



**PERCORSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO-ASSISTENZIALE
DEL PAZIENTE DISFAGICO**

Rev.	n	Descrizione modifica	Firma	Data
Rev. n° 1		Modifica Denominazione e logo aziendale a seguito attuazione L.R n. 23/2015 e DGR X/4702 del 29/12/2015		Gennaio 2016
Rev. n° 0				Aprile 2013
Preparato: Gruppo di lavoro		Verificato e approvato Accreditamento e Qualità S.I.T.R.A	Autorizzato Direzione Sanitaria Aziendale	

Gruppo di lavoro

Bolesina Lorena	Dietista	SITRA	Vigevano
Broglia Marco	Dirigente medico	Riabilitazione specialistica	Voghera
Camana Claudia	Dirigente medico	Neurologia	Voghera
Casati M. Cristina	Logopedista	Riabilitazione specialistica	Voghera
Dono Maria Cristina	Dietista	Servizio Nutrizione Clinica	Stradella
Falco Carlo	Dirigente medico	Otorinolaringoiatria	Vigevano
Lombardi Ornella	Logopedista	Otorinolaringoiatria	Vigevano
Milanesi Giliola	Coord. infermieristico	Neurologia	Voghera
Milia Alba	Dirigente medico	Otorinolaringoiatria	Voghera
Negri Luigi	Dirigente medico	Servizio Nutrizione Clinica	Stradella
Plumeri Rachele	Dietista	Direzione sanitaria	Voghera
Scarcella Vita	Infermiere	Riabilitazione specialistica	Voghera
Tassorelli A. Maria	Fisioterapista	Ambulatorio di fisioterapia	Varzi
Varalda Emiliano	Direttore	Riabilitazione specialistica	Mortara
Di Martino Benedetta	Coord. infermieristico	Ufficio Accreditamento	

Ha collaborato alla stesura dell'opuscolo

Bosa Miriam	Logopedista	Riabilitazione specialistica	Voghera
-------------	-------------	------------------------------	---------

1. SCOPO	4
2. OBIETTIVI.....	4
3. CAMPO DI APPLICAZIONE.....	4
4. RESPONSABILITÀ	4
5. DISFAGIA.....	5
5.1 Classificazione	5
5.2 Cause della disfagia	5
5.3 Complicanze	5
5.3.1 Complicanze respiratorie.....	5
5.3.2 Malnutrizione/Disidratazione	5
6. DESCRIZIONE DEL PERCORSO	6
6.1 Indagine anamnestica	7
6.2 Valutazione clinica	7
6.3 Valutazione infermieristica	7
6.4 Valutazione logopedica	10
6.5 Valutazione fisioterapica.....	10
6.6 Valutazione clinica specialistica ORL	10
6.7 Valutazione strumentale	11
7. TRATTAMENTO DELLA DISFAGIA.....	11
7.1 Gestione infermieristica	11
7.1.1 Somministrazione dei farmaci	11
7.2 Riabilitazione logopedica	12
7.3 Riabilitazione fisioterapica	12
7.4 Gestione dietistica	12
7.5 Counseling informativo/formativo	12
8. CARATTERISTICHE DELL'ALIMENTAZIONE	13
8.1 Modificazioni della dieta.....	13
8.2 Caratteristiche fisiche degli alimenti.....	13
8.3 Cibi da evitare.....	14
8.4 Tipologia di dieta	14
Dieta A – livello 2-3 scala DOSS	14
Dieta B – livello 4-5 scala DOSS.....	15
Dieta C – livello 6-7 scala DOSS.....	15
9. ALIMENTAZIONE ARTIFICIALE (NA)	15
9.1 Nutrizione enterale	15
9.2 Nutrizione parenterale	16
10. EDUCAZIONE: il ruolo della famiglia	16
11. INDICATORE DI PROCESSO.....	16
12. RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI.....	16
13. ALLEGATI.....	16

PREMESSA

Il costante aumento delle disfagie, spesso non riconosciute o sottovalutate, rende necessario lo sviluppo di un modello di management globale, multidisciplinare, integrato e continuativo nella gestione clinica del paziente a rischio deglutitorio. Va da subito avviata un'azione coordinata e congiunta, la corretta valutazione e l'eventuale trattamento del disturbo. Il coinvolgimento del caregiver nella comunicazione-educazione, permette inoltre di garantire la continuità assistenziale a domicilio e di ridurre l'isolamento sociale, il rischio di complicanze e i costi ad esse associate.

Epidemiologia: La prevalenza della disfagia nella popolazione anziana è ampiamente sottovalutata poiché i soggetti affetti tendono a modificare le proprie abitudini alimentari e a mettere in atto spontaneamente manovre di compenso per facilitare la deglutizione. Si stima che dal 15 al 50% della popolazione generale presenti disfagia dopo i 60 anni. Nei centri di assistenza per anziani l'incidenza di disfagia varia dal 40 al 60%.

Incidenza della disfagia: Dai dati epidemiologici più recenti (americani) si stima che 6.200.000 americani presentino disfagia oltre i 60 anni e 300/600.000 presentino disfagia in associazione con patologia neurologica.

Popolazione affetta da stroke: nel 43 al 54% dei casi si realizza l'aspirazione e il 37% dei casi ha come conseguenza broncopneumoniti; nel 3,8% le complicanze post stroke possono portare a morte se i pazienti non sono inseriti in programmi terapeutici o di prevenzione adeguati (da "DEGLUTOLOGIA" II Edizione O.Schindler - G.Ruoppolo - A.Schindler ed. omega).

1. SCOPO

Applicare un modello multidisciplinare al percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale-riabilitativo per prevenire le complicanze legate alla difficoltà deglutitoria.

Assicurare un'adeguata nutrizione e momenti informativi al paziente/familiare per migliorare la qualità della vita e la continuità assistenziale.

2. OBIETTIVI

- ☐ Sensibilizzare il personale sanitario sul rischio disfagia.
- ☐ Definire il percorso di screening (entro 24h dal ricovero).
- ☐ Alimentare il paziente in modo personalizzato e in sicurezza.
- ☐ Prevenire le complicanze respiratorie e nutrizionali correlate alla disfagia.

3. CAMPO DI APPLICAZIONE

Il presente PTDA si applica per i pazienti adulti che accedono alle UU.OO. di Neurologia e di Riabilitazione degli ospedali di Voghera e Mortara, con patologie neurologiche acute, croniche, degenerative o secondarie e che possano presentare rischio di deficit deglutitori.

