



Presidio Ospedaliero di Ancona
IRCCS-IRCA

UOSD

NUTRIZIONE CLINICA

Responsabile Dott. Paolo ORLANDONI



Disfagia e Nutrizione nell'Anziano

2 La Disfagia

Indice

Prefazione	pag	1
Che cos'è la deglutizione?	"	3
La Disfagia	"	4
Disfagia e Sarcopenia	"	4
Malnutrizione	"	5
MUST	"	6
Disfagia e Complicanze ...	"	7
Consigli Utili	"	10
La Postura	"	11
Igiene Orale	"	12
Cosa e Come Scegliere gli Alimenti	"	13
Consigli Dietetici	"	14
Regole Generali	"	15
Modificatori di Consistenza	"	17
Consigli per Addensare gli Alimenti	"	18
Pasti Modificati: anche l'Occhio vuole la sua Parte!	"	18
Supplementi Nutrizionali Orali per Disfagia	"	19
Disfagia e Farmaci	"	20
A chi Rivolgersi	"	21
Bibliografia	"	22
Contatti utili	"	23

Prefazione

La Disfagia orofaringea è un sintomo, molto frequente nell'anziano, legato alla presenza e alla evoluzione di malattie neurologiche e muscolari. Queste patologie possono aggravare il processo fisiologico di alterazione della deglutizione che colpisce i soggetti anziani, legato a numerosi meccanismi, come la sarcopenia e l'assunzione di terapie farmacologiche, e che viene definito Presbifagia.

La difficoltà nel deglutire può causare stati d'animo negativi quali disagio, ansietà, depressione e isolamento sociale.

Le complicanze della disfagia sono legate a:

- a. una diminuzione della efficacia della deglutizione nel garantire un adeguato apporto alimentare, con conseguente malnutrizione e disidratazione,
- b. una diminuzione della sicurezza della deglutizione nel garantire la chiusura delle vie respiratorie al passaggio di liquidi o solidi, con conseguente rischio di aspirazione tracheo-bronchiale, polmonite ab ingestis e morte.

Per evitare tali complicanze è importante il riconoscimento precoce della sintomatologia da parte del paziente, dei familiari e/o del Medico di Medicina Generale e la precoce presa in carico da parte di una struttura specialistica, con uno specifico percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale, garantito da un team multidisciplinare, in grado di gestire anche il paziente con multimorbilità.

Questo opuscolo dell'Unità Operativa Dipartimentale di Nutrizione Clinica dell'INRCA di Ancona ha lo scopo di fornire notizie utili per la gestione di questa problematica, ancora oggi troppo spesso non riconosciuta e non trattata in maniera adeguata.

Paolo Orlandoni

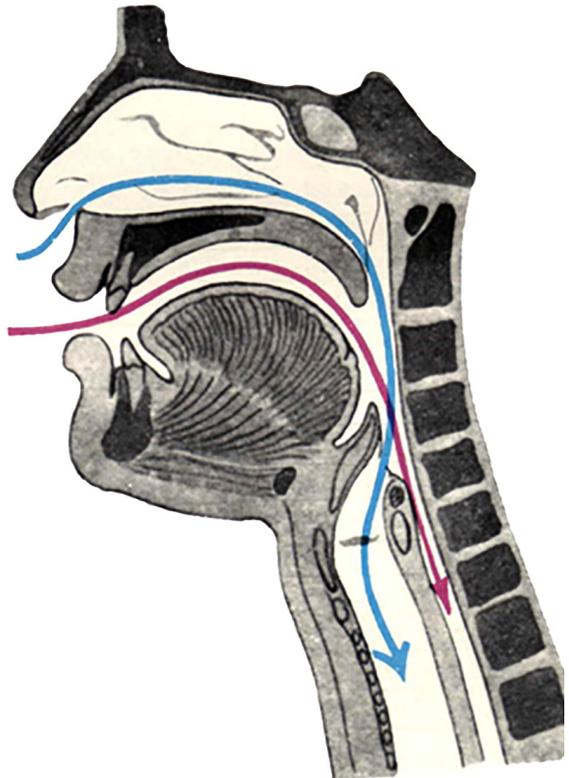
2 La Disfagia

Che cos'è la deglutizione?

La deglutizione è l'atto fisiologico che consente il transito di cibo, di bevande e di saliva, dalla bocca allo stomaco, in modo sicuro ed efficace, evitando che vengano inalati nella via aerea.

La deglutizione del bolo alimentare avviene circa 150 volte nelle 24 ore, mentre la deglutizione della saliva si verifica ogni 30 secondi, durante la veglia, e ogni minuto nel sonno: vale a dire circa 1600-2000 volte nelle 24 ore. Tale atto fisiologico è svolto da due sistemi che si articolano insieme: il sistema respiratorio, rappresentato dalle vie aeree superiori, e il tratto digestivo superiore, composto da cavo orale, faringe ed esofago.

