.

I **SEMILQUIDI** sono cibi frullati a maggiore componente di liquido come: frappé, creme, passati di verdura, yogurt, frullati di frutta, omogeneizzati con aggiunta di liquido. Una dieta di consistenza semiliquida viene adottata quando la sequenza dei movimenti che avvengono nel corso della fase orale (masticazione, movimenti della lingua) sono deficitari. Questa consistenza non richiede la masticazione ma solo una modesta preparazione da parte della bocca del paziente.

I **SEMISOLIDI** sono cibi frullati di consistenza cremosa come: polenta, semolino, passati di verdura densi, carne frullata, purea di verdure, ricotta piemontese, formaggi morbidi, budini, mousse. Questi alimenti richiedono una modesta preparazione orale e lasciano pochi residui in bocca. Nello stesso tempo gli alimenti semisolidi non procedono troppo velocemente verso il faringe ma consentono alla persona con disfagia una deglutizione nei tempi adeguati.

I cibi **SOLIDI** sono indicati per pazienti che non hanno importanti difficoltà nella deglutizione. Infatti questa consistenza richiede una buona capacità di preparazione dell'alimento all'interno della bocca (masticazione, spinta della lingua) e una deglutizione sufficientemente forte e coordinata da consentire il corretto passaggio del cibo attraverso il faringe fino all'esofago.

Da questa dieta devono comunque essere **sempre esclusi** gli alimenti a **doppia consistenza** (minestre con pasta o pezzi di verdura, spicchi di agrumi) poiché richiedono la deglutizione contemporanea della consistenza liquida e solida, **friabili** (grissini, torte friabili, frutta secca), **filamentosi** (verdure filamentose, carni troppo asciutte) e pesci ricchi di spine. È **molto importante evitare questi alimenti** perché sono a rischio di **aspirazione** (passaggio nella via respiratoria).

2. Inoltre è bene sapere che i cibi **non** devono avere una **TEMPERATURA vicina a quella corporea**. Infatti è dimostrato che **cibi caldi e freddi** vengono percepiti meglio all'interno della bocca e nel corso di tutte le fasi della deglutizione. In particolare i liquidi (quando è possibile assumerli) dovranno essere più freddi (acqua) e caldi (te, tisane senza zucchero) in modo che la persona con disfagia possa percepirli meglio e deglutirli con maggiore prontezza, evitando il pericoloso passaggio in faringe prima della deglutizione (rischio di aspirazione).

3. L'utilizzo degli **AUSILI** adeguati nel corso dell'alimentazione permette al paziente di essere più autonomo (**Fig. 16**). La scelta degli ausili adeguati viene fatta dal medico specialista in base alle caratteristiche specifiche del paziente. Alcuni esempi di ausili:



Fig. 16: esempi di ausili per l'alimentazione

4. In alcuni casi è possibile che la persona con difficoltà di deglutizione non riesca, per facile affaticamento o difficoltà di concentrazione, ad alimentarsi in modo sufficiente e per il tempo necessario nel corso dei pasti principali (colazione, pranzo, cena). In questo caso può essere molto utile **FRAZIONARE** questi **pasti** nel corso della giornata aggiungendo degli spuntini a metà mattina e metà pomeriggio in modo da dare il tempo alla persona sia di riposare tra un pasto e l'altro sia di abbreviare il momento dell'alimentazione.

5. Le **PREFERENZE ALIMENTARI del paziente** devono essere, per quanto possibile, tenute in considerazione, perché alimentarsi, oltre ad essere una funzione nutritiva, deve essere un **piacere!** Se l'assunzione degli alimenti è piacevole aumenta la motivazione della persona a mangiare, la possibilità di ottenere più collaborazione e l'autonomia nel momento del pasto. Quindi è importante che anche in caso di piccole quantità l'aspetto degli alimenti sia invitante con **le diverse portate mantenute separate fra di loro.**

▶ 9. Adeguata pulizia del cavo orale

Un'accurata igiene orale è fondamentale non solo quando il paziente ha terminato di mangiare ma anche nel caso in cui non possa assumere nulla per bocca (nel caso sia portatore di un sondino naso-gastrico o di una PEG). La pulizia della bocca non solo previene infezioni dentarie e gengivali ma soprattutto permette di evitare che saliva o eventuali residui di cibo vengano aspirati.

