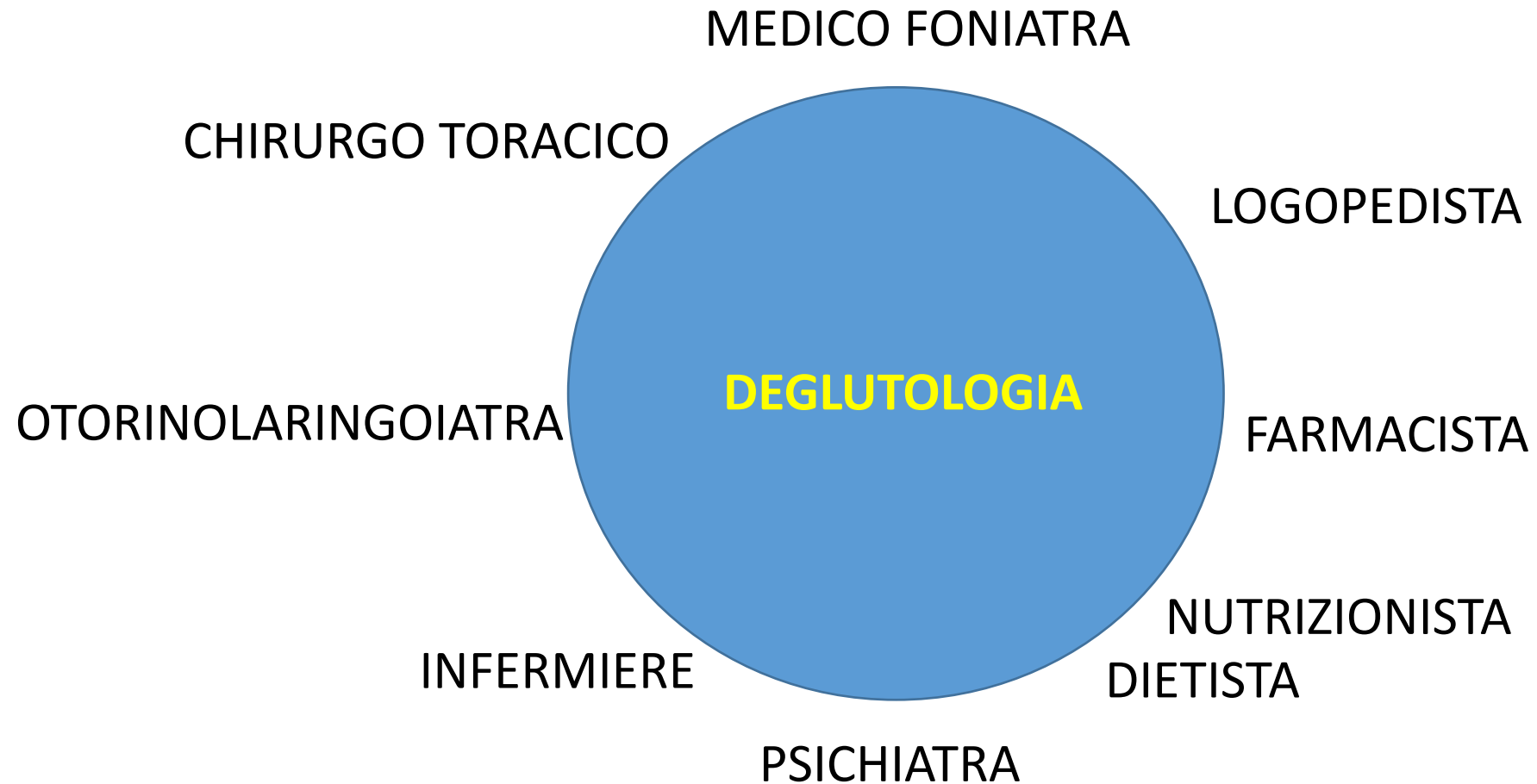
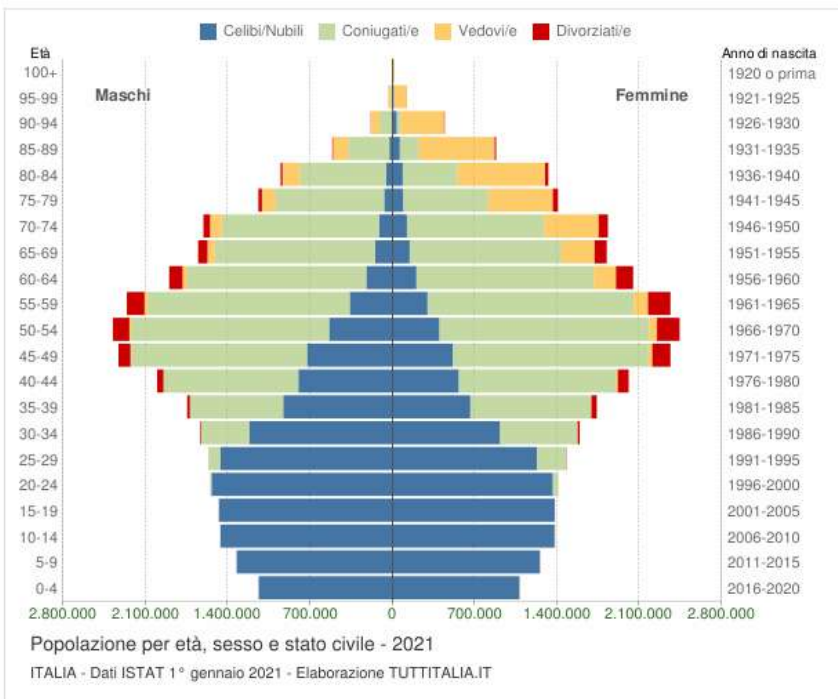


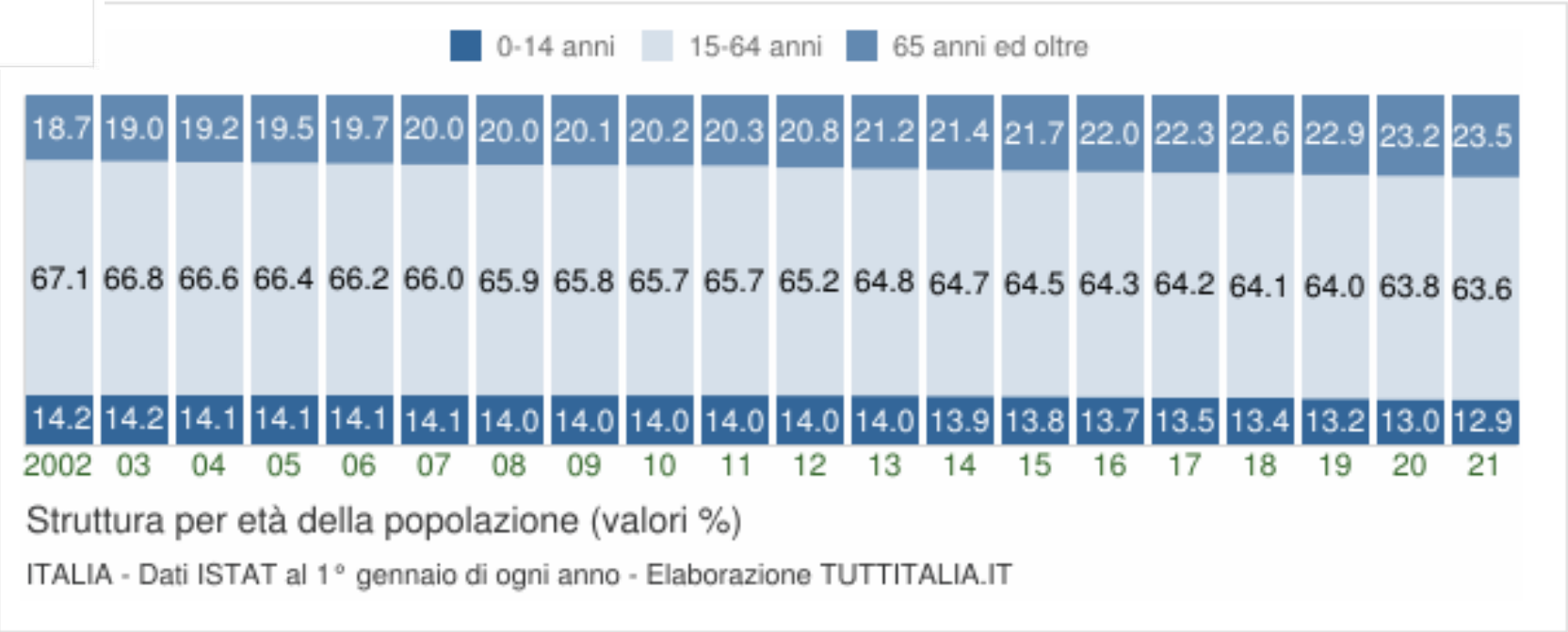
LA DEGLUTIZIONE

l'attività di convogliare dall'esterno allo stomaco sostanze solide, liquide, gassose o miste.