Strutture coinvolte nella deglutizione

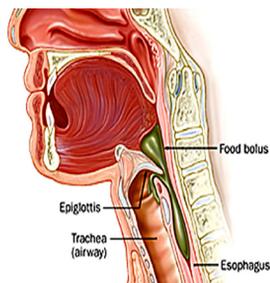


La linea **Rossa** evidenzia
la via digestiva, quella
Azzurra la via aerea

La Disfagia

La Disfagia non è una malattia, ma un SINTOMO

La **disfagia orofaringea** è una condizione, riconosciuta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e definita come la **difficoltà o l'incapacità di spostare un bolo in modo sicuro ed efficace dalla cavità orale all'esofago**. La disfagia può favorire il passaggio di cibo o di bevande nelle vie aeree, determinando tosse, soffocamento ed infezioni dell'apparato respiratorio ... fino alla morte.

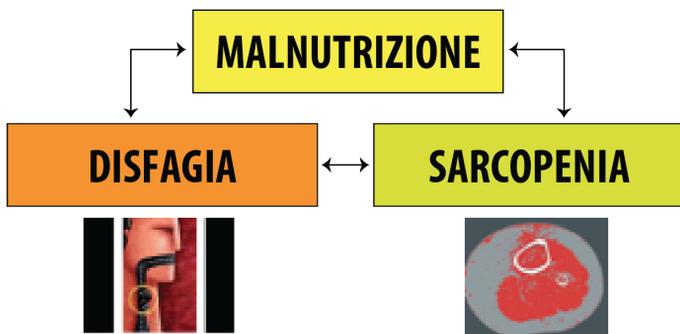


Le cause di disfagia nell'anziano comprendono le patologie neurologiche (Ictus) e neurodegenerative (M.di Parkinson, M. di Alzheimer), debolezza muscolare e Sarcopenia.

Disfagia e Sarcopenia

La Sarcopenia (perdita di muscolo) è una alterazione legata all'età, che si manifesta con riduzione della massa e della forza muscolare e che può causare e/o aggravare la disfagia.

La sarcopenia viene aggravata dallo stato di malnutrizione. Poiché nell'atto della deglutizione sono coinvolti numerosi muscoli, c'è una stretta relazione fra



Malnutrizione

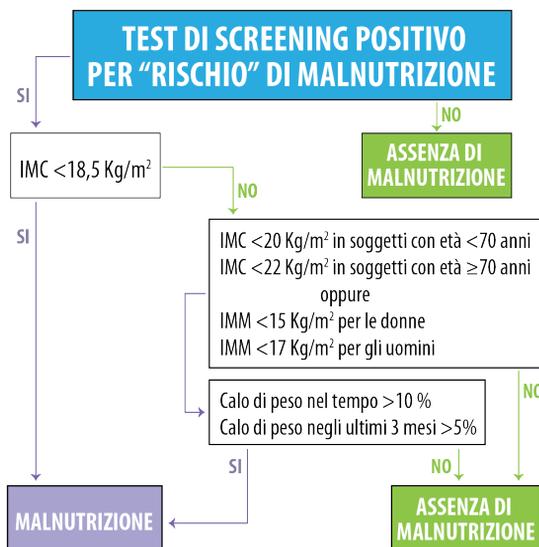
I soggetti "a rischio" di malnutrizione vanno identificati mediante test di screening:

- Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) ----> raccomandato inizialmente per le comunità e successivamente validato anche nell'ambito ospedaliero; può essere utilizzato anche su pazienti istituzionalizzati, a domicilio o in ambulatorio (VEDI ALLEGATO)

L'Indice di Massa Corporea (IMC o BMI) è il rapporto fra peso e altezza del soggetto:

$$\text{IMC} = \frac{\text{PESO (in Kg)}}{\text{ALTEZZA} \times \text{ALTEZZA}} \quad (\text{in Metri})$$

La diagnosi di malnutrizione è basata o sulla presenza di un basso Indice di Massa Corporea ($\text{IMC} < 18.5 \text{ kg/m}^2$), o sulla combinazione tra perdita di peso e ridotto IMC (specifico per età). In alternativa all'IMC si può utilizzare l'Indice di Massa Magra (IMM) calcolata tramite Bioimpedenziometria, utilizzando cut-off sesso-specifici



MUST

Fase 1 + Fase 2 + Fase 3

Punteggio IMC + Punteggio del calo di peso + Punteggio dell'effetto di malattie acute

IMC Kg/m ²	Punteggio
>20 (>30 Obeso)	= 0
18.5-20	= 1
>18.5	= 2

Calo di peso non progr. nei 3-6 mesi precedenti	Punteggio
%	
<5	= 0
5-10	= 1
>10	= 2