Chi ha problemi di deglutizione dei liquidi probabilmente non è in grado di lavarsi i denti con l'acqua; quindi è bene sempre procedere con molta cautela e, quando possibile, fare riferimento alle indicazioni che sono fornite dal **personale infermieristico** del centro di riferimento.

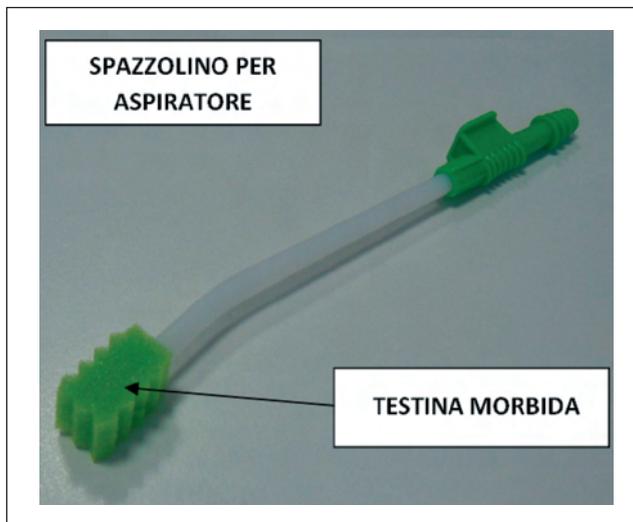


Fig. 17: esempio di spazzolino per la pulizia del cavo orale

Esistono in commercio spazzolini con la testina di spugna simili a quello nella foto (**Fig. 17**).

Se il paziente utilizza la **protesi dentale** è importante controllare che sia **ben pulita** e, prima di cominciare ad alimentarsi, assicurarsi che **aderisca bene alle gengive**.

10. Il problema dell'assunzione dei farmaci

La terapia farmacologica che richiede l'assunzione per bocca (compresse, pillole, capsule) **deve avere la stessa consistenza prevista per i cibi**. La deglutizione di capsule con l'aiuto del "sorso d'acqua" riproduce il problema dell'alimento a doppia consistenza che è estremamente difficile da gestire.

Fra le medicine somministrabili per bocca sono da preferite quelle in forma liquida (gocce, polveri solubili, sospensioni, sciroppi) che possono essere addensate con le apposite polveri. Mentre compresse e confetti sono somministrati con maggiore sicurezza tritati. Non sempre questo è possibile: in questi casi è necessario assumere la compressa con una crema tipo budino, yogurt, gelatina.

Infine è importante ricordare che l'assunzione contemporanea di diversi farmaci polverizzati potrebbe portarli ad essere inattivi o perfino dannosi, quindi prima di modificare i farmaci è necessario chiedere indicazione al medico.

▶ 11. Come comportarsi in caso di soffocamento da cibo?

Come già spiegato in precedenza uno dei principali rischi della disfagia, insieme alla polmonite “ab ingestis” e alla malnutrizione, è il soffocamento.

Un episodio di soffocamento causato da sostanze solide (cibo, protesi dentarie), semiliquide (secrezioni bronchiali, saliva) e liquide penetrate nelle vie aeree può mettere improvvisamente in pericolo la vita della persona con disturbo della deglutizione.

Esistono alcuni comportamenti che è bene conoscere in modo da poterli applicare prontamente **in caso di soffocamento**.

1. **Liberare la bocca** da residui di cibo o da eventuali protesi dentali. Per rimuovere i residui di cibo si può utilizzare una garza avvolta intorno al dito indice o quando pres.
2. Se il **soggetto è cosciente** e in piedi o in carrozzina si può eseguire la cosiddetta “**Manovra di Heimlich**”: ci si pone dietro il paziente e lo si abbraccia da dietro con entrambe le braccia a livello del suo stomaco, si mantiene una mano chiusa a pugno con l'altra sovrapposta, e si spinge l'addome del paziente con forza verso l'alto in direzione dello sterno (**Fig. 18**). La manovra deve essere ripetuta più volte rimuovendo prontamente il cibo che risalirà alla bocca.



