

# Corso teorico/pratico **CENA DI VELLUTO**



## OBIETTIVI:

- dimostrare come sia possibile ritrovare il piacere del cibo nonostante il problema della deglutizione
- impedire la malnutrizione conseguente alla riduzione nella quantità di alimenti ingeriti;
- ridurre il rischio di polmoniti da aspirazione o ab ingestis.
- Ridurre il costo per l'acquisto di prodotti industriali destinati alla disfagia

# OUTCOME: I partecipanti al termine del corso

- acquisiranno ed aggiorneranno alcune conoscenze teoriche inerenti l'alimentazione nei soggetti con disfagia
- acquisiranno competenze per:
  - ❖ garantire una alimentazione sicura nell'ambito nutrizionale, igienico e nelle modalità di somministrazione per il residente disfagico
  - ❖ presentare cibi con caratteri organolettici validi, anche nelle preparazioni destinate a persone con difficoltà di assunzione; assicurandone la masticabilità e il gradimento;
- Acquisiranno abilità per il miglioramento della qualità igienico-nutrizionale del servizio di ristorazione e dello stato nutrizionale degli ospiti disfagici

## Le dimensioni del problema

La disfagia è un sintomo comune a molte patologie o l'esito di diverse terapie..

Alcuni dati di letteratura internazionale (ASHA Special

Populations: Dysphagia. Edition Rockville MD 2009) stimano :

**il 40 %degli ospiti delle RSA presentano disfagia**

ASHA Special Populations: Dysphagia. Edition Rockville MD 2009

**Il 15-50% della popolazione dopo i 65 anni**

**presenta disfagia** (Feinberg M.J., Knebl J., Segall L. Aspiration and the elderly. Dysphagia; 1999;5:61-71.)

**Le complicanze respiratorie rappresentano la 5° causa di morte dopo i 65 anni e la 3° dopo gli 85**

**anni** (La Croix AZ, Lipson S, Miles TP, White L. A prospective study of pneumonia hospitalizations and mortality of US older people: the role of chronic conditions, health, behaviour and nutritional status. Public Health Reports. 2006 ;104:350- 360).

# Le dimensioni del problema

dati italiani, riportano che

**il 20 per cento della popolazione italiana con più di 60 anni è affetto da disfagia,.**

**Tra le persone residenti in case di riposo ne è affetto tra il 40 e il 60%**

Il disturbo è poi particolarmente frequente nella popolazione con :

- **sclerosi multipla (tra il 33 e il 43%),**
- **ictus (40-80%),**
- **Parkinson (50-90%)**
- **sclerosi laterale amiotrofica (100%).**

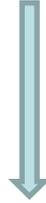
È da questi dati che si comprende la necessità della corretta gestione dell'ospite con disfagia

L'alimentazione è una forma di interazione **individuo-ambiente** ed è una funzione carica di risvolti **emotivo-relazionali** e **oggetto di riti socializzanti**. (*Unnia, 1992*)

# Perché ci alimentiamo?

- Adeguato apporto nutrizionale
- Saziare sete e soddisfare appetito
- Piacere del gusto (sapore e profumo)
- Stare insieme agli altri

# LA DEGLUTIZIONE



- Abilità di convogliare sostanze liquide, solide, gassose o miste dall'esterno allo stomaco.