4. RESPONSABILITÀ

Dietista	Valutazione dello stato nutrizionale. Impostazione di un corretto regime alimentare. Counseling.
Fisioterapista	Valutazione e trattamento riabilitativo per le difficoltà motorie che interferiscono con una corretta deglutizione (es. postura ottimale); promozione della forza muscolare. Counseling.
Infermiere	Valutazione del paziente all'ingresso, screening dei deficit deglutitori. Assistenza e cura del paziente mediante integrazione e applicazione delle indicazioni fornite dai vari operatori. Dare le indicazioni al personale di supporto. Counseling
Logopedista	Valutazione e trattamento riabilitativo della disfagia, dei disturbi cognitivi e comunicativi. Counseling e follow up.
Medico di U.O. responsabile della presa in carico del paziente	Gestione del percorso diagnostico, terapeutico, assistenziale e riabilitativo del paziente. Counseling
Medico Nutrizionista	Valutazione-rivalutazione stato nutrizionale e per alimentazione artificiale alternativa. Counseling.
Medico ORL-foniatra-fisiatra-neurologo-pneumologo-radiologo-gastroenterologo	Valutazioni specialistiche cliniche e strumentali della deglutizione e delle patologie correlate.

5. DISFAGIA

La disfagia, dal greco "dys" (alterazione) e "phagia" (mangiare), è una diminuzione della capacità di masticare e deglutire che rende difficile la normale progressione del cibo nel tratto bocca- stomaco. È un sintomo che può presentare carattere persistente o saltuario. La disfagia ha alta morbilità, alta mortalità e alti costi (O.Schindler).

5.1 Classificazione

La disfagia è classificata, a seconda della fase della deglutizione indicata, in:

1. Fase orale (alta): compromissione dei primi atti della deglutizione: preparazione del bolo, convogliamento del bolo nell'istmo delle fauci, elicitazione del riflesso faringeo della deglutizione.
2. Fase faringea: compromissione del transito del quadrivio faringeo (incrocio della via respiratoria e della via deglutitoria).
3. Fase esofagea (bassa): compromissione dello stadio esofageo (transito esofago-stomaco).
4. Mista: compresenza di compromissioni di più fasi.

Presbifagia: Si intende l'alterazione della deglutizione nell'anziano per effetto dei normali processi di invecchiamento. Comporta lievi non significative alterazioni dell'atto: allungamento dei tempi di deglutizione per involuzione delle funzioni sensoriali, motorie e di regolazione nervosa. Può essere presente:

1. ridotta efficienza della fase preparatoria orale con alterazione del gusto e dell'olfatto;
2. alterazioni dell'apparato stomatologico (con perdita di denti, riduzione della salivazione, deficit di propulsione del bolo per ridotta pressione sviluppata dalla lingua);
3. rallentamento della peristalsi faringea, ritardo dell'innalzamento della laringe, ritardo dell'apertura dello sfintere esofageo superiore. **La presbifagia è una condizione che aumenta il rischio di complicanze.**

5.2 Cause della disfagia

PATOLOGIE ORGANICHE	Flogosi (faringiti, ascessi, tbc, ecc); neoplasie benigne, maligne, metastasi; membrane (s. di Plummer-Winsons); compressioni esterne (gozzo, spondilosi cervicale, ecc); interventi chirurgici (laringectomia, chirurgia radicale del collo); radio e chemioterapia; anomalie congenite; diverticoli.
PATOLOGIE NEUROMUSCOLARI	SNC: ictus, sclerosi multipla, m. di Parkinson, demenze, SLA, tumori del tronco encefalico. SISTEMA NERVOSO PERIFERICO: poliomielite, neuropatie periferiche (diabete, alcool, ecc), malattie della placca motrice, miastenia gravis. MALATTIE MUSCOLARI: distrofie muscolari, malattie metaboliche (come tireotossicosi, mixedema, ecc), amiloidosi, polimiosite, LES, dermato-miosite.
DISORDINI DELLA MOTILITÀ DELLO SFINTERE ESOFAGEO SUPERIORE	Sfintere ipertensivo, sfintere ipotensivo, deficit del rilasciamento.
ALTRO	Traumi cranici, corpi estranei, perforazioni, farmaci.

5.3 Complicanze

Le principali complicanze della disfagia sono di tipo respiratorio e nutrizionale.

5.3.1 Complicanze respiratorie

La disfagia può indurre un passaggio incontrollato di cibo o di liquido nella faringe e una conseguente ostruzione delle vie aeree. Spesso l'aspirazione è asintomatica (silente), oppure può dare tosse stizzosa, voce umida, accessi di dispnea durante o subito dopo il pasto, fino a causare infezioni respiratorie (polmonite ab ingestis), morte improvvisa da soffocamento.

5.3.2 Malnutrizione/Disidratazione

I pazienti con difficoltà di masticazione e di deglutizione tendono a nutrirsi sempre meno fino ad un totale rifiuto del cibo. Una ridotta alimentazione può, inoltre, aggravare il rischio di disidratazione, considerando che il 50% dell'apporto quotidiano di fluidi è dato dal cibo.