Se il paziente è affetto da malattia acuta e non vi è stato alcun apporto nutrizionale per >5 giorni
Punteggio = 2

Se è impossibile ottenere l'altezza ed il peso, vedere il retro per misure alternative e uso di criteri soggettivi

E' improbabile che l'effetto di malattie acute si appliche al di fuori dell'ospedale. Per ulteriori informazioni vedere il MUST

Fase 4

Rischio globale di malnutrizione

Addizionare i punteggi per calcolare il rischio globale di malnutrizione
 Punteggio 0: rischio basso; Punteggio 1: rischio medio; Punteggio ≥2: rischio alto

Linee guida gestionali

0
Rischio basso
Cure cliniche di routine

- Ripetere lo screening
 - Ospedale – una volta alla settimana
 - Casa di cura – una volta al mese
 - Comunità – una volta all'anno per gruppi speciali ad es. soggetti >75 anni

1
Rischio medio
Monitorare

- Documentare l'apporto alimentare per 3 giorni
- Se adeguato – attenzione clinica limitata, ripetere lo screening
 - Ospedale – una volta alla settimana
 - Casa di cura – almeno una volta al mese
 - Comunità – almeno ogni 2-3 mesi
- Se non adeguato, attenzione clinica; seguire le politiche locali, stabilire obiettivi, migliorare e aumentare l'apporto nutrizionale globale, monitorare e riesaminare regolarmente il programma terapeutico

2 o più
Rischio alto
T trattare*

- Inviare al dietista, all'équipe di supporto nutrizionale o attuare le politiche locali
- Stabilire obiettivi, migliorare e aumentare l'apporto nutrizionale globale
- Monitorare e riesaminare il programma di cura Ospedale – una volta alla settimana
 Casa di cura – una volta al mese
 Comunità – una volta al mese

* A meno che non sia previsto un effetto nocivo o non sia previsto alcun beneficio dal supporto nutrizionale, come nel caso di morte imminente.

Tutte le categorie di rischio:

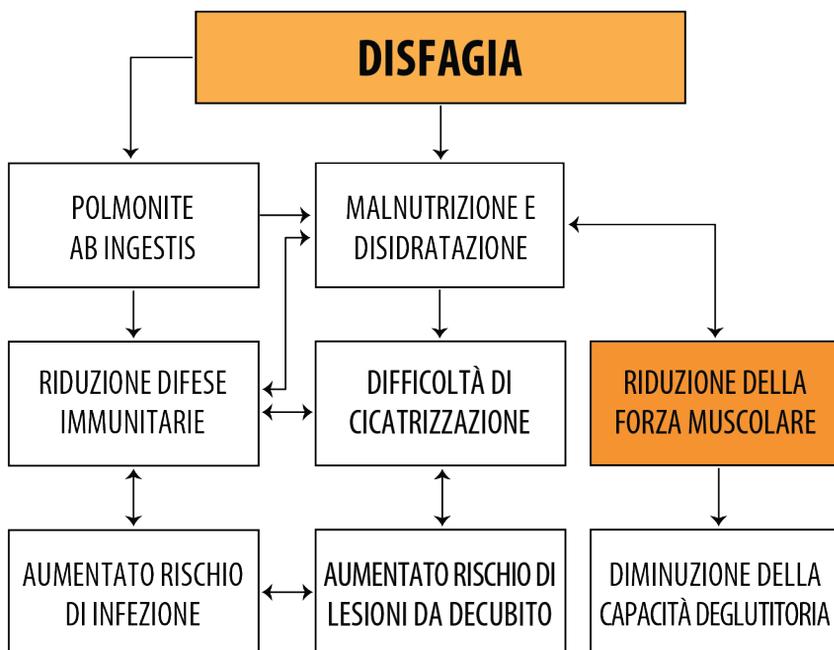
- Trattare le condizioni sottostanti e fornire aiuto e consigli sulle scelte alimentari, sugli alimenti e le bevande da assumere, quando necessario.
- Registrare la categoria di rischio di malnutrizione
- Registrare la necessità di diete speciali e seguire le politiche locali.

Obesità:

- Registrare la presenza di obesità. Per i soggetti con condizioni sottostanti, esse devono generalmente essere controllate prima del trattamento dell'obesità.

Disfagia e Complicanze ...

Il disagio provato dalla persona durante l'alimentazione limita l'assunzione di cibo; pertanto malnutrizione e disidratazione possono essere dirette complicanze della disfagia, insieme all'isolamento sociale.