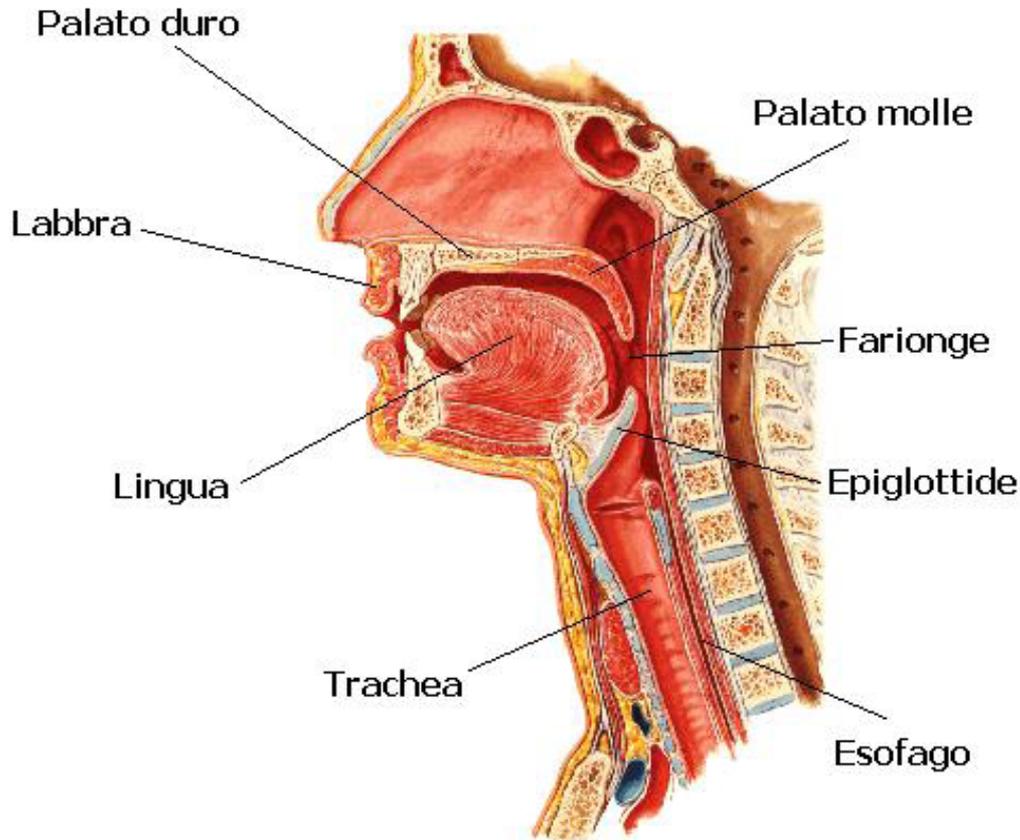
# La deglutizione fisiologica

- E' un atto assai complesso, in parte volontario ed in parte riflesso
- Esso prevede una perfetta **coordinazione** fra deglutizione e respirazione.
- Richiede proprietà motorie di cui la principale è la **forza oltre alla precisione, alla velocità e alla coordinazione.**

*(Unnia, 1995)*

- La deglutizione coinvolge in modo strettamente coordinato e sequenziale numerose strutture nervose e muscolari:
  - 34 muscoli;
  - Esofago
  - Diaframma
  - 6 nervi cranici (V trigemino, VII facciale, IX glosso-faringeo, X vago, XI accessorio, XII ipoglosso)
  - Prime radici cervicali.
- Tutto sotto il controllo del CENTRO DELLA DEGLUTIZIONE situato nel tronco encefalico a livello bulbare.

# FISIOLOGIA DELLA DEGLUTIZIONE



- L'atto deglutitorio nel soggetto adulto viene comunemente distinto in 7 fasi:

- ***Anticipatoria***
- ***Preparazione extra-orale del cibo***
- ***Preparazione orale***
- ***Fase orale***
- ***Fase faringea***
- ***Fase esofagea***
- ***Fase gastrica.***

# FASE ANTICIPATORIA

Input visivi e olfattivi:

Modificazioni del cavo orale e faringeo:

- a) Stimolazione di secrezione salivare e gastrica
- b) Aumento tono della muscolatura

Fattori culturali ed esperienziali:

- tipo di cucina, e presentazione visiva del cibo
- Ambiente in cui si mangia
- Presidi (posate, piatti, bicchieri)
- caratteristiche e n. pasti al giorno
- Postura, vista, arti superiori, stato cognitivo

## Studi:

- Come l'adozione di uno stile familiare del servizio di ristorazione influisca sulla qualità di vita, la funzionalità fisica ed il peso corporeo dei residenti presso le case di riposo – Studio clinico controllato randomizzato 5 RSA olandesi 178 residenti (BMJ 2006 MAY)
- Gli effetti dell'ambiente in cui si consumano pasti sulla qualità dell'assistenza nutrizionale in casa di riposo. – Studio trasversale. 34 case di riposo, 761 residenti americani (Nutr Health aging 2005)
- Mangiare assieme è importante. – Studio prospettico 3 RSA Londinesi 148 residenti (J Hum Nutr Diets 2006 19.23 -26)
- Strategie vincenti per la prevenzione della malnutrizione negli anziani istituzionalizzati. (Scienze Infermieristiche 2007)
- Il Paziente Disfagico: Pianificazione dell'assistenza in equipe (I.J.N. 13/2015 - SPREAD GUIDELINES 2007)

# FASE DI PREPARAZIONE EXTRAORALE

- Tutte le modificazioni di consistenza, viscosità, temperatura e dimensione del cibo.
- Questa fase termina quando il cibo è introdotto in bocca.
- Questa fase è importantissima nella riabilitazione.