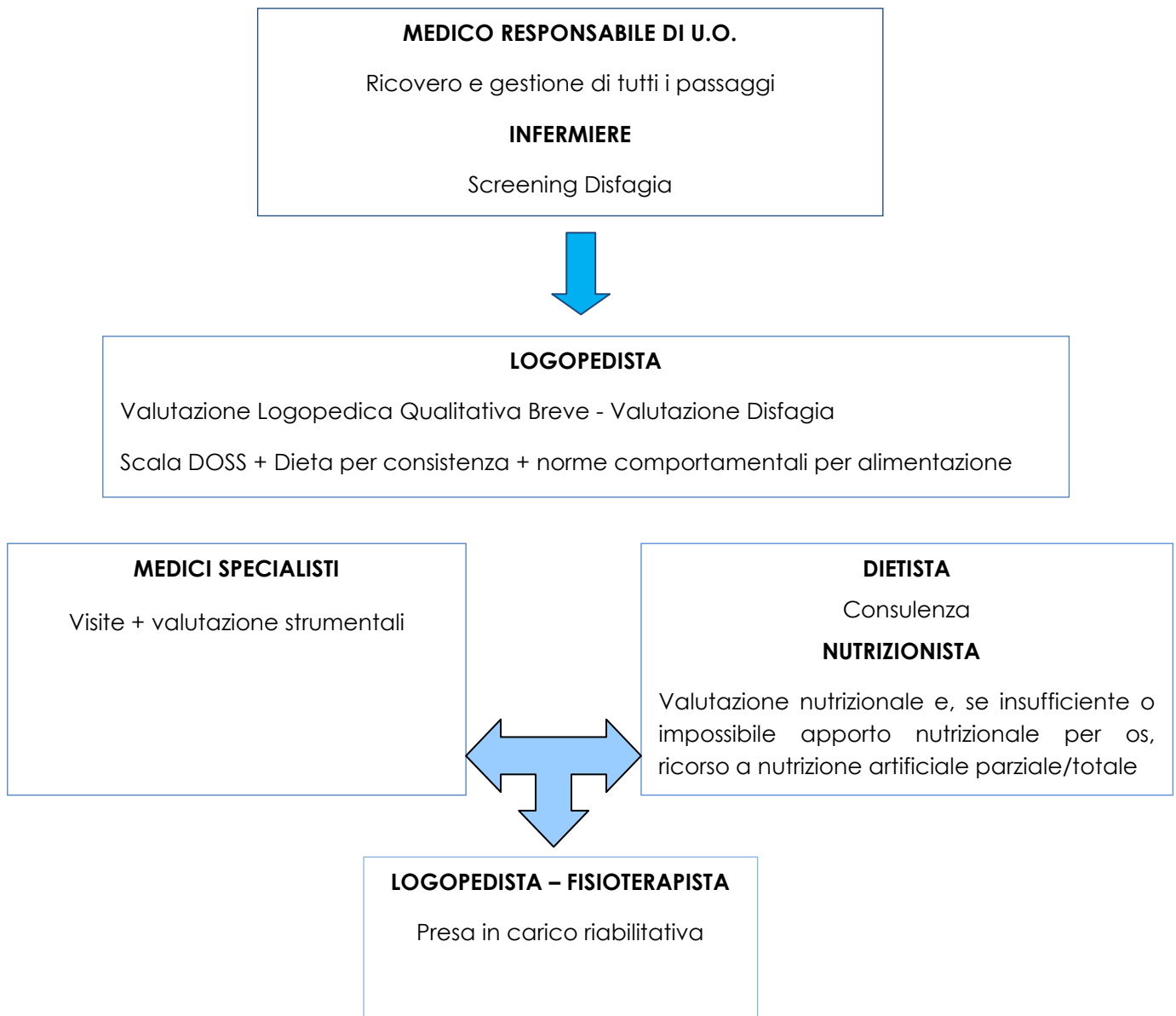
► I **segni di malnutrizione** sono dati da calo di peso, muscoli con scarso tono, lingua arrossata e con fissurazioni, ossa sporgenti, ecc.

► I **segni di disidratazione** si possono manifestare con cute secca ed esfoliata, sollevabile in pliche cutanee, lingua secca e difficile da sporgere; a questi si possono associare disturbi a lungo termine, quali la compromissione del sistema immunitario e delle funzioni mentali.

6. DESCRIZIONE DEL PERCORSO

RACCOMANDAZIONI (Gruppo Studio FLI).

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



NOTA BENE: nell'approccio multidisciplinare ci sono sovrapposizioni valutative, dato che ogni professionista considera il problema dal proprio punto di vista.

6.1 Indagine anamnestica

Raccolta delle informazioni riguardanti la storia clinica del paziente (pregresse patologie neurologiche e chirurgiche maxillo facciali e di ORL, precedenti episodi di disfagia, richiedendo al paziente un'autovalutazione della propria deglutizione ecc.), con particolare attenzione alla presenza dei seguenti campanelli d'allarme:

- ☐ colpi di tosse durante i pasti, o poco dopo aver ingerito del cibo, voce gorgogliante;
- ☐ perdita di saliva dal cavo orale, aumento della durata del pasto;
- ☐ senso di corpo estraneo in gola o cibo che si blocca in gola, sensazione di soffocamento (da cibo, liquidi o saliva);
- ☐ anoressia, perdita di peso, pirosi e reflusso acido, bronchite cronica o polmonite da aspirazione; masticazione difficoltosa con eventuale ristagno di cibo nel cavo orale;
- ☐ fuoriuscita di liquidi e cibi dal naso durante il pasto, febbre, ecc.

6.2 Valutazione clinica

La valutazione della disfagia è complessa e può richiedere l'approccio di un team multi-disciplinare. Il medico di U.O. gestisce tutti i passaggi e si avvale di eventuali consulenze specialistiche (ORL, pneumologica, radiologica, gastroenterologica, neurologica, fisiatrice, nutrizionistica ecc.).

Può prevedere:

- ☐ esame obiettivo generale e neurologico;
- ☐ valutazione della prestazionalità generale del paziente, con particolare attenzione allo stato di coscienza;
- ☐ valutazione dello stato nutrizionale;
- ☐ valutazione di morfologia, sensibilità e funzionalità orale;
- ☐ prove di deglutizione (screening infermieristico, valutazione logopedica della disfagia).

6.3 Valutazione infermieristica

L'infermiere durante la rilevazione dei bisogni assistenziali infermieristici, comprendenti anche il bisogno di alimentazione, identifica segni e sintomi che possono far sospettare un quadro di disfagia.