È importante che il paziente o chi lo assiste ponga attenzione ad alcuni campanelli d'allarme, che indicano il probabile e il potenziale rischio di passaggio di piccole quantità di alimenti nelle vie aeree

Campanelli d'allarme

- Difficoltà a far partire l'atto deglutitorio;
- Sensazioni di cibo fermo in bocca;
- Sensazione di cibo fermo in gola;
- Prolungamento dei tempi di assunzione del pasto;
- Il cibo sfugge dalla bocca;
- È presente la necessità di raschiarsi spesso la gola;
- È presente fuoriuscita di cibo dal naso;
- E' presente reflusso;
- Comparsa di tosse involontaria dopo 2-3 minuti dalla deglutizione del bolo;
- Aumento della salivazione e presenza di catarro;
- Aumento della temperatura corporea;



Se si riscontrano questi sintomi, si può eseguire il test di autovalutazione EAT 10: se il punteggio è superiore a 3 richiedere al proprio medico una visita specialistica

TEST di Autovalutazione della Disfagia: EAT 10

Istruzioni per la compilazione

Ad ogni domanda va attribuito il punteggio che rappresenta la misura dell'entità del problema analizzato nell'ambito di ogni singola domanda.

Il punteggio va da 0 (nessun problema) a 4 (massimo livello di gravità).

Scriva il valore corrispondente alla sua risposta in apposito quadratino.

EAT 10

1. **Il mio problema di deglutizione mi ha fatto perdere peso**
 0 = non ho questo problema
 1
 2
 3
 4 = sì, è un grande problema
2. **Il mio problema di deglutizione interferisce con la possibilità di uscire per andare a mangiare**
 0 = non ho questo problema
 1
 2
 3
 4 = sì, è un grande problema
3. **Deglutire liquidi richiede uno sforzo extra**
 0 = non ho questo problema
 1
 2
 3
 4 = sì, è un grande problema
4. **Deglutire solidi richiede uno sforzo extra**
 0 = non ho questo problema
 1
 2
 3
 4 = sì, è un grande problema
5. **Deglutire pillole richiede uno sforzo extra**
 0 = non ho questo problema
 1
 2
 3
 4 = sì, è un grande problema
6. **Deglutire è doloroso**
 0 = non ho questo problema
 1
 2
 3
 4 = sì, è un grande problema
7. **Il piacere di mangiare è condizionato dalla mia deglutizione**
 0 = non ho questo problema
 1
 2
 3
 4 = sì, è un grande problema
8. **Quando deglutisco il cibo rimane appiccicato in gola**
 0 = non ho questo problema
 1
 2
 3
 4 = sì, è un grande problema
9. **Tossisco quando mangio**
 0 = non ho questo problema
 1
 2
 3
 4 = sì, è un grande problema
10. **Deglutire è stressante**
 0 = non ho questo problema
 1
 2
 3
 4 = sì, è un grande problema

Totale punteggio EAT 10

Consigli Utili

PRECAUZIONI DA TENERE NELL'ASSISTENZA AI PASTI

- Verificare che lo stato di attenzione sia sufficientemente adeguato ed interrompere la somministrazione di cibo ai primi segni di stanchezza.
- Tenere desta l'attenzione ponendo il piatto davanti, perché arrivino il calore e l'odore del cibo ed evitare distrazioni quali: leggere, guardare il televisore, chiacchierare, ecc..
- Procedere alla somministrazione del pasto lentamente, con piccole quantità alla volta e solo se il boccone precedente è stato deglutito.
- Il pasto va interrotto con intervalli regolari con due o tre colpi di tosse e da deglutizioni a vuoto che permettono di liberare da eventuali residui di cibo.
- I liquidi vanno assunti solo dopo aver deterso perfettamente il cavo orale e sempre dopo aver emesso qualche colpo di tosse e deglutizione a vuoto.
- Usare un bicchiere ampio, che accolga il naso, in modo che non debba essere sollevato molto e riempito per almeno $\frac{3}{4}$ di esso. La testa deve stare appena flessa, in modo che il labbro superiore tocchi il liquido.
- Mantenere il busto eretto per almeno 30-45 minuti dopo il pasto.
- In caso di tosse involontaria, l'atto deve essere riportato sotto il controllo volontario, coordinando la respirazione e la spinta dell'addome (diaframmatica).
- Il paziente può parlare, interrompendo il pasto, solo dopo aver ripulito la gola con qualche colpo di tosse e qualche deglutizione a vuoto.
- Si consiglia di scegliere un ORARIO regolare in quanto qualsiasi azione che segue un ritmo e schemi fissi permette di avere più sicurezza.
- Alla fine del pasto controllare che il cavo orale sia stato deterso evitando residui di cibo nel solco gengivale.



La Postura

È molto importante prestare attenzione alla postura del paziente che va regolata in modo da favorire il più possibile l'atto deglutitorio.