# FASE BUCCALE DI PREPARAZIONE ORALE

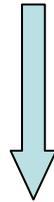
- Comprende le modificazioni del cibo fino a trasformarlo in bolo
  - Ingestione
  - Masticazione
  - Insalivazione

I movimenti laterali e rotatori della lingua hanno importanza fondamentale

Il palato molle è spinto in avanti.

LA DISFAGIA:

DIFFICOLTA' O IMPOSSIBILITA' A MASTICARE  
IL CIBO, PREPARARE IL BOLO E  
DEGLUTIRLO.



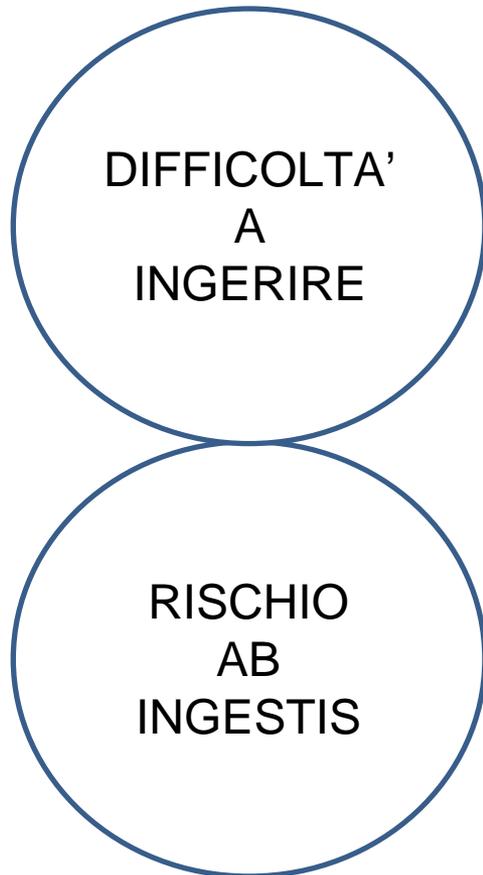
DIFFICOLTA' AD ATTUARE UNA  
**ALIMENTAZIONE ORALE AUTONOMA E  
SICURA**(Schindler O., Ruoppolo G., Schindler  
A. 2001)

**LA DISFAGIA SI MANIFESTA COME UNA INCAPACITA' A  
PREPARARE IL BOLO ALIMENTARE E/O A FARLO  
PROCEDERE DAL CAVO ORALE ALL'ESOFAGO E DA  
LI' ALLO STOMACO**