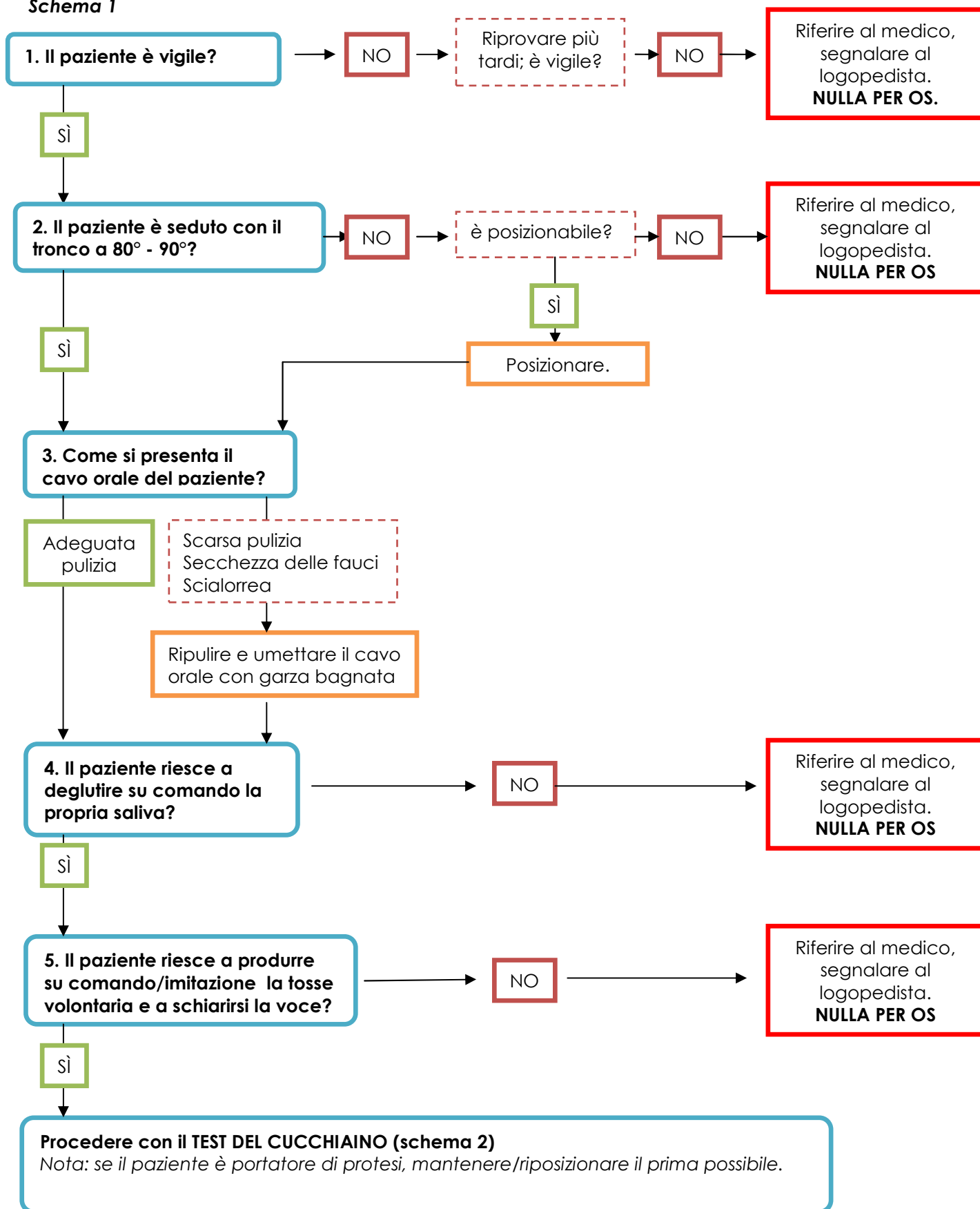
Osserva e valuta:

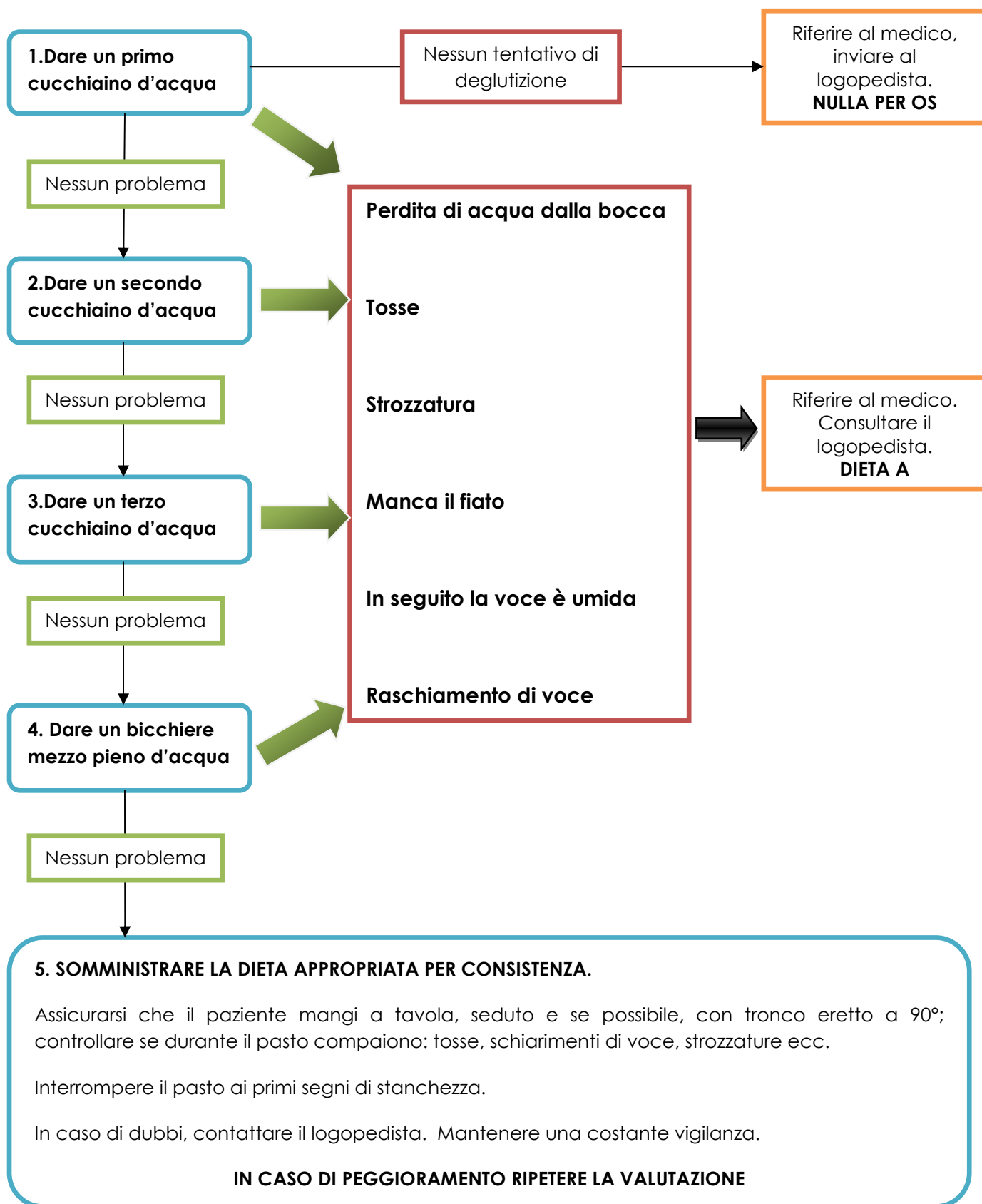
- ☐ il livello di coscienza – vigilanza – attenzione del paziente
- ☐ la capacità del paziente di stare seduto con il tronco a 80°-90°;
- ☐ l'igiene del cavo orale;
- ☐ la capacità su comando di deglutire la propria saliva;
- ☐ la riproduzione su comando/imitazione della tosse volontaria e dello "schiarirsi" la voce;
- ☐ il rischio disfagia applicando apposite procedure di screening (test del cucchiaino) se risultino adeguati i punti di cui sopra (vedi schema 1- schema 2- pag. 8, 9);
- ☐ controlla la durata del pasto e la quantità di cibo avanzata.

SCREENING DISFAGIA

Da effettuarsi durante la valutazione infermieristica all'ingresso. Qualora non fosse possibile rispettare la tempistica somministrare la Dieta A(cremosa), vedi *paragrafo 8.4 "Tipologia di dieta"* pag. 14.