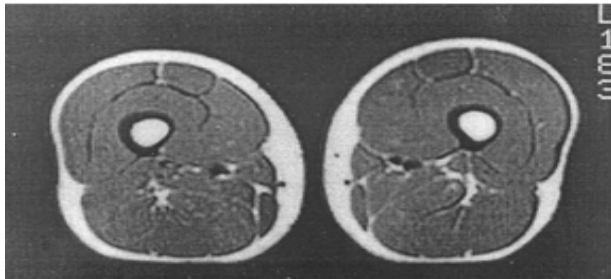
Gli anziani in Italia



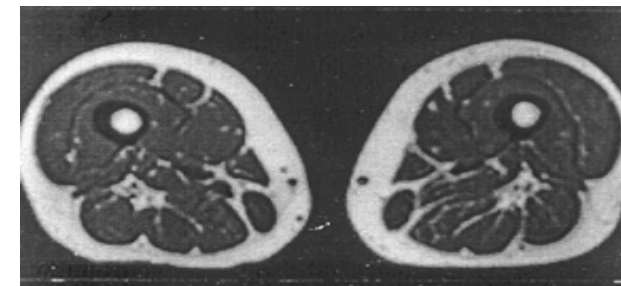
SARCOPENIA

“syndrome characterized by progressive and generalized loss of skeletal muscle mass and strength, with a risk of adverse outcomes such as physical disability, poor quality of life and death”

European Working Group on Sarcopenia in Older People (EWGSOP)
2012

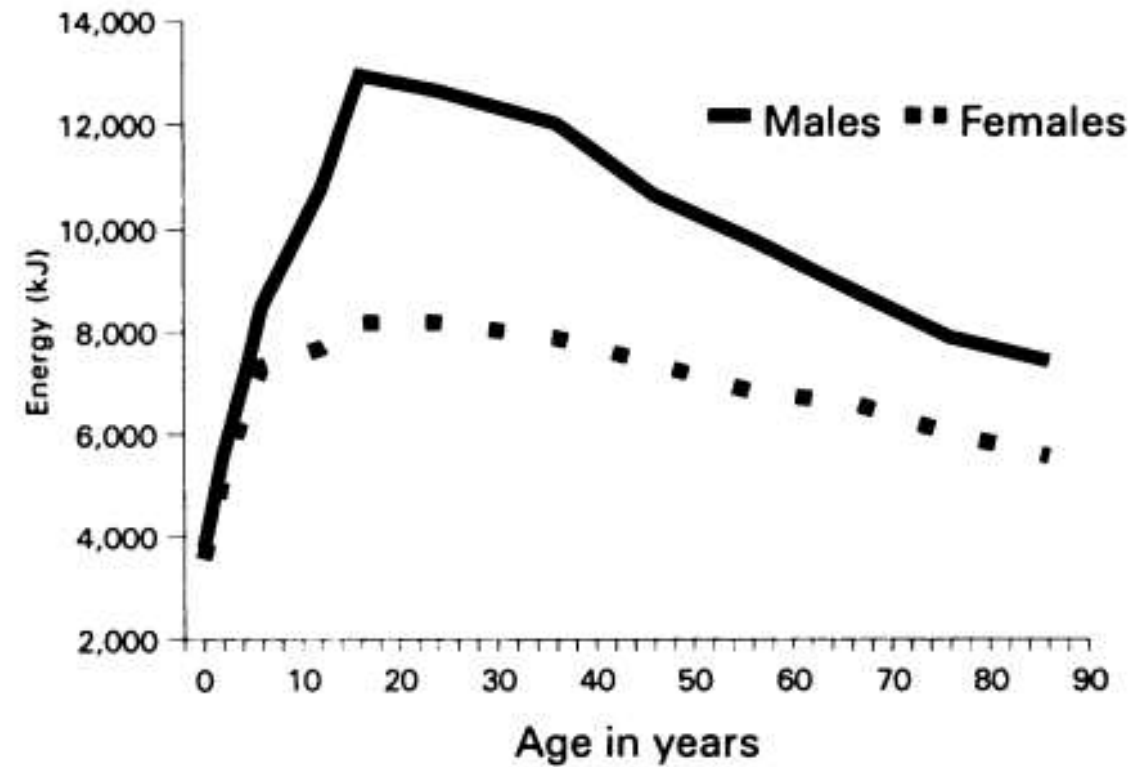


Young woman
(21y, BMI 24.3 kg/m²)



Elderly woman
(73y, BMI 24.5 kg/m²)

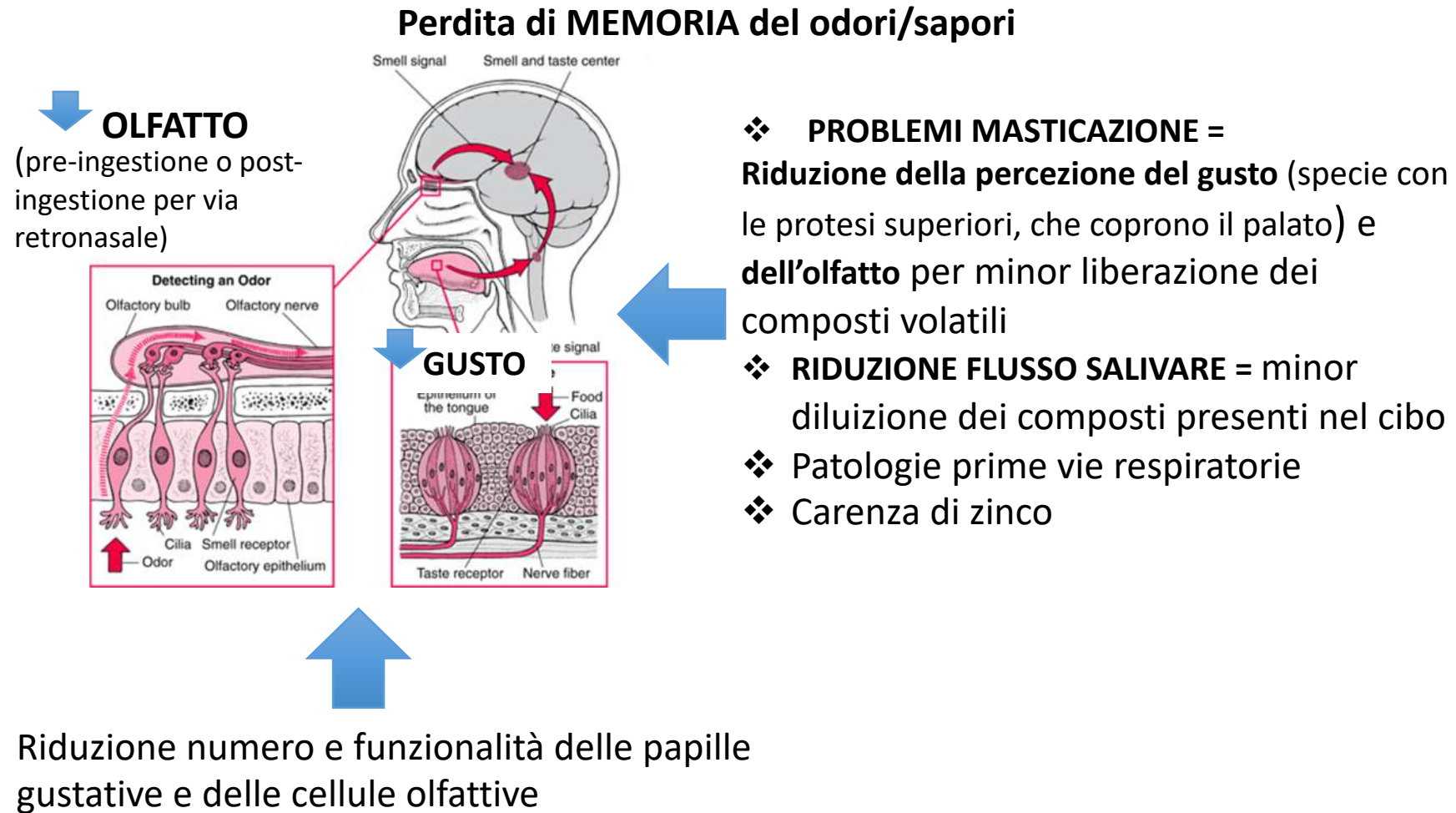
Cambiamenti dell'introito alimentare nelle diverse età della vita



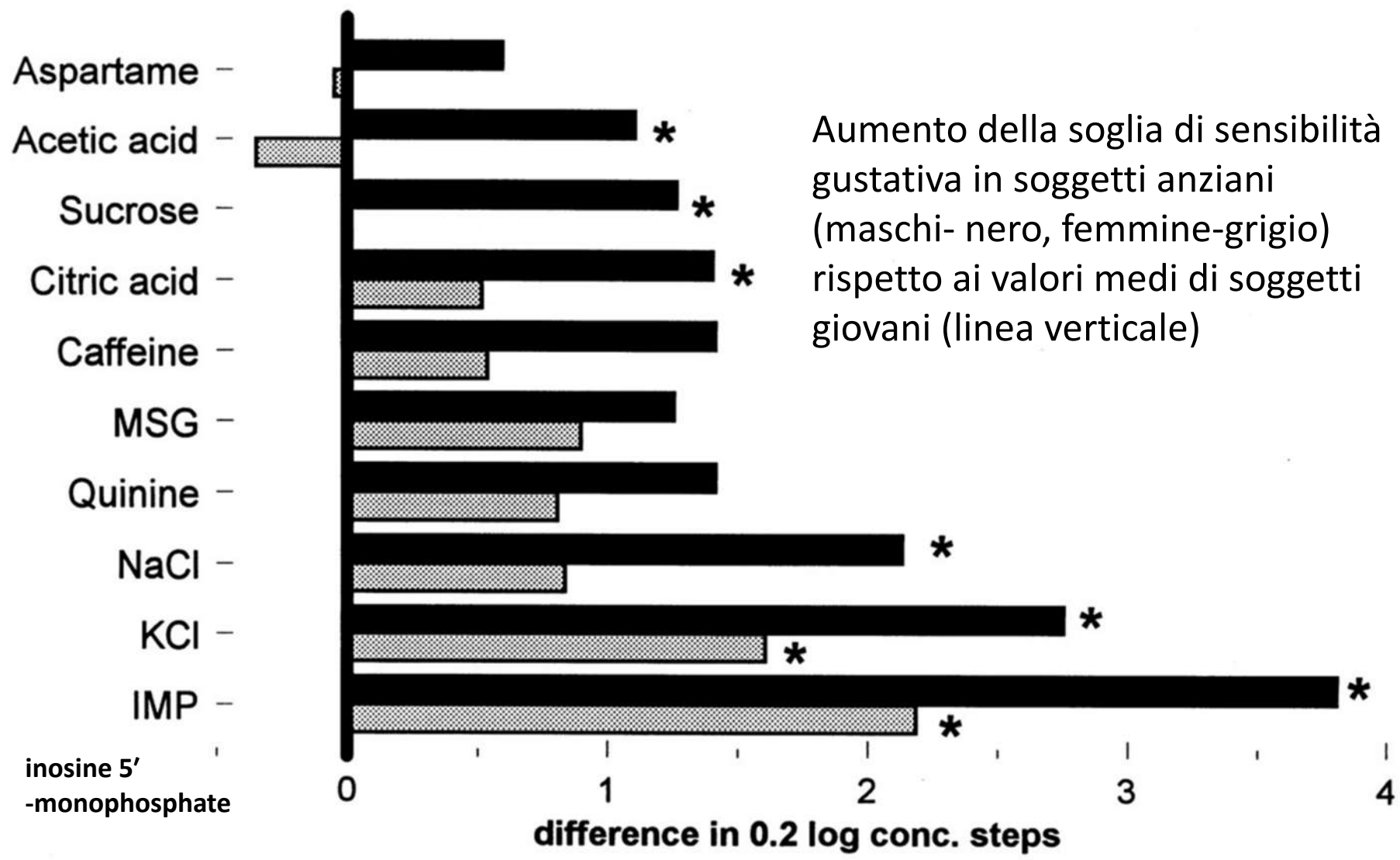
Total energy intake of the US population: the third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988–1991^{1,2}