**•UNA COMPROMISSIONE DI UNA O PIU' FASI DELLA  
DEGLUTIZIONE**

**•TALE DIFFICOLTA' SI PUO' PRESENTARE PER CIBI  
SOLIDI, PER LIQUIDI (ANCHE PER LA SALIVA) O PER  
ENTRAMBI**

# QUADRI FUNZIONALI DI DISFAGIA



## Extraorale

- **Rifiuto cibo / inappetenza**
- **Difficoltà a portare cibo alla bocca**

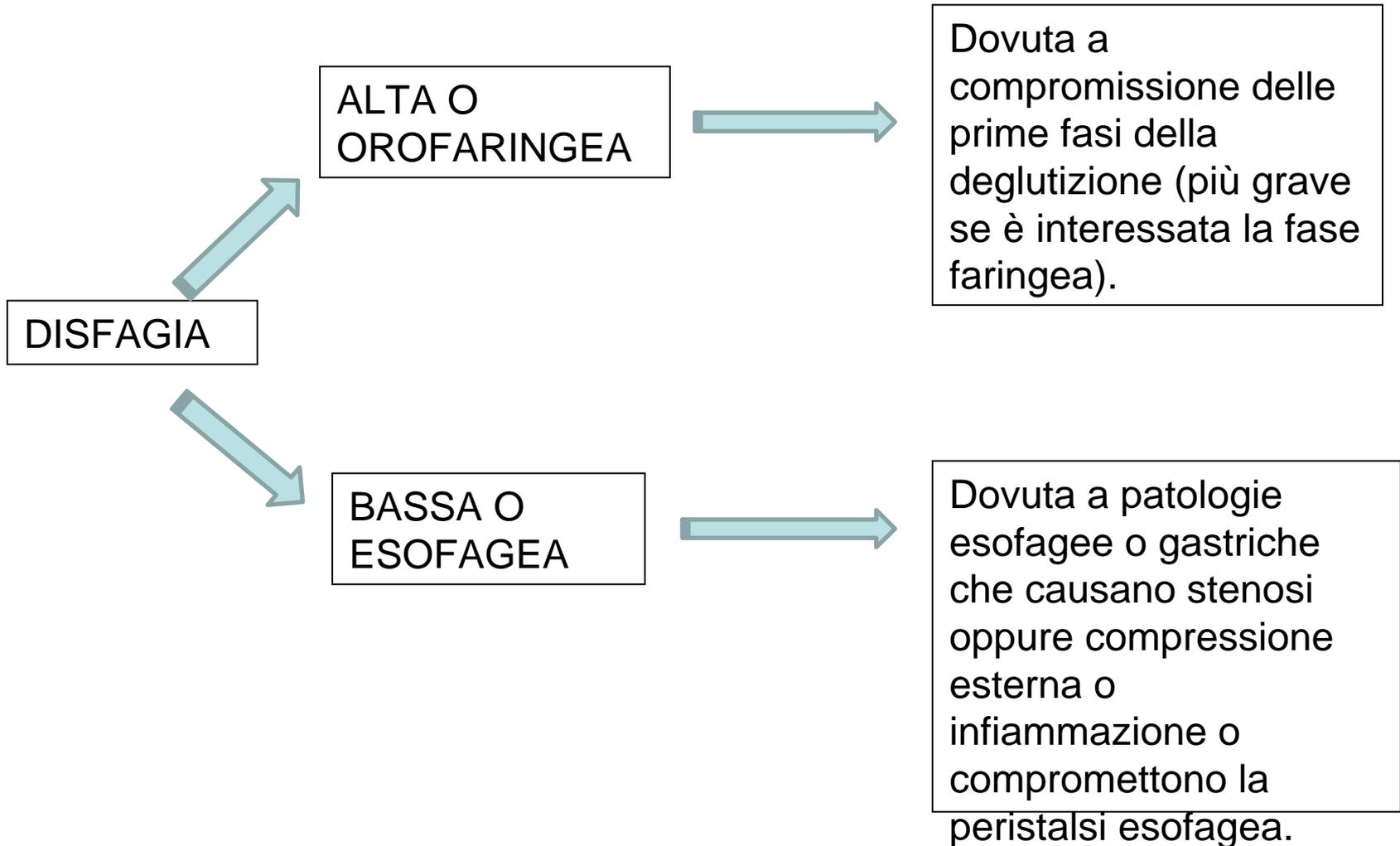
## Orale

- **Perdita cibo dalla bocca**
- **Difficoltà a masticare**
- **Deficit controllo oro-faringeo (liquidi)**
- **Residui (solidi)**
- **Deficit propulsivo**
- **Affaticamento**

## Faringea

- **Deficit innesco**
- **Deficit propulsivo**
- **Penetrazione/aspirazione**
- **Residui**

# Classificazione della disfagia



# CAUSE

- PATOLOGIE NEUROLOGICHE: centrali, periferiche, degenerative.
  - ICTUS,
  - DANNO CEREBRALE (TRAUMATICO),
  - PARKINSON,
  - DEMENZE,
  - SCLEROSI MULTIPLA
  - SLA
- ESITI CHIRURGICI (meno frequenti nell'anziano)
- EFFETTI COLLATERALI DI TERAPIE: farmaci, radioterapie, ...