Schema 1





6.4 Valutazione logopedica

- ❑ valutazione dei dati rilevati in cartella clinica;
- ❑ osservazione del pz (prerequisiti alimentazione/comunicazione);
- ❑ valutazione dei livelli cognitivo e comunicativo-linguistico: valutazione Logopedica Qualitativa Breve + M.M.S.E. (Mini Mental State Examination) + C.D.T. (Clock Drawing Test) **(vedi allegato 1)**;
- ❑ valutazione della morfologia, motricità, sensibilità delle strutture capo-collo.
- ❑ valutazione prassico-articolatoria e dei riflessi bucco-linguo-facciali (patologici e fisiologici)
- ❑ valutazione della coordinazione pneumo-fono deglutitoria;
- ❑ valutazione della qualità vocale;
- ❑ valutazione di deglutizioni spontanee, elevazione laringea, tosse volontaria e raclage;
- ❑ prove di deglutizione con saturimetro, utilizzando varie consistenze (liquido con cucchiaino – liquido con bicchiere – semisolido – solido) **(vedi allegato 2 Valutazione della disfagia)**;
- ❑ compilazione della scala DOSS (Dysphagia Outcome and Severity Scale) con identificazione della consistenza degli alimenti consentiti

(SCALA DOSS)

LIVELLO	DEGLUTIZIONE	ASSISTENZA E/O STRATEGIE	MODIFICAZIONE della DIETA
7	NORMALE	INDIPENDENZA	
6	FUNZIONALE	INDIPENDENZA (ENTRO I LIMITI DI FUNZIONALITÀ)	
5	DISFAGIA LIEVE	SUPERVISIONE A DISTANZA	Può richiedere la restrizione di una consistenza dietetica
4	DISFAGIA LIEVE-MODERATA	SUPERVISIONE INTERMITTENTE	Restrizione di alcune consistenze dietetiche
3	DISFAGIA MODERATA	ASSISTENZA TOTALE E/O SUPERVISIONE O STRATEGIE	Restrizione di alcune consistenze dietetiche
2	DISFAGIA MODERATA SEVERA	ASSISTENZA MASSIMA O USO DI STRATEGIE	Alimentazione per os solo parziale
1	DISFAGIA SEVERA	ASSISTENZA MASSIMA SE ALIMENTATO PER SONDE ATTENZIONE AL REFLUSSO	NULLA PER OS NUTRIZIONE ARTIFICIALE

O'Neil KH, Purdy M, Falk J, Gallo L, The dysphagia outcome and severity scale, *Dysphagia*, 1999; 14: 139-145.

NOTA

Le indicazioni personalizzate per le modalità di alimentazione in funzione del livello della scala DOSS sono fornite dal personale sanitario competente (medico, logopedista, dietista).

6.5 Valutazione fisioterapica

- ❑ osservazione della postura;
- ❑ valutazione della capacità di mantenere la postura seduta con controllo del capo e del tronco;
- ❑ valutazione della capacità di utilizzo degli arti superiori, con riferimento alla qualità delle prese e alla possibilità di attivazione del gesto per alimentarsi.

6.6 Valutazione clinica specialistica ORL

In presenza di disfagia orofaringea il medico ORL attua la rivalutazione specialistica e più analitica dei punti in precedenza esaminati:

- ❑ anamnesi
- ❑ ispezione e palpazione
- ❑ prove morfodinamiche
- ❑ esame della funzione sensitivo-sensoriale
- ❑ prove di alimentazione
- ❑ test screening: prova di deglutizione con acqua, con particolare attenzione alla fase orale della deglutizione.

6.7 Valutazione strumentale

- 1) Fibroscopia endoscopica trans nasale (valutazione endoscopica della deglutizione).
È possibile valutare la componente motoria e sensoriale e la gestione dei ristagni di bolo. È poco invasiva, ripetibile, economica, di facile esecuzione. Permette di studiare la sola fase faringea la cui valutazione è resa difficoltosa dai momenti di black-out (momenti in cui la contrazione delle pareti faringee impediscono la visione diretta dell'atto deglutitorio).
- 2) Radiografia del transito oro-esofageo.
- 3) Videofluoroscopia dinamica: è una metodica radiologica che si realizza mediante la somministrazione di alimenti a differente consistenza, associati solitamente a bario. Permette di valutare in modo completo l'intero transito del bolo (funzionalità delle strutture, tempi, episodi di penetrazione/aspirazione ecc.). Non è possibile ripetere frequentemente la valutazione, la metodica dà una visione bidimensionale, richiede un team di operatori specializzato e **"l'indispensabile" collaborazione del paziente.**
- 4) Ecografia della lingua (motilità delle parti interne e profonde della lingua);
- 5) Manometria esofagea per le discinesie e le alterazioni della contrattilità degli sfinteri UES, LES;
- 6) Esofagogastroscoopia;
- 7) pH metria.

Le modalità per la valutazione della disfagia anche nelle fasi successive a quella orale della deglutizione sono rappresentate solitamente dalla videofluoroscopia e dalla fibroendoscopia dinamica. Attualmente, nella nostra Azienda, è possibile eseguire la Fibroendoscopia dinamica. In alcuni casi non è possibile alcun esame strumentale, ma ciò non esclude il paziente dal trattamento. Si predisporrà un approccio sulla base di quanto desunto dalla valutazione clinica.

7. TRATTAMENTO DELLA DISFAGIA

Al termine della valutazione devono essere specificate la presenza, la gravità e il tipo di disfagia (identificazione della/e fase/i compromessa/e). L'obiettivo terapeutico primario è il raggiungimento di una deglutizione funzionale, impedendo il passaggio di alimenti nelle vie respiratorie e prevenendo la malnutrizione e la disidratazione.

I principi di intervento sono:

- ☐ personalizzare/individualizzare il trattamento, in base al paziente e al tipo di disfagia;
- ☐ alimentare il paziente il prima possibile per via orale;
- ☐ privilegiare la NE rispetto alla NP;
- ☐ stimolare gli operatori al lavoro multidisciplinare;
- ☐ coinvolgere i familiari nel progetto riabilitativo.

Il trattamento comprende:

- ☐ gestione medica (terapia di base e coordinazione équipe);
- ☐ gestione infermieristica;
- ☐ trattamento e monitoraggio logopedico;
- ☐ trattamento fisioterapico;
- ☐ valutazione dello stato nutrizionale e gestione della dieta;
- ☐ counseling informativo/formativo rivolto al paziente e ai caregivers.