La posizione seduta assunta dal paziente deve essere comoda e sicura, in modo da potergli permettere la messa in atto di posture facilitanti.



Sulla SEDIA il paziente deve stare seduto dritto, con i piedi appoggiati a terra. Nel caso di incerto controllo del busto, si consiglia di far appoggiare gli avambracci su una tavola posta di traverso sui braccioli della sedia



Se il paziente è in SEDIA A ROTELLE, assicurarsi che sia una buona stabilità del tronco, se necessario facendo ricorso a sostegni laterali da applicare alla carrozzina, cuscini per tenere la schiena ben dritta o tavolino posto fra i braccioli per sorreggere gli avambracci. Anche in questo caso i piedi devono poggiare bene.



Il paziente ALLETTATO deve assumere una posizione seduta con la spalliera del letto sollevata di 80-90°. Si consiglia di posizionare un piccolo cuscino sotto le ginocchia in modo da fletterle di 20-30°, nonché di posizionare un tavolino da letto davanti al paziente per l'appoggio degli avambracci.

Igiene Orale

Dopo ogni pasto è importante eseguire una completa igiene orale, per evitare che parti di cibo si fermino in bocca. Si può utilizzare:

- Garza di cotone idrofilo (o tampone) imbevuta con acqua e collutorio, strizzata e avvolta attorno al dito: passare sulle gengive, denti, lingua e guance;
- Spazzolino morbido o spazzolino elettrico avendo cura di tenere il capo flessibile sul lavabo, in modo da permettere che residui di cibo, saliva, acqua e dentifricio fuoriescano liberamente.



Nel caso di protesi dentarie mobili:

- Rimuovere le protesi;
- Spazzolarle con uno spazzolino inumidito con acqua, al fine di rimuovere residui di cibo ed eventualmente di crema adesiva;
- Riporre le protesi nell'apposito contenitore favorendo un'accurata igiene e detersione della stessa con la soluzione adeguata (acqua o igienizzante effervescente);
- Prima del successivo utilizzo risciacquare la protesi



Cosa e Come Scegliere gli Alimenti

Il paziente disfagico deve assumere solo cibi che è in grado di gestire in totale sicurezza. Importante ricordare:

- I liquidi sono più difficili da gestire, rispetto ai cibi solidi o morbidi, poiché possono arrivare in gola spontaneamente, senza che venga stimolato il riflesso della deglutizione, e quindi entrare nelle vie respiratorie più facilmente!
- Un bolo alimentare a viscosità uniforme permette al paziente di deglutire con minor rischio di aspirazione nelle vie respiratorie, in quanto consente di avere un riflesso deglutitorio ritardato.
- È pertanto consigliato miscelare i cibi con lubrificanti (es. olio, burro, besciamella) e, se necessario, con diluenti (es. brodo, latte, succhi di frutta o verdura ...);
- Devono essere eliminati dagli alimenti le bucce, i semi, le pelli, le lische, le componenti fibrose e filamentose; inoltre vanno evitati cibi appiccicosi e frammentati o che si sbriciolano;
- La temperatura molto fredda o molto calda facilita la deglutizione;
- Controindicati alimenti a doppia consistenza (es. minestrina in brodo, latte e fette biscottate, minestrone ...) **VEDERE ALIMENTI DA EVITARE**



Alimenti da evitare

Alimenti che nella cavità orale si scindono con facilità, sfuggendo al controllo deglutitorio	pastina in brodo, minestrone con verdure a pezzi, latte e biscotti o pane, gelati con nocciole, kiwi, ecc.
Alimenti secchi, friabili, croccanti	pane, fette biscottate, grissini, crackers
Alimenti filamentosi, fibrosi	verdure a foglia verde (crude e cotte), buccia della frutta, uva, ananas, ecc.
Alimenti in piccoli pezzi	riso, mais, couscous, frutta secca, ecc.
Alimenti duri, compatti	frutta secca, caramelle, ecc.

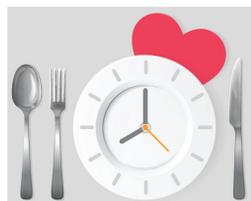


Consigli Dietetici

Una dieta sana ed equilibrata consiste nel fornire, con l'alimentazione, il giusto apporto di macro e micronutrienti al fine di coprire tutti i fabbisogni giornalieri. Il soggetto con disturbi della deglutizione può non riuscire a coprire questi fabbisogni per la scelta di cibi poco appetitosi che rendono la dieta monotona. L'aggiunta nel piatto di modificatori di consistenza liquidi (brodo, acqua, ecc.), aumentano il volume del pasto senza conferire calorie aggiuntive; un maggior volume si traduce in una maggiore durata nel portare a termine il pasto. Nel tempo tutto questo può causare una malnutrizione proteico-calorica.