Fig. 18: come eseguire la “Manovra di Heimlich”

3. Se il **soggetto è privo di sensi** sdraiato a terra o sulla sedia a rotelle dopo aver chiamato il **servizio di emergenza, nell'attesa de soccorsi, porre il paziente disteso sul fianco con il capo ruotato da un lato, quindi liberare velocemente le bocca** da residui di cibo (**Fig. 19**).



Fig. 19

QUALORA NON CI SI SENTA IN GRADO DI ESEGUIRE TALI MANOVRE È BENE RICORDARE CHE ASSOLUTAMENTE NON SI DEVE:

- Praticare la respirazione artificiale “bocca a bocca”
- Dare disordinatamente manate sulla schiena
- Alzare le braccia al soggetto da soccorrere
- **Dare da bere**

▶ 12. Sondino naso-gastrico

Nel momento in cui viene determinato che la **nutrizione orale non è sicura**, bisogna pensare ad un metodo per assumere i nutrienti e i liquidi in modo alternativo.

Il **sondino naso-gastrico** è un tubicino che viene introdotto dal naso e che, passando in faringe e nell'esofago, arriva nello stomaco (**Fig. 20**). Attraverso il sondino è possibile dare il nutrimento con alimenti semiliquidi e somministrare le terapie farmacologiche. Il sondino naso-gastrico non necessita di interventi chirurgici né per il posizionamento né per la rimozione.

Il sondino naso-gastrico non causa peggioramento della disfagia e non rappresenta un ostacolo per un'iniziale terapia deglutitoria, tuttavia presenta alcuni limiti: l'uso protratto del sondino naso-gastrico può provocare irritazioni o ulcerazioni dei tessuti con i quali è costantemente in contatto, pertanto deve rappresentare una soluzione **momentanea** all'impossibilità di alimentarsi per bocca (non più di quattro settimane).

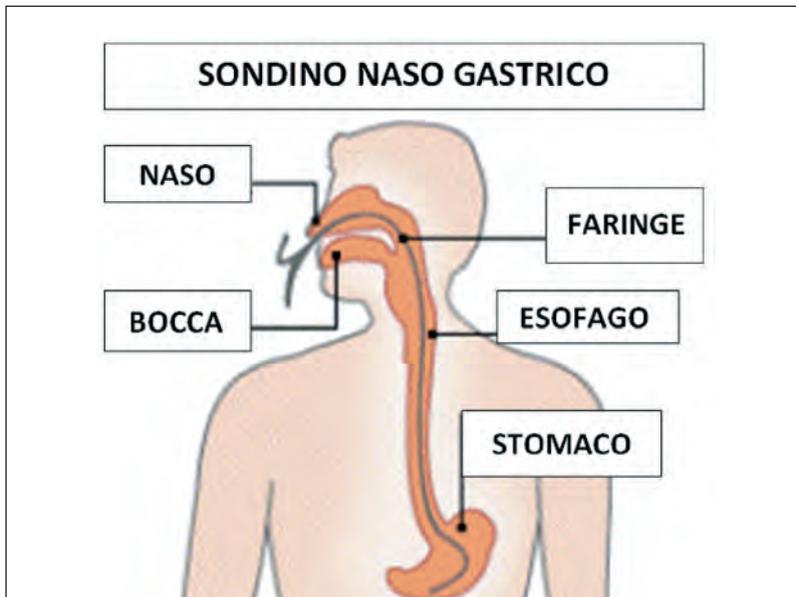


Fig. 20

▶ 13. P.E.G. Gastrostomia Endoscopica Percutanea

Se si prevede che la disfagia durerà per un periodo superiore ai 30 giorni si dovrà prendere in considerazione l'inserimento di una P.E.G. Vi sono due modalità di realizzazione della gastrostomia: quella chirurgica e quella percutanea. La prima consiste in un vero e proprio piccolo intervento. La gastrostomia percutanea viene eseguita in anestesia locale con l'ausilio di tecniche radiologiche o endoscopiche.