7.1 Gestione infermieristica

Il personale infermieristico svolge un ruolo chiave attuando:

- ☐ gestione routinaria del paziente disfagico;
- ☐ attento e sistematico monitoraggio durante i pasti (qualità-quantità dei cibi assunti, durata del pasto, eventuali segni di penetrazione/aspirazione, adesione alle norme comportamentali suggerite ecc.);
- ☐ corretta igiene orale e delle protesi dentarie dopo ogni pasto, per evitare accumulo di residui/ placca (con attenzione alla rimozione della protesi nelle ore notturne);
- ☐ somministrazione in sicurezza degli alimenti;
- ☐ somministrazione in sicurezza dei farmaci (vedi 7.1.1 Somministrazione dei farmaci);
- ☐ supervisione dell'attività svolta dal personale di supporto nella dispensazione degli alimenti e per la corretta postura.

7.1.1 Somministrazione dei farmaci

Si consiglia di concentrare, se possibile, l'assunzione dei farmaci durante il pasto; sono necessari alcuni specifici accorgimenti:

- ☐ le compresse sono frantumabili solo se hanno la dicitura "compressa divisibile" e sulla loro superficie hanno la pre-divisione in 2 o 4 parti;
- ☐ la compressa polverizzata/frantumata, piuttosto che somministrata con acqua può essere miscelata

ad un piccolo boccone semisolido (passati – frullati/ budini) o con acqua addensata/acqua gel escludendo che questo possa interferire con l'azione del farmaco;

Note:

- ☐alcuni farmaci possono essere inattivati se miscelati ad addensanti o acqua gel (es. Macrogol/ Movicol, bustine);
- ☐non somministrare insieme due medicine se non consentito, ciò potrebbe rendere il farmaco sotto dosato o inattivo, creare dei composti dannosi per il paziente o la creazione di un "boccone misto" acqua /polvere che metterebbe in difficoltà il paziente con possibilità di inalazione;
- ☐pulire bene, tra una somministrazione e l'altra, il contenitore del trita pastiglie;
- ☐alla fine della somministrazione dei farmaci occorre controllare il cavo orale, per constatare la presenza /assenza di residui di farmaco; in tal caso completarne l'assunzione con l'aiuto di acqua gel e in seguito provvedere alla pulizia del cavo orale.

7.2 Riabilitazione logopedica

Il logopedista imposta specifici esercizi di:

- ☐riabilitazione delle funzioni comunicative;
- ☐riabilitazione delle funzioni cognitive e mnestiche-attentive;
- ☐riabilitazione neuromotoria orale;
- ☐riabilitazione della coordinazione pneumo -fono -deglutitoria;
- ☐impostazione delle posture e strategie di compenso e di supporto alla deglutizione;
- ☐monitoraggio delle capacità deglutorie con rivalutazioni periodiche;
- ☐counseling informativo/formativo per disfagia a paziente, caregiver, altri operatori.

7.3 Riabilitazione fisioterapica

Il fisioterapista imposta specifici esercizi per:

- ☐acquisizione di un normotono muscolare;
- ☐promozione della forza muscolare;
- ☐mantenimento dell'equilibrio in postura;
- ☐controllo del capo;
- ☐acquisizione di prese manuali funzionali;
- ☐propone inoltre consigli utili rispetto agli ausili per il controllo posturale.

7.4 Gestione dietistica

- ☐Valutazione dello stato nutrizionale del paziente;
- ☐calcolo BMI o IMC (Indice di Massa Corporea);
- ☐misurazioni antropometriche MUAC¹(circonferenza a livello mediano del braccio);
- ☐calcolo del fabbisogno calorico e dei nutrienti;
- ☐individuazione della dieta personalizzata in funzione delle patologie di base, delle capacità di deglutizione, delle preferenze del paziente e delle consistenze indicate dal logopedista.

7.5 Counseling informativo/formativo

Norme comportamentali per l'assunzione a basso rischio degli alimenti: Per quanto ogni paziente disfagico sia un caso a sé per il quale l'équipe riabilitativa fornisce indicazioni personalizzate, alcune regole si applicano a tutti.

Prima del pasto:

- ☐assicurare un ambiente tranquillo ben illuminato, eliminare le distrazioni ambientali;
- ☐una buona igiene orale stimola la produzione di saliva e migliora la capacità gustativa;
- ☐se è presente la dentiera, assicurarsi che sia bloccata e ben pulita;
- ☐il paziente deve essere correttamente posizionato; la posizione migliore è quella seduta con tronco a **80°-90°** con un comodo sostegno per capo, tronco e arti;
- ☐controllare che la persona sia vigile e reattiva, ben riposata e che non abbia dolori in atto;
- ☐utilizzare ausili ergonomici e adeguati (ad esempio cucchiaini invece dei cucchiari, tazze con beccuccio ecc.);
- ☐assicurarsi che l'omogeneità, la consistenza e il tipo di alimenti rispettino le indicazioni fornite.

¹ Si rimanda al documento aziendale **"Valutazione nutrizionale del paziente ricoverato"** Home -> Area Qualità-> Percorso del paziente -> Valutazione del paziente

Durante il pasto:

- ☐ mantenere per tutta la durata del pasto la posizione corretta;
- ☐ mantenere un adeguato livello di attenzione (la persona non deve parlare, né essere distratta);
- ☐ se è necessario imboccare, occorre sedersi di fronte al paziente, allo stesso livello, per evitare che estenda o giri il capo;
- ☐ preparare bocconi di piccole dimensioni;
- ☐ attendere che un boccone sia stato deglutito, controllando la presenza di ristagni nel cavo orale, prima di assumere il successivo;
- ☐ fare eseguire, ogni tanto, dei colpi di tosse, per controllare la presenza di cibo;
- ☐ sospendere l'alimentazione ai primi segni di stanchezza;
- ☐ l'assunzione di acqua, quando consentita, deve avvenire solo dopo aver eliminato ogni residuo di cibo dalla bocca;
- ☐ la terapia orale deve essere tritura e mescolata ad acqua gelificata o a cibo frullato (vedi 7.1 Gestione infermieristica).
- ☐ eventuali sostanze fredde stimolano il meccanismo della deglutizione;

Nota NON utilizzare cannucce o siringhe, essendo controindicate a causa della difficoltà di controllare il flusso dei liquidi.

Dopo il pasto:

- ☐ controllare che non siano presenti residui di cibo nel cavo orale del paziente;
- ☐ provvedere all'igiene orale;
- ☐ assicurarsi che il paziente mantenga la posizione seduta per **almeno 30 minuti**.

8. CARATTERISTICHE DELL'ALIMENTAZIONE

Nella scelta del cibo bisogna considerare:

- ☐ il fabbisogno calorico, di nutrienti ed idrico;
- ☐ la patologia di base e eventuali patologie associate;
- ☐ la capacità di deglutizione (adeguamento della dieta al grado di disfagia);
- ☐ le preferenze della persona.