Ecco perché l'attenzione verso l'alimentazione è fondamentale nel soggetto con disfagia, così come fornire al caregiver le indicazioni per la preparazione di pietanze appetitose e, nello stesso tempo, sicure per la deglutizione del paziente.

**L'INGREDIENTE CHE NON DEVE MAI MANCARE:
DEDICARE al CIBO ATTENZIONE, CURA e TEMPO**



Regole Generali

La preparazione del pasto a consistenza cremosa, richiede alcune accortezze:

1. Gli alimenti frullati devono essere sempre filtrati per rimuovere i frustoli
2. La carne deve essere ben cotta e tagliata in piccoli pezzi e macinata prima di essere frullata o omogeneizzata
3. I liquidi devono essere aggiunti gradualmente: l'eccesso può modificare il sapore dei cibi, ma soprattutto la sua consistenza
4. L'utilizzo del latte intero migliora la consistenza dei cibi frullati
5. I cibi, una volta frullati, devono essere refrigerati prima del consumo

I fabbisogni nutrizionali minimi giornalieri raccomandati nel soggetto anziano sono:

25 Calorie (Kcal) /Kg di peso corporeo (es. 60 kg = 1500 Kcal)

1-1,2 grammi di Proteine /Kg di peso corporeo

25 ml di Liquidi /Kg di peso corporeo (minimo 1,6 litri)

Per aumentare la quota giornaliera di CALORIE si consiglia di:

- Frazionare l'alimentazione in più pasti nella giornata.
- Aumentare la densità energetica del pasto, aggiungendo olio, burro, formaggio grattugiato, panna da cucina, maionese e besciamella.
- Offrire alimenti dolci e appetibili, sempre rispettando i gusti del paziente: gelato, panna montata, tiramisù, zabaione, crema al mascarpone.



Gli alimenti che contengono molti grassi sono definiti ad alta densità energetica in quanto piccole quantità forniscono molte Kcal (**1 grammo di grasso = 9 Kcal!**) Per questo in soggetti malnutriti o a rischio malnutrizione, l'aggiunta di condimenti grassi aiuta a soddisfare i fabbisogni calorici

Per aumentare la quota giornaliera di **PROTEINE** si consiglia:

- Arricchire sughi e primi piatti cremosi con carne, pesce, affettati resi omogenei e formaggio grattugiato.
- Utilizzare, in sostituzione dell'acqua, latte o brodo per la cottura di semolino, creme di cereali e polenta.
- Aggiungere le uova a passati di verdure, paté, formaggi cremosi
- Prescrizione medica di prodotti a fini medico speciali a base di proteine del siero del latte da aggiungere agli alimenti
- Prescrizione medica di aminoacidi essenziali in gel o in acqua addensata da assumere lontano dai pasti.



In una dieta equilibrata la quota proteica deve essere distribuita in egual misura nei tre pasti principali: colazione, pranzo e cena. Gli **aminoacidi essenziali** servono per mantenere e rinnovare tutti i tessuti dell'organismo, in particolare la componente muscolare, soprattutto nell'anziano; si definiscono essenziali perché non possono essere formati dall'organismo

Per aumentare la quota giornaliera di **Liquidi** si consiglia:

- Qualora ci sia difficoltà ad assumere liquidi sottili, utilizzare acqua gelificata (vasetti già pronti all'uso, neutri o aromatizzati) o acqua con aggiunta di addensante (vedi capitolo "modificatori di consistenza").
- Aggiungere sciroppi al gusto di menta o di frutta all'acqua (anche addensata!) per migliorare il gusto della bevanda.
- Proporre bevande gradite al paziente: caffè, tè, tisane, vino, aranciata, ecc. tale e quali o con aggiunta di addensanti



Modificatori di Consistenza

Per modificare la consistenza degli alimenti proposti e raggiungere la densità più sicura per la deglutizione, si possono utilizzare additivi naturali e/o artificiali, come **ADDENSANTI**, **DILUENTI** e **LUBRIFICANTI**.

Diluenti: brodo vegetale e di carne, succo di frutta e di verdura, latte e tutto ciò che diminuisce la consistenza delle preparazioni.

Lubrificanti: olio, burro, margarina, maionese, besciamella, panna e tutto ciò che aumenta la scivolosità del cibo.