Ronette R Briefel, Margaret A McDowell, Katherine Alaimo, Clifford R Caughman, Ann L Bischof, Margaret D Carroll, and Clifford L Johnson

ALTERAZIONI DI GUSTO E OLFATTO NELL'ANZIANO



MODIFICAZIONE DEL GUSTO NEGLI ANZIANI



IDENTIFICARE LA CAUSE MODIFICABILI DI ALTERAZIONE DEL GUSTO E DELL'OLFATTO

- ❖ Farmaci (21.7%dei casi)
- ❖ Patologie (sinusiti, allergie, lesioni cavo orale)
- ❖ Fumo
- ❖ Carenza di zinco (14.5%)
- ❖ Protesi dentarie
- ❖ Disidratazione
- ❖ Alcool

Imoscopi A, 2012

ALTERAZIONI GUSTO e OLFATTO

Antibiotici

Ampicillina, Azitromicina, Ciprofloxacina, Clarithromicina, Griseofulvina, Metronidazole, Ofloxacina, Tetraciclina

Anticonvulsivanti

Carbamazepina, Fenitoina

Antidepressivi/Stabilizzanti dell'umore

Amitriptilina, Clomipramina, Desipramina, Doxepina, Imipramina, Nortriptilina

Antistaminici /decongestionanti

Clofeeniramina, Loratadina, Pseudoefedrina

Antiipertensivi/Cardiologici

Acetazolamide, Amiloride, Betaxololo, Captopril, Diltiazem, Enalapril, idroclorotiazide, Nifedipina, Nitroglicerina, Propranololo, Spironolattone

Anti-infiammatori

Colchicine, Dexamethasone, Gold, Hydrocortisone, Penicillamine

Antineoplastici

Cisplatina, Doxorubicina, Methotrexate, Vincristina

Antiparkinson

Levodopa, Sinemet

Antipsicotici o neurolettici

Clozapina, Trifluoperazina

Antitiroidei

Metimazolo, Propiltiouracile

Ipocolesterolemizzanti

Fluvastatina, Lovastatina, Pravastatina

Miorilassanti

Baclofene, Dantrolene

RIDUZIONE APPETITO

Antibiotici, penicillamina INS, levodopa, fenformina, cardiocinetici, lassativi

RIDOTTA SALIVAZIONE

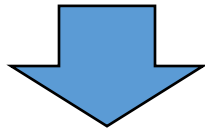
Antidepressivi, ansiolitici, diuretici, antidiarroici, broncodilatatori, antiistaminici, decongestionanti, antipsicotici, anti Parkinson, antiepilettici



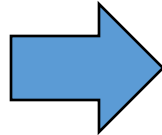
ALTERAZIONI DELLA MASTICAZIONE E SCELTE ALIMENTARI



Dentiera o numero di denti <20



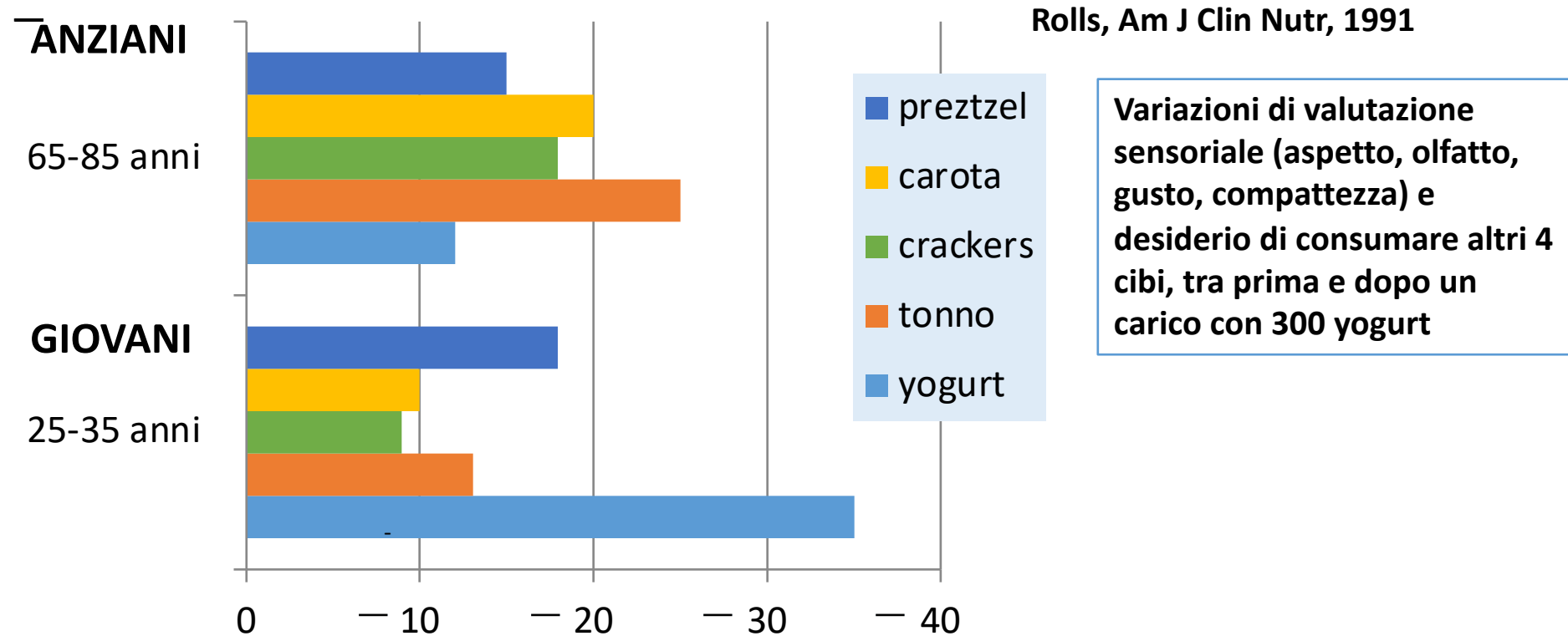
- ❖ Maggior sforzo masticatorio
- ❖ Ridotta efficacia della masticazione con minor frammentazione del cibo



- ❖ **Preferenza per alcuni gruppi alimentari ed esclusione di altri** (meno carne, frutta, verdura e fibra) con **scelta di cibi di consistenza ridotta**, di più bassa palatabilità
- ❖ **Ridotta varietà di scelte alimentari**
- ❖ **Talora aumentato consumo di zuccheri e grassi** con maggior prevalenza di sovrappeso e diabete mellito

SAZIETA' SENSORIALE SPECIFICA NEGLI ANZIANI

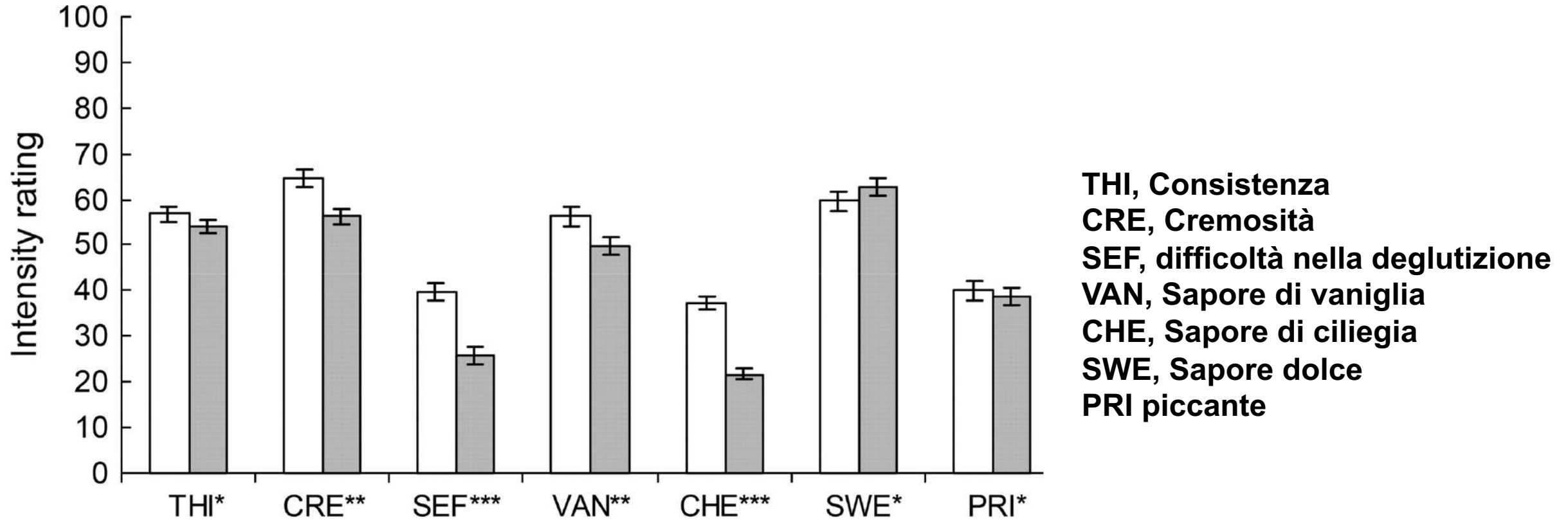
Sazietà influenzata dalle caratteristiche sensoriali di un dato cibo