8.1 Modificazioni della dieta

La modificazione della dieta è parte integrante del trattamento della disfagia al fine di permettere un'alimentazione a basso rischio; si interviene progressivamente sulle caratteristiche degli alimenti quali consistenza, coesione, omogeneità, viscosità e temperatura.

8.2 Caratteristiche fisiche degli alimenti

► **In riferimento alla "Consistenza" gli alimenti si dividono in:**

- ☐ liquidi: acqua, tè e tisane.
- ☐ liquidi-densi (con scorie): Latte, yogurt da bere, succhi di frutta.
- ☐ semiliquidi: passati di verdure, creme liquide, semolini liquidi, yogurt, gelati, frullati ed omogeneizzati di frutta dove prevale la percentuale liquida.
- ☐ semisolidi: passati di verdure densi, semolini densi, creme dense, polenta molto morbida, budini, mousse, formaggi cremosi.
- ☐ solidi: pasta corta di pezzatura grossa e gnocchi (ben cotti e ben conditi), uova sode, pesce diliscato, verdure cotte non filamentose, formaggi molli (tipo crescenza), soufflé, banana e mela.

La consistenza dei cibi può essere modulata ed adeguata alle esigenze del paziente; è possibile utilizzare:

- ☐ addensanti naturali (es. gelatine, fecola di patate, amido di mais, farine istantanee, farine di cereali, colla di pesce,...) e artificiali che possono essere aggiunti ad alimenti, liquidi, semiliquidi o semisolidi, caldi o freddi, dolci o salati, mantenendo la consistenza ottenuta nel tempo senza modificare il gusto ed il colore del cibo o della bevanda.
 - ☐ diluenti (es. acqua, brodo vegetale, brodo di carne, latte, centrifugati/succhi di frutta e di verdure),
 - ☐ lubrificanti (es. olio, burro, maionese, besciamella, ecc.). L'impiego di queste sostanze, tuttavia, deve tener conto, nel lungo periodo, dell'equilibrio nutrizionale del paziente.
- In riferimento al **"Grado di coesione"** gli alimenti devono garantire compattezza durante tutto il passaggio nel canale alimentare, senza sbriciolarsi o frammentarsi.

□ Omogeneità:

Il cibo deve presentarsi tutto della stessa consistenza, ovvero essere "omogeneo".

□ Viscosità/scivolosità:

Il bolo deve determinare il "minor attrito" possibile sulle pareti del canale alimentare; tale caratteristica può essere incrementata con l'aggiunta, agli alimenti, di condimenti untuosi (olio, panna, besciamella,...)

□ Dimensioni:

Il porzionamento e la dimensione del boccone sono molto importanti e devono variare a seconda del tipo di alterazione della deglutizione.

□ Temperatura:

La temperatura vicina a quella corporea NON stimola la percezione del boccone durante le fasi della deglutizione. Gli alimenti dovrebbero avere una temperatura più calda o più fredda di 36°-37°.

□ Colore:

Il colore del cibo può migliorarne l'appetibilità.

□ Sapore:

Nel paziente anziano i sapori "acido", "amaro", "piccante" possono aumentare il rischio di aspirazione per scarso controllo linguale e/o ipomobilità faringea. Viceversa, gli stessi sapori possono aiutare in caso di ridotta sensibilità. Il sapore "acido", ha l'effetto di aumentare la secrezione salivare (è quindi da evitare in caso di scialorrea).

□ Appetibilità:

L'aspetto del cibo deve essere curato e, se possibile, le portate distinte. Per favorire, inoltre, il transito del bolo e in particolare il riflesso della deglutizione, sono consigliati cibi con sapori forti/speziati, agrodolci che stimolano l'aumento della salivazione.

8.3 Cibi da evitare

-Alimenti "a doppia consistenza" (solido+liquido): pastina in brodo, minestrone con verdure a pezzi, gelati o yogurt con pezzi di cioccolato o frutta, agrumi, ecc.

-Alimenti "con filamenti": bollito, finocchio, mozzarella, formaggi cotti, ecc.

-Alimenti con scarti: nervetti, lische, ecc.

-Legumi: fagioli, piselli, ceci, ecc.

-Cereali: riso, farro, orzo, mais, ecc.

-Alimenti solidi di difficile gestione orale: fette biscottate, grissini, pane, caramelle, confetti.

-Frutta:

◦ secca: noci, nocciole...

◦ di bosco: ribes, mirtilli, more, lamponi...

◦ con nocciolo o semini: kiwi...

◦ agrumi: arancia, mandarino,....

8.4 Tipologia di dieta

Sono state previste 3 classi di dieta, secondo la consistenza degli alimenti; tali diete sono corrispondenti ai livelli di deglutizione secondo la scala di valutazione DOSS (disphagia outcome and severity scale).

Dieta A – livello 2-3 scala DOSS

► Cibi a consistenza semisolida, omogenei e cremosi. **(Sono proibiti tutti i cibi appiccicosi e l'acqua).**

ALIMENTI	PREPARAZIONI PERMESSE
Cereali	Crema di grano, crema di riso, creme multicereali.
Uova	Uovo sbattuto con zucchero, zabaione.
Prodotti del latte	Yogurt molto denso (senza pezzi di frutta), latte addensato.
Grassi	Salse, brodi, addensati.
Carni e sostituti	Carni tenere frullate con aggiunta di salse.
Zuppe	Frullate e filtrate; dense quanto serve.
Dolci	Frappè, creme, budino, gelato, granite.
Bevande	Tutti i <u>liquidi</u> devono essere freddi e <u>addensati</u> , con un addensante commerciale. Usare solo acqua gelificata.

Dieta B – livello 4-5 scala DOSS

► Alimenti di consistenza semiliquida, semisolida e solida morbida a pezzetti/tritata – liquidi leggermente addensati.

ALIMENTI	PREPARAZIONI PERMESSE
Cereali	Crema di grano, crema di riso, farina di avena, polenta, pasta ben cotta tagliata a pezzetti.
Uova	in camicia o strapazzate.
Prodotti del latte	Yogurt, creme di formaggio.
Grassi	Salse, sughi, burro, olio.
Carni e sostituti	Carni tenere tritate con salse, passati, mousse.
Zuppe	Creme o passate.
Dolci	Frappè, creme, budino, gelato.
Frutta	Frutta passata senza buccia o semi, succhi di frutta addensati o nettari, banane mature e schiacciate.
Verdure	Verdure passate senza bucce né semi, patate bollite schiacciate.
Bevande	Acqua gel, succhi molto densi, nettari, sciroppi, prodotti del latte.