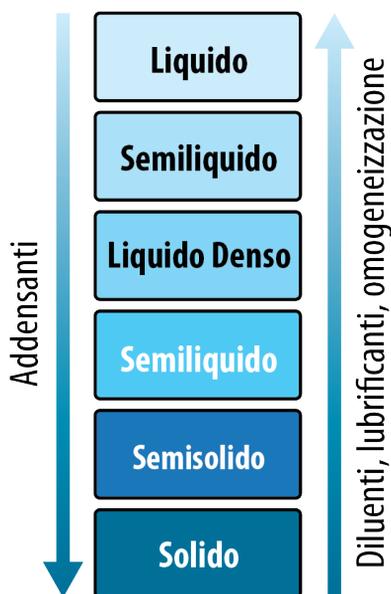
Addensanti:

ARTIFICIALI

Sono polveri addensanti a base di amido di mais modificato o di gomma xantana, che si aggiungono alle bevande senza alterarne il sapore. Hanno il vantaggio di non formare grumi e di mantenere la trasparenza ed il sapore inalterato. Si possono aggiungere anche agli alimenti liquidi sia caldi che freddi, fino al raggiungimento della consistenza desiderata; la consistenza ottenuta è mantenuta nel tempo.

NATURALI

- Fogli di gelatina (colla di pesce) da sciogliere nei cibi dolci o salati, a caldo o a freddo (il potere gelatinizzante viene meno se aggiunte a liquidi bollenti).
- Fecola di patate e farina di cereali (amido di mais, frumento e riso) da aggiungere durante la cottura o al momento dell'assunzione del pasto



Consigli per Addensare gli Alimenti

Fate attenzione quando aggiungete gli addensanti ai liquidi.

Procedete sempre gradualmente.

Alcuni agenti hanno un effetto addensante quasi immediato, altri possono avere un effetto graduale (anche di alcuni minuti), nel qual caso il cibo rischia di diventare troppo denso.

Pasti Modificati: anche l'occhio vuole la sua Parte!

La presentazione del piatto riveste un aspetto essenziale per aumentare l'appetibilità di una pietanza. Infatti ci ritroviamo a "mangiare" prima con gli occhi e, solo dopo aver passato l'esame visivo, con la bocca!

Creando pietanze colorate ed appetitose, si aumenta l'aderenza alla dieta riducendo il rischio di malnutrizione. Bastano semplici accorgimenti come evitare il piatto unico frullato, che risulta monocoloro e poco invitante. In alternativa frullare separatamente i diversi componenti e successivamente disporli nel piatto.

Esistono in commercio stampi che ricreano la forma di vari alimenti (carote, broccoli, coscia di pollo, ecc.) ma si possono utilizzare anche semplici stampini in silicone o ricreare decorazioni di fantasia con una siringa da pasticciere.

Per facilitare la preparazione dei pasti, possono essere utilizzati piatti pronti forniti da diverse aziende del settore. Si presentano confezionati in monoporzioni, pronti all'uso o in formato disidratato da stemperare in acqua calda.

Il vantaggio dell'utilizzo di questi prodotti è la riduzione del rischio di contaminazione microbica legata alla preparazione artigianale, garantendo la sicurezza di una dieta modificata.



Supplementi Nutrizionali Orali per Disfagia

Nei casi in cui, la sola alimentazione modificata non riesca a coprire i fabbisogni calorici e proteici del paziente, si può ricorrere all'uso

di **Supplementi Nutrizionali orali (SNO)**.

I SNO sono prodotti industriali a consistenza cremosa e a composizione nutrizionale equilibrata in macro e micronutrienti. Nella formulazione liquida è possibile aggiungere addensanti, in quantità variabile a seconda del tipo di consistenza da raggiungere.

Hanno buona o neutra palatabilità e sono in grado di soddisfare le specifiche esigenze dei fabbisogni nutrizionali. I SNO possono essere utilizzati in pazienti anziani malnutriti o con rischio di sviluppare malnutrizione.

Prima della somministrazione:

<p>Illustrare gli effetti benefici</p>	<p>Per favorire l'adesione al trattamento, che tende a ridursi soprattutto nei trattamenti a lungo termine, è utile proporre il supplemento orale più come un farmaco che come un alimento, illustrando gli effetti benefici, sia al paziente che ai familiari</p>
<p>Illustrare le modalità di assunzione</p>	<p>I supplementi orali devono integrare l'alimentazione per OS e non sostituirla. Devono essere assunti in modo frazionato durante la giornata e lontano dai pasti principali, per non indurre rifiuto ai cibi</p>
<p>Illustrare i possibili effetti collaterali</p>	<p>E' altrettanto importante illustrare i possibili effetti collaterali legati alla densità calorica dei preparati (distensione intestinale, meteorismo)</p>

Disfagia e Farmaci

La disfagia rende spesso difficile l'assunzione della terapia farmacologica nell'anziano e molti farmaci assunti dall'anziano possono aggravare la sua disfagia!!