# Principali segni e sintomi della disfagia

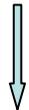
- TOSSE DURANTE O DOPO LA DEGLUTIZIONE
- ASSENZA DELLA TOSSE VOLONTARIA
- ASSENZA DI DEGLUTIZIONE VOLONTARIA
- ECCESSIVA LENTEZZA NELL'ASSUNZIONE DEI CIBI
- INAPPETENZA
- PRESENZA DI RESIDUO DI BOLO NELLA BOCCA DOPO LA DEGLUTIZIONE
- PERDITA DI PESO O DISIDRATAZIONE
- RIALZO DELLA TEMPERATURA CORPOREA
- VOCE GORGOGLIANTE
- FREQUENTI INFEZIONI POLMONARI
- SCHIARIMENTI DI GOLA FREQUENTI
- SCIALORREA

# **FATTORI DI RISCHIO:**

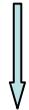
- ALTERATO LIVELLO DI COSCIENZA
- DIMINUZIONE DELLE FACOLTA' COGNITIVE
- ASSENZA DI TOSSE VOLONTARIA
- INTUBAZIONI PER LUNGHI PERIODI
- RIDUZIONE DELLA SENSIBILITA'
- PROBLEMI DI LINGUAGGIO
- ETA' AVANZATA
- USO DI FARMACI PARTICOLARI (neurolettici, sedativi..)
- AUMENTO DELL'AGITAZIONE E DELL'IMPULSIVITA'

# CONSEGUENZE DELLA DISFAGIA:

RIDOTTO INTROITO  
ALIMENTARE



DISIDRATAZIONE



MALNUTRIZIONE

PASSAGGIO DI CIBO  
NELLE VIE  
RESPIRATORIE



POLMONITI AB-  
INGESTIS



AUMENTO DELLA  
MORTALITA'

**PEGGIOR QUALITA' DI VITA ED AUMENTO DEI COSTI SOCIO-SANITARI**

Necessità della presa in carico di  
tipo **MULTIDISCIPLINARE**

# **La gestione del paziente disfagico: INTERVENTI RIABILITATIVI**

**obiettivi in relazione al grado di difficoltà di deglutizione :**

- Prevenire l'aspirazione e favorire una deglutizione sicura (deglutizione funzionale)
- Mantenere o recuperare un adeguato stato nutrizionale
- Migliorare la qualità di vita

# La gestione del paziente disfagico: INTERVENTI RIABILITATIVI

- **RIMEDIAZIONE**

Prevede un intervento diretto sul sintomo attraverso l'applicazione di tecniche rieducative

- **COMPENSAZIONE**

Prevede il compenso del sintomo attraverso l'uso di strategie compensative ed adattamenti

**COUNSELLING AI CAREGIVERS**

## **SISTEMI DI COMPENSAZIONE DEL SINTOMO:**

- Strategie di compenso posturale
- Tecniche particolari di deglutizione
- **Interventi sull'ambiente**
- **Interventi sul paziente**
- **Interventi sul cibo**
- **Modalità di somministrazione del cibo**
- **Uso di ausili**

# INTERVENTI SULL'AMBIENTE

- AMBIENTE TRANQUILLO E PRIVO DI DISTRAZIONI.
- SETTING DOMESTICO/FAMIGLIARE (tavolo)
- NON PARLARE DURANTE IL PASTO. Non è possibile parlare, respirare e deglutire contemporaneamente.
- NON GUARDARE LA TELEVISIONE.
- CAREGIVER SEDUTO ALLO STESSO LIVELLO.

# INTERVENTI SUL RESIDENTE E SUL CAREGIVER

CONTROLLARE:

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

# INTERVENTI SUL CIBO

- **NON MESCOLORE LE PORTATE.**

Mescolare le varie pietanze fino a ottenere un “pappotto” dal sapore indefinito e sempre uguale, non apporta nessun vantaggio all’operatore ma sicuramente compromette il piacere e il desiderio di alimentarsi dell’ospite e, conseguentemente, la sua capacità deglutitoria.

- **PREPARAZIONE ACCURATA E FANTASIOSA.**

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

- **CREARE LA CONSISTENZA OTTIMALE PER QUEL SINGOLO**

**PAZIENTE.** Per ottenere la consistenza che il paziente riesce a gestire in sicurezza si andranno a modificare le caratteristiche fisiche organolettiche dei cibi.