Negli anziani, rispetto ai giovani, il desiderio verso il cibo consumato (yogurt), diminuisce di meno di quello verso gli altri cibi, non ingeriti

= RIDOTTA VARIETA' DI CIBO

Differenze di intensità di percezione di diversi componenti sensoriali in soggetti giovani (colonne bianche) ed anziani (colonne grige)



ALTERAZIONI DEL GUSTO E OLFATTO E SCELTE ALIMENTARI

- ❖ **Maggior ricerca del salato e del dolce** (rischio di eccessivo consumo di sale e di zuccheri)
- ❖ **Maggior tolleranza per i cibi amari e acidi**
- ❖ **Meno modificate le sensazioni tattili, dolorifiche e di temperatura mediate dal trigemino**, con capacità di cogliere: **il pungente- piccante** (peperoncino, senape), **il frizzante** (anidride carbonica delle bevande analcoliche o alcoliche gasate) **e la consistenza-corpo e forma dei cibi**
- ❖ **Maggior soddisfazione dalle componenti visive e orosensoriali non legate a gusto e olfatto**



INSUFFICIENTE INTROITO DI NUTRIENTI

digiuno, anoressia, nausea, cattiva dentatura, disfagia, alcolismo, farmaci, povertà, depressione, isolamento sociale, ecc.

ALTERAZIONI DEL METABOLISMO

cirrosi epatica, insufficienza renale cronica, diabete mellito, traumi, neoplasie, infezioni, sepsi, MOF, s. di Cushing, ecc.



MALNUTRIZIONE

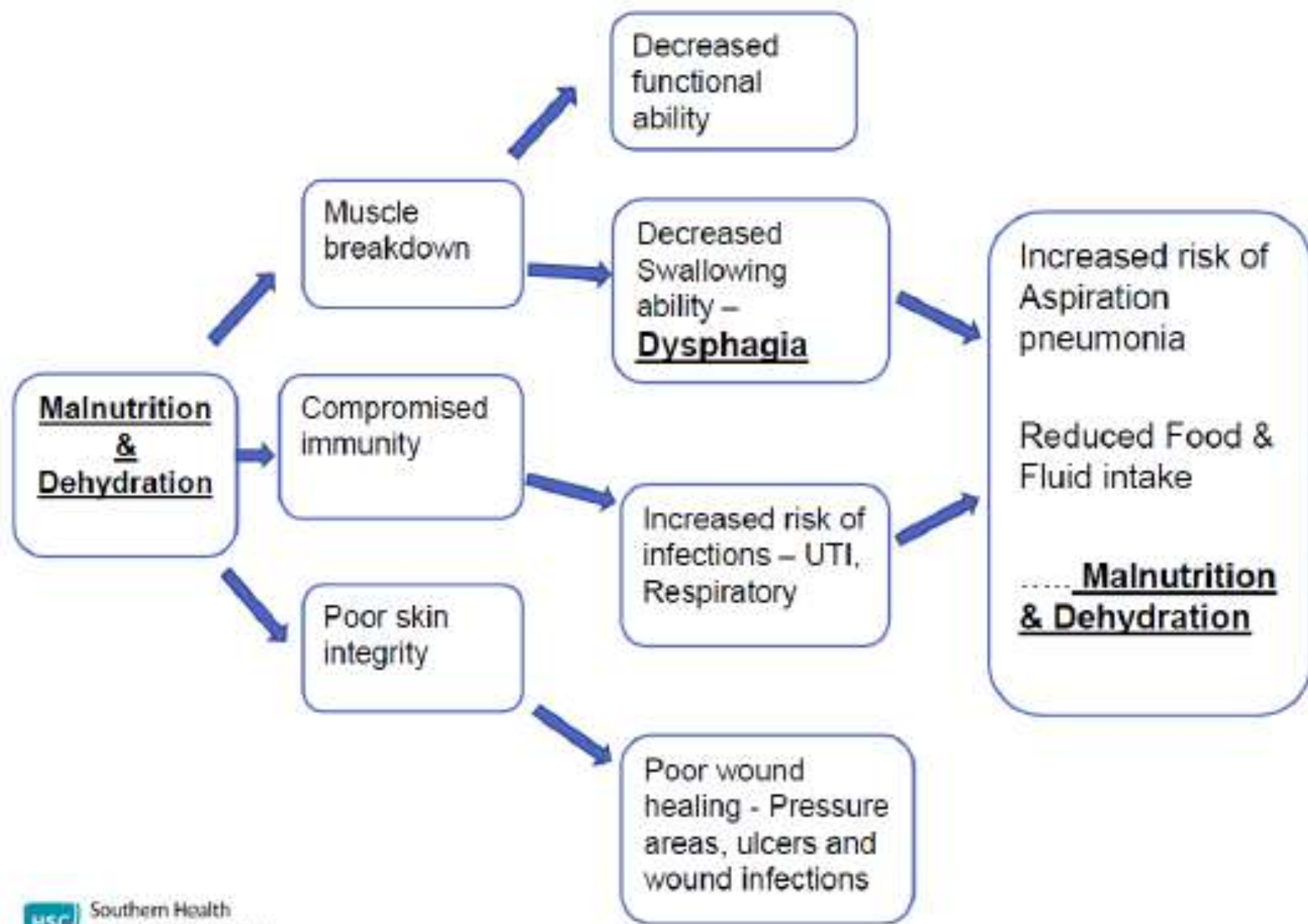


AUMENTATO FABBISOGNO DI NUTRIENTI

traumi, ustioni, infezioni, sepsi, MOF, iperpiressia, interventi chirurgici, neoplasie, ipertiroidismo, iperattività fisica, gravidanza, ecc.

AUMENTATE PERDITE DI NUTRIENTI

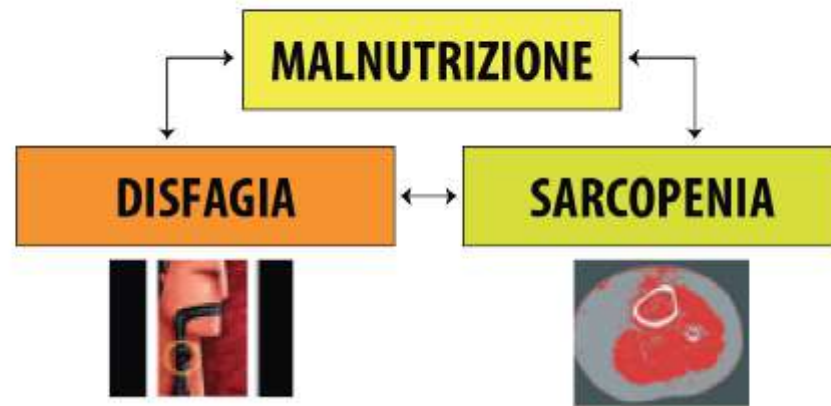
vomito, diarrea, glicosuria, malassorbimento, maldigestione, sindrome nefrosica, emorragie, fistole, ferite, drenaggi, ustioni, dialisi, ecc



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



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.



Conseguenze della malnutrizione

MALNUTRIZIONE



Deplezione riserve tissutali

- ✓ consumo del glicogeno epatico
- ✓ gluconeogenesi → utilizza substrati proteici muscolari
- ✓ perdita del patrimonio proteico

Alterazioni funzionali e/o microstrutturali

Alterazioni strutturali macroscopiche

Segni e sintomi clinici



- morbidità
- mortalità
- qualità di vita
- costi sanitari

Infezioni:

Fattore di rischio indipendente per le infezioni nosocomiali
15% soggetti malnutriti vs 5% soggetti senza malnutrizione
Le infezioni aumentano del 100% nei pazienti malnutriti

Complicanze:

Più alte nei pazienti malnutriti (27% vs 17%)
Pazienti malnutriti → rischio 3-7 volte maggiore di sviluppare complicanze gravi durante il ricovero in ospedale

Malnutrition Universal Screening Tool (MUST).