Poiché alterare la formulazione di un farmaco può modificarne l'efficacia terapeutica, chiedere al proprio medico se è possibile sostituirla, altrimenti vanno rispettate alcune avvertenze

- LE COMPRESSE vanno polverizzate, utilizzando apposito trita compresse, e mescolate all'acqua addensata o ad altro alimento facile da deglutire;
- LE CAPSULE, se non sono a lento rilascio, vanno aperte ed il contenuto va mescolato con un alimento facile da deglutire;
- GLI SCIROPPI a piccoli volumi vanno somministrati con un cucchiaino di acqua gelificata; in caso di volumi superiori a 2 ml, è necessario addensare il farmaco con un prodotto, che non ne alteri l'effetto farmacologico.



A chi Rivolgersi

Ai primi sintomi, si può eseguire il test di autovalutazione I-EAT 10 e se il punteggio è superiore a 3 è bene rivolgersi al medico di famiglia, che saprà consigliare un Centro Specialistico per effettuare ulteriori accertamenti.

Per la definizione diagnostica e terapeutica della disfagia è fondamentale un approccio multidisciplinare, da parte di medici (nutrizionista clinico, fisiatra, gastroenterologo, neurologo, otorinolaringoiatra, foniatra, odontostomatologo, pneumologo, radiologo) e professionisti sanitari (logopedista, foniatra, infermiere, dietista, farmacista).

Esami strumentali per lo studio della deglutizione

- FEES: (FIBEROPTIC ENDOSCOPIC EVALUATION OF SWALLOWING)
Studio endoscopico della deglutizione.
- VFSS: (VIDEO FLUOROSCOPIC SWALLOWING STUDY)
Esame radiologico per lo studio dinamico della deglutizione.

Il familiare e/o il caregiver hanno un ruolo molto importante sia nella fase di individuazione della disfagia, che nel percorso terapeutico-riabilitativo!



Bibliografia

- Gaita A, Barba L, Calcagno P, Cuccaro A, Grasso MG, Pascale O, Martinelli S, Rossini A, Scognamiglio U, Simonelli M, Valenzi A, Salvia A, Donelli G. Il paziente disfagico: manuale per familiari e caregiver. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2008. (Rapporti ISTISAN 08/38).
- Schindler O, Ruoppolo G, Schindler A. Deglutologia II Edizione. Torino: Omega edizioni; 2011.
- Franco P, Fabriani S, Pasturenzi D, Bonuglia F. La Disfagia: consigli pratici per il paziente disfagico e per i familiari. Roma: Servizio di logopedia Casa di Cura Villa Fulvia.
- Bartolone G, Prosiegel M, Schröter-Morasch H, da Diener HC. Linee Guida diagnostiche e terapeutiche in neurologia. Traduzione italiana di O. Schindler Thieme, 746- 756, 2005,
- Accornero A, Cattaneo A, Ciccone G, Farneti D, Raimondo S, Schindler A, Venero I, Visentin P. Linee guida sulla gestione del paziente disfagico adulto in foniatria e logoterapia. CONSENSUS CONFERENCE. Torino, 29 Gennaio 2007
- Schindler A, Mozzanica F, Monzani A, Ceriani E, Atac M, Jukic Peladic N, Venturini C, Orlandoni P: Reliability and validity of the italian eating assessment tool (I-EAT-10). *Annals of Otology Rhinology & Laryngology* 122(11):717-724 – 2013
- Orlandoni P, Jukic Peladic N. Health-related quality of life and functional health status questionnaires in oropharyngeal dysphagia. *Journal of Aging Research & Clinical Practice*© Volume 5, Number 1, 2016
- Ortega O., Martín A., Clavé P, Diagnosis and Management of Oropharyngeal Dysphagia Among Older Persons, *State of the Art. JAMDA* 18 576- 582, 2017

Contatti Utili

UOS Dipartimentale di Nutrizione Clinica

IRCCS-INRCA POR Ancona

Responsabile

Dr. Paolo Orlandoni

p.orlandoni@inrca.it • 071 800 3653

Studio Medico

Dott.ssa Claudia Venturini

c.venturini@inrca.it • 071 800 3653

Ambulatorio

Infermiera Redenta Basile, Logopedista Dott.ssa Laura Bartoloni

r.basile@inrca.it • 071 800 3574 - laura.bartoloni@libero.it • 071 800 3574

Studio Dietiste

Dott.ssa Claudia Cola, Dott.ssa Natascia Giorgini

nad@vivisol.it • 071 800 3777

Segreteria

Dott.ssa Nikolina Jukic-Peladic, Dott.ssa Debora Sparvoli

t.nutrizionale@inrca.it • 071 800 3327

Con l'impegnativa del MMG "visita specialistica dietologica" per disfagia, è possibile effettuare sia la valutazione dello stato nutrizionale che della deglutizione.

La prenotazione si esegue telefonando al numero della Segreteria

Si ringraziano Claudia Cola e Laura Bartoloni
per il contributo dato alla stesura del testo