- **ADDENSARE CON ATTENZIONE.**

Il prodotto addensante va aggiunto poco a poco in modo da ottenere facilmente la consistenza desiderata (che varia da paziente a paziente).



# Caratteristiche fisiche degli alimenti:

- **1. CONSISTENZA;**
- **2. GRADO DI COESIONE**
- **3. OMOGENEITA'**
- **4. VISCOSITA'**
- **5. DIMENSIONI**
- **6. TEMPERATURA**
- **7. SAPORE**
- **8. APPETIBILITA'**

# LA CONSISTENZA

La consistenza sarà diversa a seconda del tipo di deficit rilevato.

- **LIQUIDI**

Sono utili quando la sola difficoltà del paziente è presentata dalla masticazione;

Sono invece i più difficili da deglutire in caso di disfagia.

L'agente più a rischio è l'**acqua**, perché **inodore, insapore, incolore.**

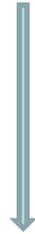
RICORDIAMO CHE:

**L'ACQUA insieme a THE'e TISANE prive di zucchero presentano meno rischi di Infezioni polmonari**

## **SEMILIQUIDI:**

Necessitano di una modesta preparazione orale.

Es: gelati, passati di verdure, yogurt, creme, semolini, frullati e omogeneizzati di frutta (preparati dove prevale la % liquida)



ritardo di innesco del riflesso, paralisi laringea unilaterale

**SEMISOLIDI:**  deficit masticatori, di innalzamento laringeo e ritardo di innesco

E' necessario una preparazione orale più impegnativa della dieta semiliquida ma non è necessaria masticazione.

Es: Polenta, semolino, crema di riso, passati di verdura densi, omogeneizzati carne o pesce, formaggi cremosi uova alla coque, budini e mousse.

## **SOLIDI:**

E' una dieta riservata ai pazienti con compromissione di bassa entità e con masticazione conservata in parte.

Es: Pasta e gnocchi, ben cotte e ben condite, lasagne, uova sode, pesce diliscato, verdure cotte non filose, formaggi tipo crescenza, pane morbido e mela cotta.

# GRADO DI COESIONE

Gli alimenti che sono serviti devono garantire **compattezza durante tutto il passaggio del canale alimentare senza sbriciolarsi o frammentarsi.**

**Sono da evitare quindi : Creakers, grissini, biscotti, pastina in brodo, riso, frutta secca.**

# OMOGENEITÀ

**Il cibo deve presentarsi della stessa consistenza e dimensione**

**Sono controindicati tutte le doppie consistenze (es. minestrone con verdure a pezzi, la pastina in brodo)**

# VISCOSITÀ

Il cibo servito deve presentare un grado di scivolosità per una deglutizione più facile.

- **Sono da evitare tutti i cibi secchi.**

# DIMENSIONI

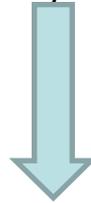
Importante sono:

- **Porzionamento;**
- **Dimensioni del boccone**

**Varieranno a seconda del tipo di alterazione della deglutizione**

# TEMPERATURA

La temperatura simile a quella corporea **non stimola la percezione del boccone** durante le fasi della deglutizione;



Le temperature devono essere **più calde o più fredde di 36-37°**

# SAPORE

**Importante rispettare i gusti e le preferenze dell'anziano.**

## ***RICORDARE***

Sapore “acido”, “amaro”, “piccante”, possono aumentare il rischio di aspirazione per scarso controllo linguale, ipomobilità faringea.

Viceversa gli stessi sapori possono aiutare in caso di ridotta sensibilità;

- I I sapore “acido”, ha l'effetto di aumentare la secrezione salivare (quindi da evitare in caso di scialorrea).

# APPETIBILITÀ

L'aspetto deve essere **curato e le portate distinte.**

Anche i cibi frullati devono avere un bel aspetto in modo da invogliare la persona a mangiare.

Non unire tutti gli alimenti in un unico pastone.

Lasciare che si sentano i gusti diversi.