In entrambi i casi il paziente avrà una **sonda nutrizionale** che fuoriesce a livello del quadrante addominale superiore sinistro. La prima infusione di sostanze nutritive avverrà dopo le prime 24 ore dal posizionamento della PEG. La P.E.G. ha il vantaggio di essere meno fastidiosa del sondino poiché non ingombra il faringe e non comporta il rischio di ulcerazioni locali. Inoltre, nel caso sia possibile la ripresa in sicurezza dell'alimentazione per bocca, può essere rimossa già dopo un mese dal posizionamento. La presenza della PEG non preclude in alcun modo il trattamento rieducativo della disfagia.

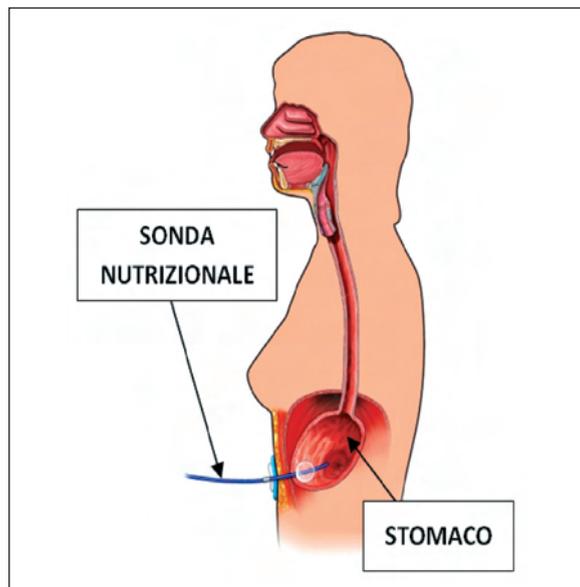


Fig. 21

L'alimentazione somministrata tramite P.E.G. (così come per il sondino) sarà composta da **preparazioni specifiche di alimenti semiliquidi** che permettono un corretto monitoraggio delle calorie e dei principi nutrizionali assunti (**Fig. 22**). L'alimento viene infuso tramite una **pompa** e l'assistente dovrà monitorare la velocità d'infusione, la presenza di **reflusso gastroesofageo** e la presenza di stagnazione gastrica. Durante il ricovero il personale infermieristico provvede inoltre ad istruire il caregiver e, quando possibile, il paziente stesso sulle corrette modalità di gestione della P.E.G. in vista del rientro al domicilio.