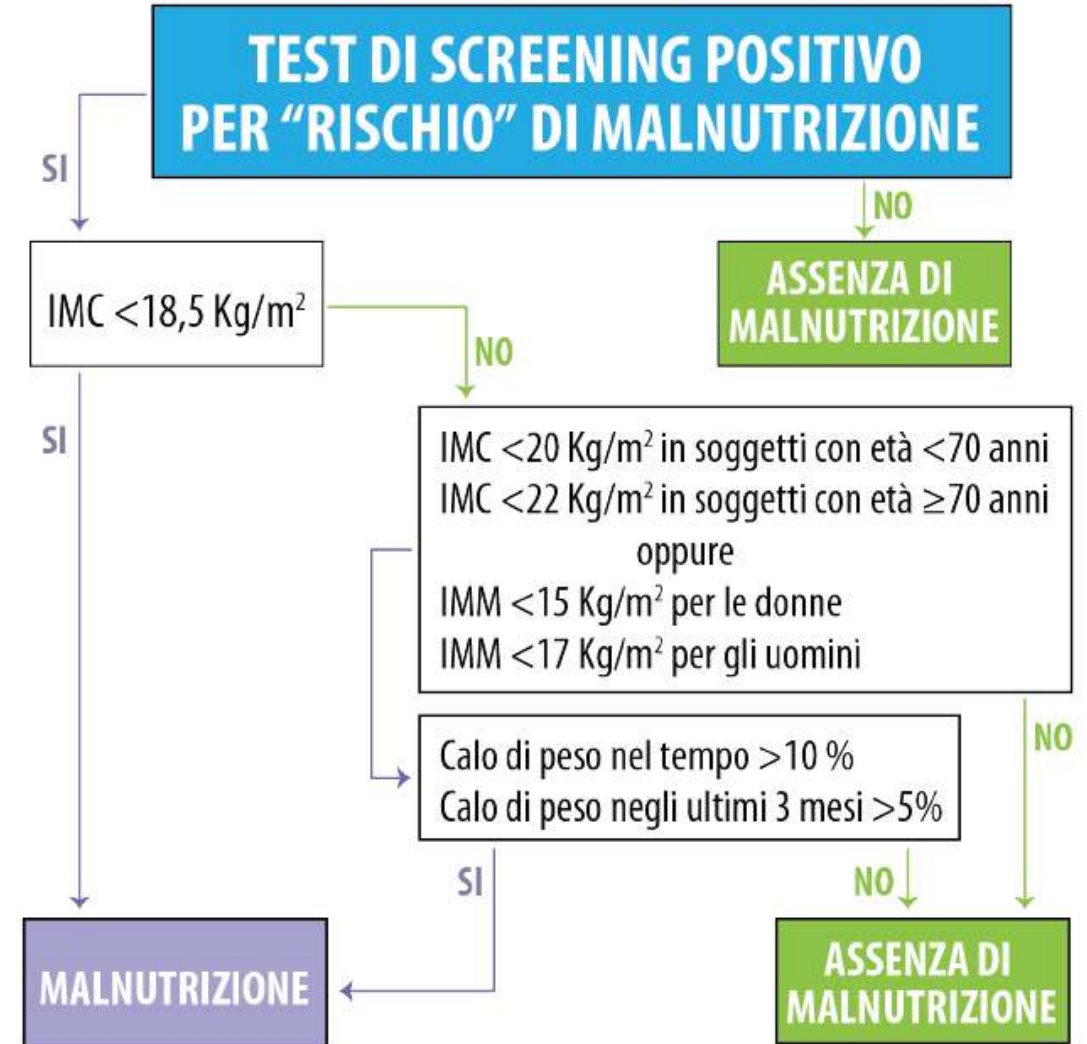
I soggetti "a rischio" di malnutrizione vanno identificati mediante test di screening:

- 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)

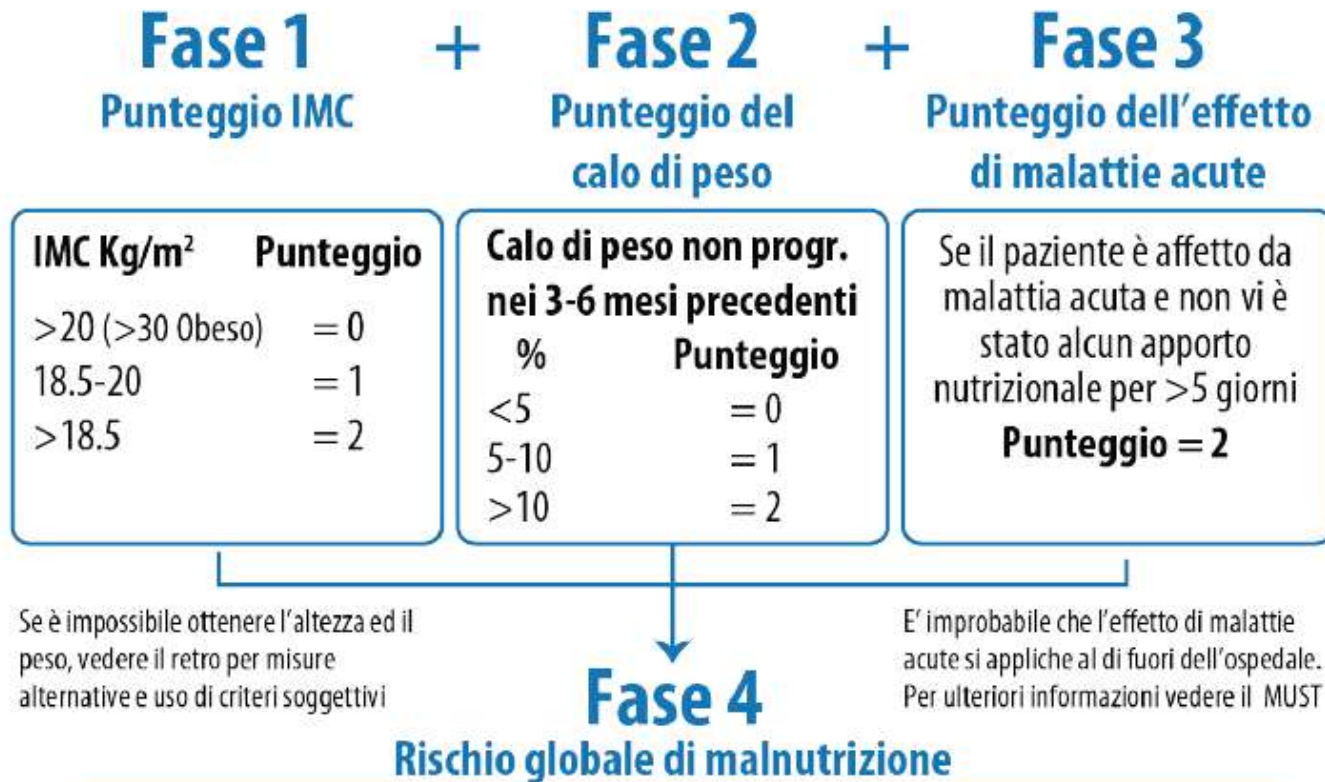
L'Indice di Massa Corporea (IMC o BMI) è il rapporto fra peso e altezza del soggetto:

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

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



Malnutrition Universal Screening Tool (MUST).



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

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

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 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.

GLIM Criteria for the Diagnosis of Malnutrition: A Consensus Report From the Global Clinical Nutrition Community



Table 3. Phenotypic and Etiologic Criteria for the Diagnosis of Malnutrition.

Phenotypic Criteria ^a			Etiologic Criteria ^a	
Weight Loss (%)	Low Body Mass Index (kg/m ²)	Reduced Muscle Mass ^b	Reduced Food Intake or Assimilation ^{c,d}	Inflammation ^{e,f,g}
>5% within past 6 months, or >10% beyond 6 months	<20 if <70 years, or <22 if >70 years Asia: <18.5 if <70 years, or <20 if >70 years	Reduced by validated body composition measuring techniques ^b	≤50% of ER > 1 week, or any reduction for >2 weeks, or any chronic GI condition that adversely impacts food assimilation or absorption ^{c,d}	Acute disease/injury ^{e,g} or chronic disease-related ^{f,g}

ER, energy requirements; GI, gastrointestinal.

^aRequires at least 1 phenotypic criterion and 1 etiologic criterion for diagnosis of malnutrition.

Epidemiologia

Prevalenza di malnutrizione in vari setting assistenziali

- Analisi di studi che hanno valutato la malnutrizione in vari ambiti (oltre 10.000 soggetti anziani)
- Prevalenza media di malnutrizione
 - ✓ 1% in soggetti sani in comunità
 - ✓ 4% in pazienti che ricevono assistenza domiciliare
 - ✓ 5% in pazienti con malattia di Alzheimer che vivono in casa
 - ✓ 20% in pazienti ospedalizzati
 - ✓ 37% in pazienti istituzionalizzati

Problemi d'alimentazione si riscontrano

- nel 13-14% dei pazienti ospedalizzati per il trattamento di patologie di tipo acuto,
- nel 30-35% dei soggetti ammessi in centri riabilitativi e
- nel 40-50% di quelli ricoverati in strutture di lungodegenza.

la disfagia rappresenta il **fattore con l'impatto più elevato sull'alimentazione e sullo stato nutrizionale del paziente** che, oltre ad indurre malnutrizione, può essere responsabile sia di **aspirazione silente**, con rischio elevato di insorgenza di **polmoniti ab ingestis**, sia di **morte improvvisa per ostruzione delle vie aeree** con conseguente soffocamento

- TOSSE
- SOFFOCAMENTO DURANTE L'ASSUNZIONE DEL CIBO
- DIFFICOLTA' A DEGLUTIRE LE SECREZIONI OROFARINGEE
- AUMENTO DELLA SALIVAZIONE DURANTE E DOPO I PASTI
- SENSAZIONE DI ARRESTO IN GOLA DEL BOLO
- DISFONIA: VOCE GORGOGLIANTE
- RIGURGITO DAL NASO
- DISARTRIA



DIMINUIZIONE DEL RIFLESSO DELLA TOSSE
(né soffocamento né tosse)



PENETRAZIONE/ASPIRAZIONE SILENTE

APPROCCIO DIETETICO PER IL PAZIENTE DISFAGICO: QUADRO GENERALE

Per il paziente disfagico, **alimentarsi e idratarsi** possono risultare non solo **attività poco efficaci e difficoltose** (a causa, ad esempio, dei frequenti rigurgiti e della presenza di tosse durante i pasti), ma anche **fonti di imbarazzo e disagio sociale**.

Chi soffre di disfagia tende ad **escludere dalla propria dieta alcune categorie di alimenti**, tra cui i cibi fonti di carboidrati e proteine, con il rischio di eliminare importanti nutrienti.

Nel lungo termine, quindi, l'impossibilità di alimentarsi e idratarsi in maniera fisiologicamente adeguata può **compromettere il giusto apporto nutrizionale e determinare malnutrizione, disidratazione e perdita di peso**, con conseguenze importanti sullo stato di salute complessivo.



Pazienti a rischio malnutrizione in ospedale

APPROCCIO DIETETICO PER IL PAZIENTE DISFAGICO

Il percorso di “rieducazione” alimentare nel paziente disfagico è definito **svezzamento**.

Si tratta di un **processo la cui durata dipende dalle condizioni del soggetto, in relazione alle sue capacità di masticazione e deglutizione**. Consiste di **varie fasi**, al termine del quale, il cibo solido può essere reinserito, ma con una consistenza morbida e omogenea (possono essere utilizzate di polveri addensanti dal gusto neutro per modificare la consistenza di cibi e bevande).