# MODIFICATORI DI CONSISTENZA

La consistenza può essere modulata e adeguata alle esigenze del paziente.

Si possono usare :

- 1. Addensanti naturali o artificiali;**
- 2. Diluenti** (brodo, latte, acqua);
- 3. Lubrificanti.** (olio, panna, burro)

Possono essere aggiunti ad alimenti mantenendo la consistenza ottenuta nel tempo senza modificare il gusto ed il colore del cibo o della bevanda.

# Ausili

- Utilizzare tazze e bicchieri con beccuccio e/o con manici, con incavo per il naso;



- Evitare l'uso di cannucce o siringhe;

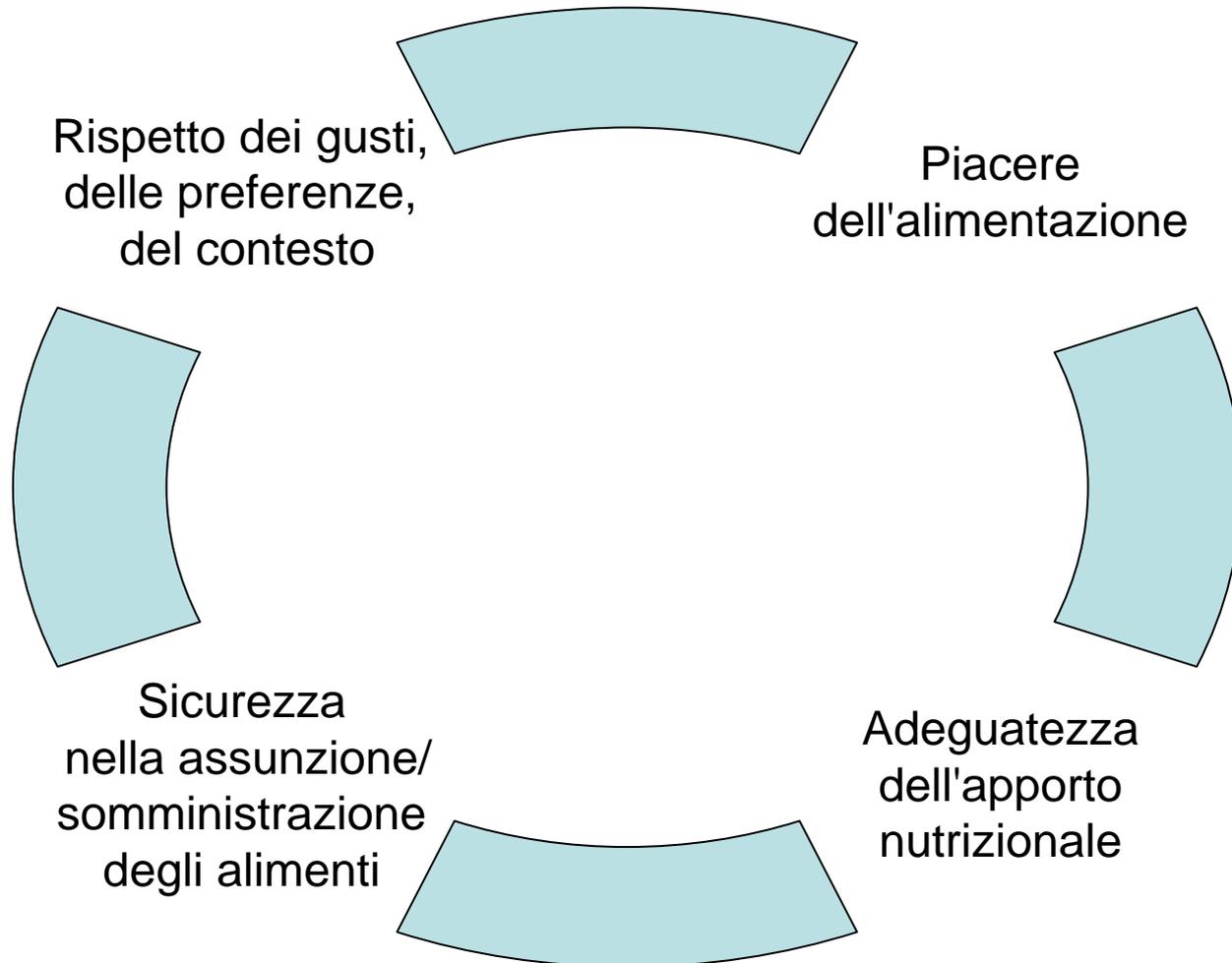
- Posate modificate con manici ingrossati, snodabili, orientabili, più lunghi, coltelli ergonomici;