Dieta C – livello 6-7 scala DOSS

► Alimenti di consistenza semiliquida semisolida, solida morbida. Liquidi a piccoli sorsi.

ALIMENTI	PREPARAZIONI PERMESSE
Farine e cereali	Solo farine soffici e cereali cotti nel latte, pasta, biscotti che si sciolgono nel latte, polenta.
Uova	in camicia, strapazzate, alla coque, sode.
Prodotti del latte	Yogurt, formaggi morbidi.
Grassi	Salse, sughi, burro, olio.
Carni e sostituti	Carne tritata o tagliata in piccoli pezzi.
Zuppe	Di consistenza media, ben cotte e con piccoli pezzi.
Dolci	Dolci morbidi, creme, gelati cremosi, sorbetti.
Frutta	Fresca (senza semi né bucce), grattugiata o piccoli pezzi, frutta cotta o in scatola.
Verdure	Cotte o crude tenere.
Bevande	Tutte.

9. ALIMENTAZIONE ARTIFICIALE (NA)

Quando il paziente non riesce ad assumere in sicurezza l'apporto raccomandato di nutrienti è da prendere in considerazione il ricorso alla nutrizione artificiale.

È tuttavia da considerare che il momento del pasto è punto centrale della vita sociale ed interpersonale e **la rinuncia all'alimentazione per os, deve avvenire pertanto solo nei casi più gravi** tenendo presente che il cavo orale del soggetto non va comunque trascurato, assicurando un'accurata igiene e stimolandolo, a fini edonistici, quando è possibile, con minime quantità di cibo.

9.1 Nutrizione enterale

La NE è da considerarsi la prima opzione, in caso di necessità di N.A. La scelta riguardante la via di somministrazione, dipende da vari fattori: la malattia di base e le condizioni generali del paziente, i rischi dovuti alla tecnica, l'accettazione da parte del paziente e la durata prevista della nutrizione.

□ **SNG** (sondino naso-gastrico)

È l'approccio più semplice e meno invasivo, indicato per nutrizione con durata presunta inferiore **alle 4** settimane, o di durata maggiore nel caso le condizioni cliniche del paziente non consiglino altri approcci.

□ **SND** (sondino naso digiunale)

È indicato per paziente con elevato rischio di broncoaspirazione o quando lo svuotamento gastrico è rallentato; prevede il posizionamento transpilorico che può avvenire in modo passivo con sonda di Bengmark o attivo con posizionamento endoscopico.

□ **Enterostomie**

Hanno il vantaggio di avere un posizionamento transpilorico e di non essere facilmente rimuovibili da

parte del paziente: indicate per una durata di **NE** superiore alle **4 settimane**, prevedono tecniche di posizionamento più complesse, che vanno dal posizionamento endoscopico per la PEG (gastrostomia endoscopica per cutanea) o della PEJ (con posizionamento della sonda a livello digiunale), al posizionamento radiologico della gastrostomia percutanea, fino ad arrivare all'approccio laparotomico per le gastrostomie e digiunostomie chirurgiche.

9.2 Nutrizione parenterale

Deve essere riservata solo ai casi in cui sia impossibile o controindicato l'accesso enterale, o per periodi limitati, per compensare un insufficiente apporto nutrizionale per os.

Il medico che ha in cura il paziente potrà contattare, per consulenza, il servizio di nutrizione clinica allo 0385/582224 fax 582223 mail **luigi_negri@asst-pavia.it**

Il ricorso al servizio sarà assolutamente necessario in caso di attivazione di NAD (nutrizione artificiale domiciliare).

La presenza di sondino nasogastrico, gastrostomia o digiunostomia non deve precludere la necessità di trattamento riabilitativo logopedico e fisioterapico, al fine di perseguire un eventuale svezzamento e recupero anche parziale di un'alimentazione per os.

Note: per una più esaustiva trattazione della nutrizione artificiale, si rimanda al protocollo aziendale presente nella sezione dedicata del sito web aziendale "Qualità e sicurezza del paziente"

10. EDUCAZIONE: il ruolo della famiglia

Fin dalla prima fase del ricovero, il paziente e i familiari sono coinvolti nel percorso di cura e informati sulla disfagia e disturbi correlati e sulle precauzioni da adottare nella somministrazione dei pasti.

Durante il ricovero, vi è un costante controllo delle informazioni trasmesse, che vengono registrate nella documentazione sanitaria tramite la scheda di rilevazione dell'apprendimento del paziente/familiare (si rimanda al documento aziendale "Interventi educativi per la continuità di cura a domicilio").

Prima della dimissione, sarà consegnato un opuscolo informativo che integrerà le indicazioni personalizzate del logopedista e del personale sanitario coinvolto (**allegato 3**).

11. INDICATORE DI PROCESSO

Numero ricoverati identificati/trattati per disfagia/mese X100

Numero totale ricoveri/mese

Cadenza: rilevazione annuale, nei mesi di Aprile Maggio Giugno

Strumento di rilevazione: Cartella clinica e allegati

12. RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- ✓ Giornata europea della logopedia, 6 Marzo 2008
- ✓ Schindler O. Ruoppolo G. Schindler A. Deglutologia Omega Edizioni 2011 Torino
- ✓ Rugiu M.G. Role of videofluoroscopy in evaluation of neurologic dysphagia Acta Otolaryngol Ital 2007;27:306-16
- ✓ Splaigard MI. Hutchins B. Sulton LD. Chaudhuri G. Aspiration in rehabilitation patients: videofluoroscopy vs bedside clinical assessment Arch Phy Med Rehabil 1988;69:637-40
- ✓ Smithard DG. O'Neill PA. Park C. England R. Renwick DS. Can bedside assessment reliably exclude aspiration following acute stroke? Age Aging 1998;27:99-106
- ✓ Mc Cullogh GH. Wertz RT. Rosenbek JC. Sensitivity and specificity of clinical/bedside examination signs for detecting aspiration in adults subsequent to stroke J Common Disord 2001;34:55-72
- ✓ Langmore SE. Schatz MA. Olsen N. Fiberotic endoscopic examination of swallowing safety: a new procedure Dysphagia 1988;2:216-19
- ✓ Langmore SE. Endoscopic and videofluoroscopic evaluations of swallowing and aspiration Ann Otol Rhinol Laryngol 1991;100:678-81
- ✓ Pfeiffer A short portable status questionnaire for assessment of organic brain deficit in elderly patients. JAGS 1975;23:433-41

13. ALLEGATI

All.1 Valutazione logopedica qualitativa breve

All.2 Valutazione della disfagia

All.3 Consigli per il paziente disfagico