Durante la fase dello **svezzamento** del paziente con problemi di deglutizione, è necessario prevedere una **progressione** di cibi basata sulla **capacità masticatoria e deglutitoria** dello stesso.

LA SCELTA DEGLI ALIMENTI

- tipo e dal grado di disfagia
- guidata principalmente da:
 - sicurezza del paziente, limitando il rischio di aspirazione attraverso la scelta di alimenti con idonee proprietà fisiche (densità, omogeneità, viscosità).
 - fabbisogno energetico, con riferimento all’apporto calorico e di liquidi, alle eventuali esigenze dietetiche e alle sue preferenze alimentari.

Le indicazioni dietetiche, devono esser fornite da **personale sanitario esperto nella gestione della disfagia**, in relazione alle esigenze individuali del paziente

Processi fisiologici di deglutizione



Figura 1. Fase di preparazione orale

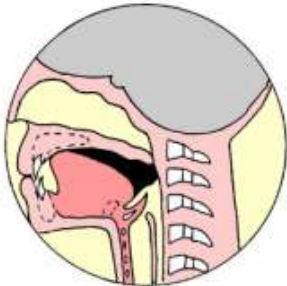


Figura 2. Fase orale

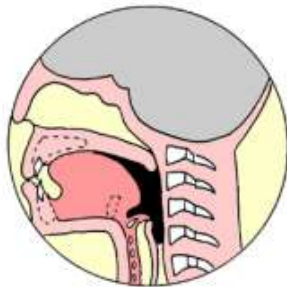


Figura 3. Elicitazione del riflesso di deglutizione

La deglutizione dell'adulto comprende sei fasi:

- **Fase 0** di preparazione extraorale
- **Fase 1** di preparazione orale
- **Fase 2** stadio orale
- **Fase 3** stadio faringeo
- **Fase 4** stadio esofageo
- **Fase 5** stadio gastrico

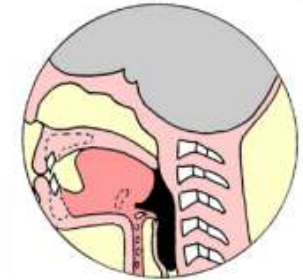


Figura 4. Fase esofagea

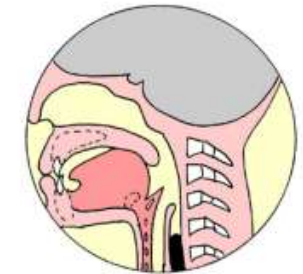


Figura 5. Fase gastrica

Processi fisiologici di deglutizione

Rapporti ISTISAN 08/38

Durante tutte le fasi, avviene una **rapida coordinazione della muscolatura**, linguale, orale, faringo-laringea, che **permette il passaggio del bolo** verso l'esofago e **contemporaneamente la protezione delle vie aeree** dal pericolo di inalazione.

Le fasi 0, 1 e 2, hanno una componente prevalentemente **volontaria**, le fasi successive, si realizzano a livello esclusivamente **riflesso**.

- **La fase 0 o di preparazione extraorale inizia con la preparazione del cibo (cottura, condimento ecc) e termina nel momento in cui il cibo transita in bocca.**
- La fase 1 di preparazione orale trasforma le sostanze alimentari in bolo, attraverso lo sminuzzamento (masticazione) e l'impasto con saliva e/o liquidi.
- Nella fase 2 o fase orale, della durata di un secondo circa, la lingua si muove verso l'alto, schiacciando quindi il bolo sul palato e all'indietro, sospingendolo verso la faringee e stimolando il riflesso di deglutizione.
- Nella fase 3 o fase faringea, si verifica un'interruzione momentanea dell'atto respiratorio (apnea) per consentire il passaggio del bolo in direzione dell'esofago: il bolo attraversa, nello specifico, il punto dove la via digerente incrocia la via respiratoria.



Figura 1. Fase di preparazione orale

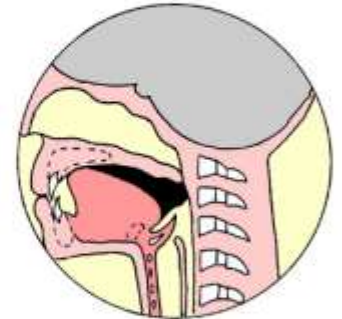


Figura 2. Fase orale

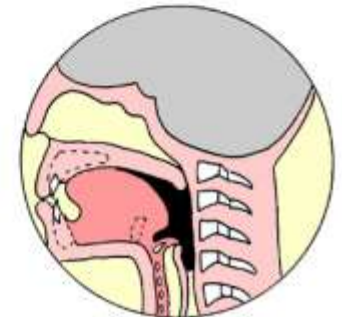


Figura 3. Elicitazione del riflesso di deglutizione

La fase 4 o esofagea, si realizza nel momento in cui il bolo arriva in esofago, la cui porta d'ingresso (detta sfintere esofageo superiore) si apre automaticamente. In un tempo variabile fra gli 8 e i 20 secondi, tutto l'esofago, per mezzo di particolari contrazioni (onde peristaltiche) verrà percorso dal bolo che giungerà alla porta di ingresso dello stomaco (sfintere esofageo inferiore).

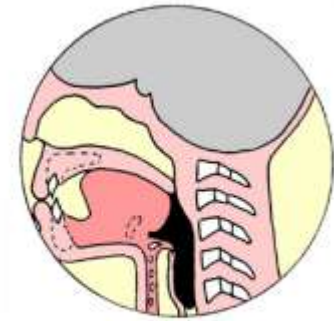


Figura 4. Fase esofagea

La fase 5 anche definita fase gastrica, il bolo arriva nello stomaco, terminando così l'atto deglutitorio

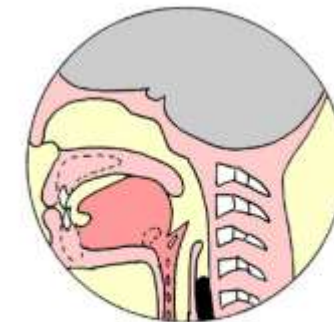


Figura 5. Fase gastrica

Nutrizione per via orale

Questa modalità di alimentazione costituisce un **rilevante obiettivo** dell'iter riabilitativo

- Traguardo per la cura di sé
- impatto sull'autostima e sulla considerazione delle proprie capacità di recupero
- fonte di ansia (paura di soffocare, paura di far notare la propria difficoltà mangiando in pubblico, ecc.).

la gestione dietetica per os deve garantire il mantenimento di una nutrizione adeguata ai fabbisogni e deve svolgersi in sicurezza, cioè prevenendo il passaggio di alimenti nelle vie aeree.

CONSISTENZA DEI CIBI

Liquidi

- Comprendono le bevande: acqua, tè, camomilla, latte, caffè, ecc.
- I liquidi generalmente sono **i più difficili da deglutire** in quanto **“sfuggono”** distribuendosi nel cavo orale e per questo risultano **difficilmente gestibili**.



Esistono anche i cosiddetti **liquidi con scorie** (così chiamati perché contengono piccole particelle di consistenza maggiore), tra i quali troviamo succhi di frutta, yogurt “da bere”, sciroppi, brodi vegetali.

CONSISTENZA DEI CIBI

Semiliquidi

A questa categoria appartengono: gelati, creme, passati di verdure, frullati e omogeneizzati di frutta.

Per questi alimenti è sufficiente una modesta preparazione orale in quanto **non necessitano di masticazione**.



CONSISTENZA DEI CIBI

Semisolidi

Comprendono passati e frullati densi, omogeneizzati di carne e pesce, purè, uova strapazzate, formaggi morbidi e cremosi, budini.

Tali alimenti necessitano di una preparazione orale leggermente **più impegnativa** della categoria precedente, ma **non di masticazione**.



CONSISTENZA DEI CIBI

Solidi

Sono alimenti quali pasta ben cotta, uova sode, pesce (attentamente pulito dalle lische), verdure cotte non filacciose, frutta, pane, biscotti, ecc.,

necessitano di un'accurata, attenta e prolungata **preparazione orale**, accompagnata poi da una **masticazione efficace**.



CONSISTENZA DEI CIBI

Solidi

Sono alimenti quali pasta ben cotta, uova sode, pesce (attentamente pulito dalle lische), verdure cotte non filacciose, frutta, pane, biscotti, ecc.,

necessitano di un'accurata, attenta e prolungata **preparazione orale**, accompagnata poi da una **masticazione efficace**.



CONSISTENZA DEI CIBI

OGNI SOGGETTO, ANCHE IN BASE AL TIPO DI DANNO
SUBITO, SI COMPORTA IN MANIERA DIVERSA



NON ESISTONO PROPOSTE DI TERAPIA UGUALI PER TUTTI

- le consistenze più utilizzate per i pazienti disfagici sono quelle **semisolida e semiliquida**.
- Queste consistenze consentono di ottenere una **giusta scorrevolezza ed eliminano** sia il lavoro di **masticazione** e soprattutto **il rischio di soffocamento** causato dall'ingestione di porzioni voluminose di cibo.
- L'alimento **più difficile** da gestire, e di conseguenza il meno utilizzato, è quello **liquido**
- **i cibi solidi**, se riescono a diventare un **traguardo raggiungibile** dopo riabilitazione della disfagia, **devono essere** comunque **morbidi, omogenei** (cioè composti da particelle della stessa consistenza) e **compatti** (**non** devono frammentarsi o sbriciolarsi come crackers, grissini, ecc).



MODIFICHE DI CONSISTENZA

Necessità di consentire al paziente che riesce ad alimentarsi per OS con una dieta a consistenza semisolida e semiliquida, di “mangiare” tutti quegli alimenti che altrimenti sarebbero proibiti.

Esempio più comune i liquidi:

molti pazienti infatti riescono, dopo un periodo variabile da soggetto a soggetto, ad assumere per bocca piccole quantità d'acqua che però non sono assolutamente sufficienti a fornire l'apporto idrico necessario ed evitare il rischi di disidratazione (DRI minima d'acqua al giorno = 2/2,5 litri).