- Piatti/vassoi con bordi rialzati, con tappetino antiscivolo



# La dieta per il paziente disfagico



# La dieta per il paziente disfagico

**Disfagia  
lieve**

**Dieta libera con limitazioni**

**Disfagia  
moderata**

**Dieta semisolida o semiliquida frullata**

**Disfagia  
grave**

**Valutare nutrizione enterale**

# La dieta per il paziente disfagico: **ALIMENTI PERICOLOSI**

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

- Alimenti secchi e friabili che si frammentano in tante piccole unità (crackers, grissini, fette biscottate, ...)
- Alimenti con semi e/o filamentosi (pomodori a pezzi o con buccia o con semi, sedano, verdura a foglia, carciofi, finocchi,...).
- Carne troppo asciutta
- Frutta con buccia, con semini, succosa (arancia, uva, macedonia, ...).
- Frutta secca (noci, nocciole, mandorle, pistacchi).

# La dieta per il paziente disfagico: **ADDENSANTI SPECIFICI PER DISFAGICI**

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

**Per ogni paziente dovrà essere studiata la consistenza ottimale.**

- con 1 cucchiaino di addensante →
- con 1,5 – 2 cucchiaini di addensante →
- con 2,5 – 3 cucchiaini di addensante →



# COSA FARE?

- Rispettare l'affaticamento e l'allungamento dei tempi di durata del pasto.
- Preferire cibi semi solidi o solidi morbidi ad alta componente di coesione e scivolosità.
- Rispettare le preferenze della persona.

- Mantenere orari fissi e regole che possono contenere l'ansia.
- Interventi esterni che possono compensare nell'autonomia:
  - adozione di ausili quali bicchieri con beccuccio, cucchiari con manico grosso, piatti rialzati, ...
  - accessori colorati
  - **presentazione personalizzata delle pietanze**

- Effettuare una buona igiene orale.
- **Ambiente confortevole, privo di distrazioni.**
- **Includere dei cibi piccanti, dolci e acidi per stimolare al massimo l'input sensoriale.**
- **Offrire pasti con alto apporto di calorie**
- Incoraggiare a mangiare da soli.
- Garantire la supervisione durante il pasto.
- Togliere dal tavolo tutti gli stimoli diversi dal cibo.
- **Offrire cibo visivamente appetibile.**
- Permettere al paziente di toccare il cibo.

- **Fornire un'ampia scelta di cibi diversi.**
- Utilizzare preferibilmente cucchiai evitando le forchette
- Non far attendere i pazienti quando sono pronti per mangiare.
- Sospendere il pasto ai primi segni di stanchezza.
- Verificare la consistenza del bolo: preferire semi-liquidi e semi-solidi.
- Posizione del capo: postura a capo flesso
- **Sapore del cibo**
- **Temperatura del cibo**
- Mantenere la postura eretta per almeno 15-20 minuti dalla fine del pasto.

# BREVE BIBLIOGRAFIA

- Linee Guida
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (**SIGN n.119 / 2010**). Management of patients with stroke. Identification and management of dysphagia.
- Stroke Prevention And Educational Awareness Diffusion (**SPREAD 2010**)
- Consensus Conference di Torino 2007. LINEE GUIDA SULLA GESTIONE DEL PAZIENTE DISFAGICO ADULTO IN FONIATRIA E LOGOPEDIA
- American Speech Language Hearing Association (ASHA). Medical Review Guidelines for Dysphagia Services. 2004
- Bibliografia  
O. Schindler, G. Ruoppolo, A. Schindler «Deglutologia»– Omega Edizioni 2011  
B. Travalca Cupillo, S. Sukkar, M. Spadola Bisetti «disfagia.Eat» – Edizioni Omega 2001
- Fonte internet  
[http:// www.asha.org](http://www.asha.org) Special Populations: Dysphagia.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>



GRAZIE