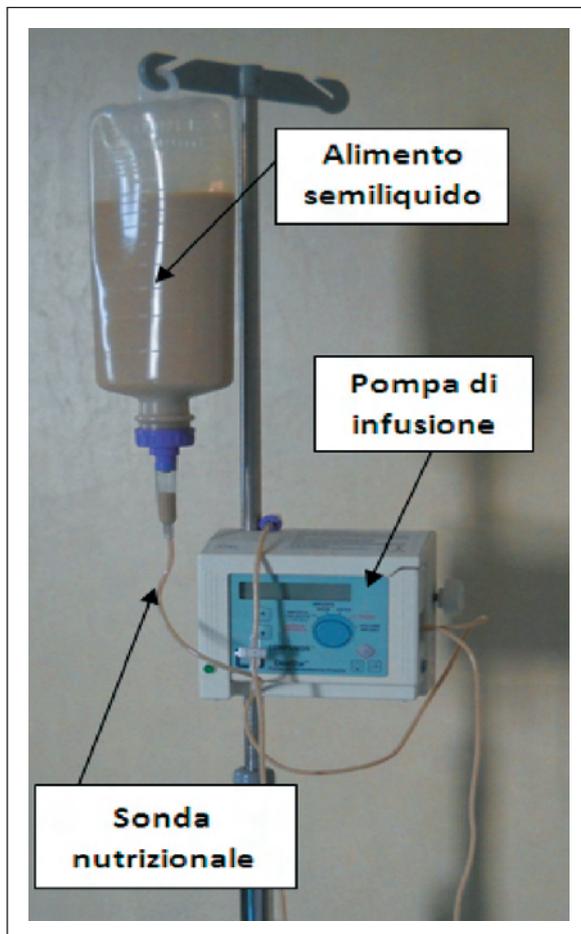


Fig. 22

Proprio per evitare che materiale alimentare possa risalire dallo stomaco (reflusso gastro-esofageo) verso la faringe e causare fenomeni di aspirazione è **molto importante** che il paziente mantenga nel corso dell'alimentazione la **posizione semi-seduta o seduta (Fig. 23)**.



Fig. 23

▶ 14. Se è presente la tracheotomia

In alcune situazioni cliniche si rende necessario posizionare ai pazienti, subito al di sotto della laringe (pomo d'Adamo), con un piccolo intervento chirurgico, una **cannula tracheale** che serve ad **aiutarli a respirare**. Questo dispositivo consente inoltre di **drenare verso l'esterno le secrezioni bronchiali**.

Nei pazienti in cui è presente il **rischio di aspirazione** delle secrezioni bronchiali, della saliva e del cibo spesso vengono posizionate le “**cannule cuffiate**” (**Fig. 24**). Questo tipo di cannula ha una sorta di **palloncino** che, opportunamente gonfiato, limita la discesa di cibo, saliva e secrezioni in trachea. La presenza di una cannula tracheale rende indispensabili alcune misure di igiene quotidiana necessarie a prevenire infezioni delle vie aeree e della cute circostante il punto di inserimento. Quando necessario il caregiver deve essere istruito dal personale del Centro di riferimento in merito alla corretta gestione (tecniche di aspirazione e pulizia dello stoma).

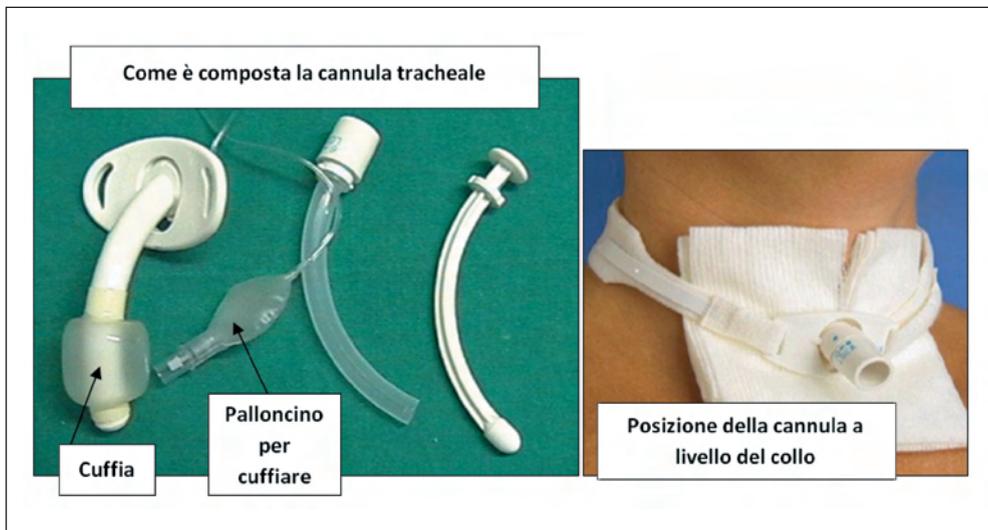


Fig. 24

La presenza della **cannula** consente anche di **valutare se vi sia aspirazione**. Il personale di reparto o il logopedista preparano, a seconda dei casi, dell'acqua o una crema a cui viene aggiunta una **sostanza colorante**. Si invita la persona a **deglutire** questo preparato e si controlla se vi è **fuoriuscita del colorante dalla cannula**. Questo significa che è avvenuta una **aspirazione** immediata nelle vie aeree. Successivamente si aspira con un sondino dalla cannula per controllare se è ancora presente del colorante (segno di aspirazione tardiva di saliva).



EDIZIONE NON IN VENDITA