Nelle fasi iniziali problema risolto somministrando al paziente i liquidi necessari tramite sonda nasogastrica (**SNG**) o gastrostomia percutanea endoscopica (**PEG**) ma con quadro clinico migliorato o a domicilio si ricorre a **modificatori di consistenza** (additivi), che aumentano la consistenza dei liquidi, conservandone però le proprietà nutrizionali.

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**.

Disidratazione

		AR Fabbisogno medio	PRI Assunzione raccomandata per la popolazione	AI Assunzione adeguata	UL Livello massimo tollerabile di assunzione
ADULTI					
Maschi	18 -29 anni			2500	nd
	30 -59 anni			2500	nd
	60-74 anni			2500	nd
	≥75 anni			2500	nd
Femmine	18-29 anni			2000	nd
	30-59 anni			2000	nd
	60-74 anni			2000	nd
	≥75 anni			2000	nd

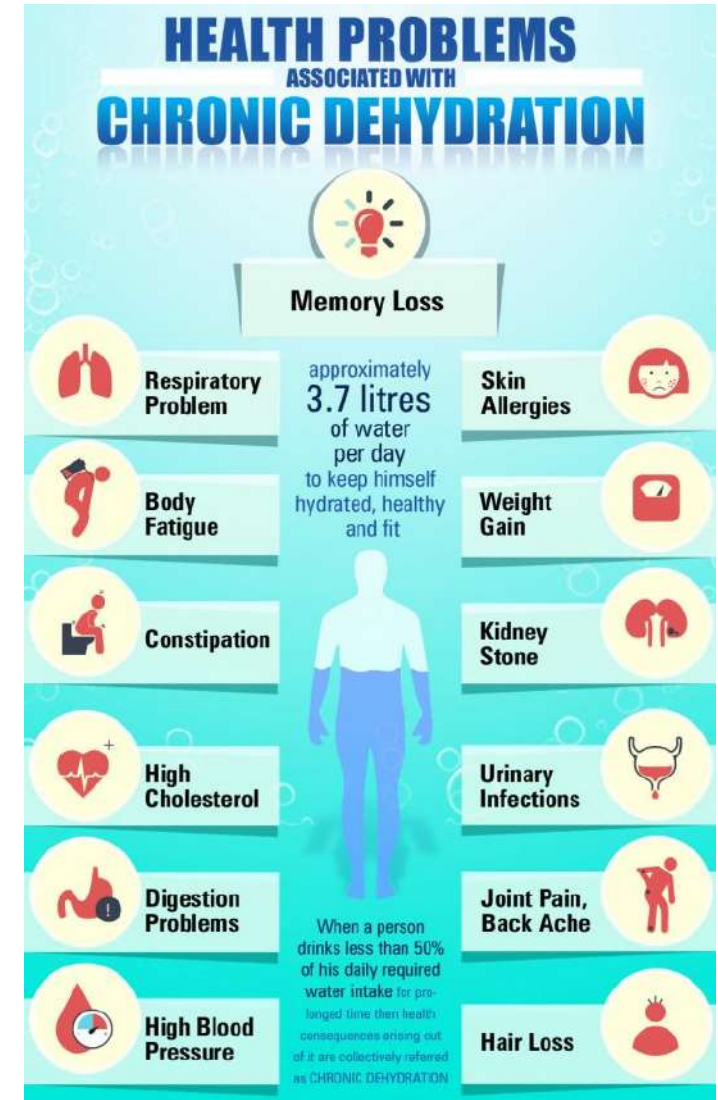
Disidratazione

Autorità Europea per la Sicurezza Alimentare – EFSA

- DRI almeno 2 e 2,5 litri di liquidi, rispettivamente per le donne e per gli uomini.
- Ovvero bere almeno 8/10 bicchieri di acqua al giorno.

Scendere sotto questa soglia a causa delle difficoltà di deglutizione aumenta il rischio di disidratazione, con gravi conseguenze per la salute.

Per assumere bevande in sicurezza si può ricorrere all'uso di agenti addensanti.



MODIFICHE DI CONSISTENZA



LA CONSISTENZA
DEGLI ALIMENTI E DELL'ACQUA
DEVE ESSERE MODULATA E
ADEGUATA ALLE ESIGENZE DEL
PAZIENTE



SI POSSONO USARE :

- ADDENSANTI NATURALI O ARTIFICIALI
- DILUENTI: brodo, panna, latte, centrifugati di verdura/frutta...
- MEZZI FISICI: ghiaccio, cotture prolungate...

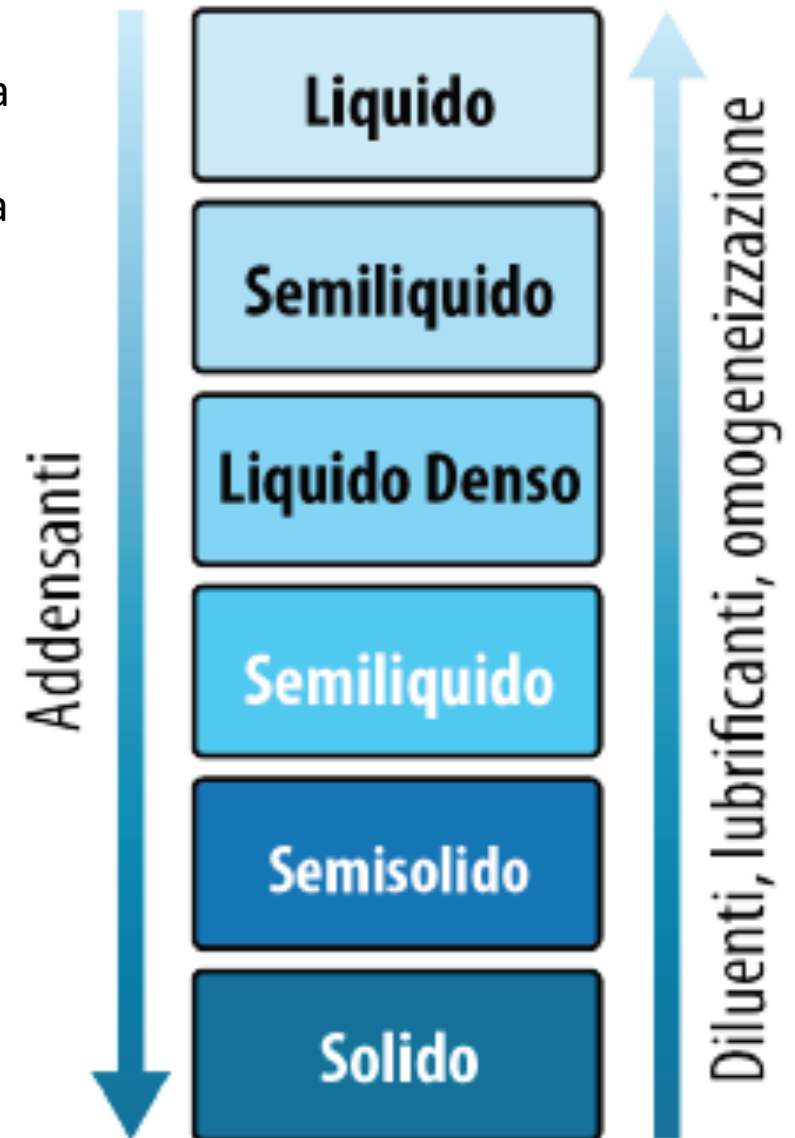


MODIFICHE DI CONSISTENZA

– **Addensanti** Sono rappresentati da gelatine a freddo in polvere, acqua gelificata e il più comune addensante, una farina istantanea che, miscelata con il liquido, permette a quest'ultimo di raggiungere una consistenza semisolido o semiliquida a seconda delle proporzioni usate tra le due sostanze.

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



MODIFICHE DI CONSISTENZA

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.

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.



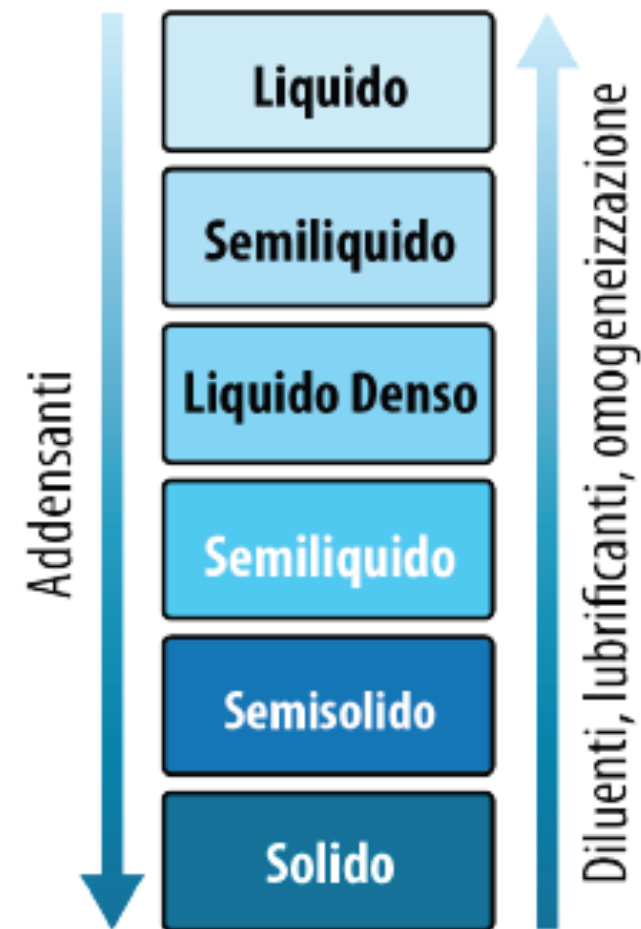
MODIFICHE DI CONSISTENZA

- **Diluenti** A questa categoria appartengono il **brodo vegetale o di carne**, a seconda delle esigenze nutrizionali, e il latte. Queste sostanze aggiunte all'alimento che risulta troppo "solido" e duro, fanno sì che quest'ultimo raggiunga una consistenza facilmente deglutibile per il paziente.
- **Lubrificanti** Sono il **burro, l'olio di oliva, la maionese**, ecc. L'impiego di queste sostanze deve tuttavia tener conto, nel lungo periodo, dell'equilibrio nutrizionale del paziente.

IL CIBO DEVE PRESENTARE UN GRADO DI SCIVOLOSITÀ
PER UNA DEGLUTIZIONE PIÙ FACILE.



Se il boccone scivola facilmente
non provoca attrito
al suo passaggio sulle pareti del canale alimentare;
è favorito dall'aggiunta
di condimenti untuosi agli alimenti:
**olio o altri lubrificanti quali
burro, panna, sughì, maionese...**



MODIFICHE DI CONSISTENZA

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

ALIMENTI DA EVITARE

È compito del personale sanitario esperto nella gestione della disfagia, indicare le proprietà fisiche dei cibi permessi, secondo i criteri di sicurezza e di preferenza del paziente

alimenti da evitare in quanto particolarmente pericolosi per il rischio di polmonite da ingestione.

– **Alimenti solidi di difficile gestione in bocca** caramelle, confetti (di qualsiasi formato e consistenza), riso, fette biscottate, legumi interi (piselli, fagioli, fave, lenticchie), carne filacciosa o asciutta.



– **Alimenti a doppia consistenza** ad esempio la zuppa di latte, la pastina in brodo, il minestrone con verdure a pezzi. Questi hanno una consistenza disomogenea e nella cavità orale si scindono con facilità, sfuggendo facilmente al già alterato controllo.



– **Alimenti filanti** formaggi cotti, mozzarella, gomme da masticare.

– **Alcolici**

– **Cibi «Appiccicosi»**

– **Pane**

– **Crackers e grissini**

– **Frutta secca**

– **Frutta fresca (mirtilli, ribes, melagrane, more, lamponi)**

– **Gelati con pezzi di nocciole, scaglie di cioccolato, canditi.**



CARATTERISTICHE CHE INFLUENZANO LA DEGLUTIZIONE

Dimensioni del bolo

Parametro da definirsi per ogni singolo paziente. Generalmente, le **piccole quantità** facilitano il **controllo del bolo in bocca** e **riducono il tempo di passaggio** del bolo stesso, tranne nei casi in cui **un bolo grande può** permettere di superare la difficoltà di **avviare il riflesso di deglutizione** per **scarsa sensibilità della zona della bocca**.



Temperatura

Sarà indispensabile evitare che i cibi abbiano una temperatura vicina a quella corporea (36- 37 °C). Sono da preferire quindi temperature più alte o più basse; queste ultime tra l'altro aumentano la forza e la velocità della deglutizione.



Sapore

sapore forte e definito, come il dolce, l'aspro, ecc. per stimolare maggiormente la sensibilità orale del paziente, sempre nel rispetto delle preferenze alimentari e in funzione di una costante motivazione.

Appetibilità

L'aspetto degli alimenti deve essere invitante, soprattutto quando il paziente è ormai in grado di alimentarsi da solo: deve esserne curata la presentazione e le diverse portate devono essere mantenute separate fra di loro, anche in caso di assunzione di piccole quantità.



FATTORI CHE POSSONO CONDIZIONARE L'INTROITO ALIMENTARE

FATTORI AMBIENTALI

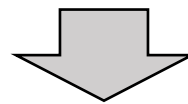
- ❖ **Caratteristiche del luogo**
temperatura, illuminazione, odore, rumori, tranquillità, distrazioni, decoro
- ❖ **Caratteristiche del servizio**
(tavolo, vassoio tovaglia, suppellettili)
- ❖ **Presenza di altre persone e condivisione**
- ❖ **Orario dei pasti**
- ❖ **Vicinanza e qualità luoghi di acquisto del cibo**
- ❖ **Trasporti**
- ❖ **Servizi**
- ❖ **Relazioni di aiuto**
- ❖ **Supporto**

FATTORI LEGATI AL CIBO

- ❖ **Accessibilità**
- ❖ **Palatabilità**
 - Aspetto
 - Gusto
 - Olfatto
 - Consistenza
 - Temperatura
 - Marca

FATTORI INDIVIDUALI

- ❖ **Fame e sazietà**
- ❖ **Condizioni fisiche e di salute**
- ❖ **Età**
- ❖ **Abilità**
- ❖ **Disponibilità economica**
- ❖ **Educazione**
- ❖ **Abitudini**
- ❖ **Cultura**
- ❖ **Attitudini**
- ❖ **Preferenze**
- ❖ **Ritmi**
- ❖ **Umore**



**SCELTA
DEI CIBI**



**ADEGUATEZZA
NUTRIZIONALE**

SALVARE IL PIACERE DEL CIBO

© Original Artist
Reproduction-rights obtainable from
www.CartoonStock.com



"LET'S SEE... WE'VE TAKEN YOU OFF SMOKING, DRINKING
AND RICH FOOD. WHAT ELSE DO YOU ENJOY?"

SOLUZIONI per rendere il cibo maggiormente appetibile/palatabile

❖ Rispettare il più possibile i gusti personali

❖ Potenziare l'intensità dei sapori-aromi

condimenti tipo olio di oliva di buona qualità, salse, formaggio saporito, tipo Parmigiano, aglio, cipolla, marinate, aceto, erbe e spezie, se tollerate, in modo da non eccedere l'apporto di sale.



SOLUZIONI per rendere il cibo maggiormente appetibile/palatabile

Scelta di cibi con rapida acquisizione postingestiva di proprietà sensoriali contrastanti (Dynamic Contrast Theory) e rilascio di composti molto palatabili (gusto e olfatto)



- ❖ **Cioccolato e gelato:** passaggio dalla forma solida alla liquida alla temperatura corporea

SOLUZIONI per rendere il cibo maggiormente appetibile/palatabile

❖SFRUTTARE I COMPONENTI VISIVI DELLA FASE CEFALICA

Pasti e cibi gradevoli alla vista (preparazione della tavola o del vassoio, stoviglie, disposizione del cibo, accostamenti, colori, guarnizioni e.g. prezzemolo, fette di limone, ecc.).

❖BUONA ILLUMINAZIONE

❖EVITARE CIBI DI COLORE E CONSISTENZA SGRADREVOLI



SOLUZIONI per rendere il cibo maggiormente appetibile/palatabile

Attenzione alla **forma e al colore**
(ad esempio, formine per frullati-mousse;
tenere separati i diversi cibi, evitando l'effetto
“pastone” e il “monocolore”)

**Cibi frullati e messi in stampo
mantenuti separati**



Cibi frullati tutti insieme



**Verificare i cambiamenti alla tolleranza di consistenza dei cibi
(svezzamento)**

SOLUZIONI per rendere il cibo maggiormente appetibile/palatabile

Temperature adatte

Evitare cibi “troppo caldi o troppo freddi”: I sapori risultano più intensi evitando le temperature estreme.

Mantenere i cibi alla giusta temperatura

utilizzando appositi contenitori termici o evitando di portare il pasto in un'unica soluzione, così che alcune portate diventano fredde se il pasto viene consumato lentamente



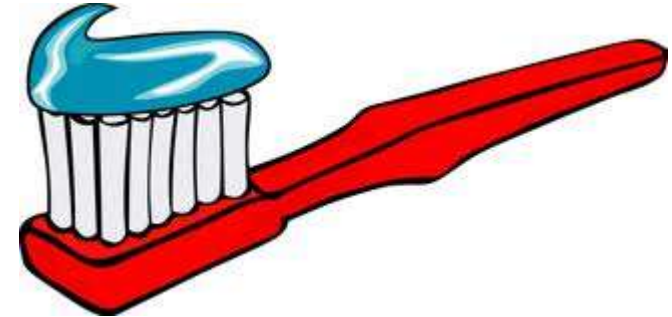
SOLUZIONI per rendere il cibo maggiormente appetibile/palatabile

- ❖ **idratazione adeguata** (bere spesso durante il giorno e ai pasti)
- ❖ includere nei pasti **composti acidi** (limone, aceto, yogurt), o freddi aciduli (cubetti di ghiaccio con limone)
- ❖ **evitare** cibi «poco scivolosi» o secchi preferendo cibi umidi e morbidi (con la salsa, in umido, con aggiunta di condimento, di crema, ecc.)
- ❖ utilizzare un umidificatore durante la notte.
- ❖ evitare fumo e alcool



SOLUZIONI per i problemi di denti e di masticazione

- ❖ Curare l'igiene orale
- ❖ Migliorare l'adesione delle protesi
- ❖ **Evitare i cibi cariogeni** zuccherini, liquidi o solidi, che permangono a lungo in bocca, o ricchi di amido. O che si appiccicano ai denti
- ❖ **Privilegiare cibi che prevengono la carie** (formaggio, yogurt, noci, verdure)
- ❖ **Modificare la consistenza** dei cibi, se necessario, **ma favorire il più possibile l'attività masticatoria con alimenti più compatti**



Non potendo utilizzare, specialmente all'inizio del trattamento riabilitativo della deglutizione, **dentifrici e colluttori** in quanto il paziente potrebbe ingerirli o, peggio ancora, inalarli, può essere utilizzata in sostituzione una **garza sterile o uno spazzolino per bambini a setole morbide, imbevuti con piccole quantità di bicarbonato di sodio.**

SOLUZIONI PER INCREMENTARE LA VARIETA' DI CIBO

- ❖ Considerando la ridotta sazietà sensoriale specifica, per cui cambiare cibo non aumenta il desiderio di mangiare di più, concentrare l'apporto principale di nutrienti in un unico piatto
- ❖ Variare i cibi nei diversi pasti e merende
- ❖ Attenzione alle prescrizioni alimentari inutilmente restrittive
- ❖ Assicurare la presenza di cibo dai diversi gruppi alimentari



SOLUZIONI per rendere il cibo maggiormente appetibile/palatabile

- **AMBIENTE PIACEVOLE E TRANQUILLO**
- **«PROTECTED MEAL TIMES»** (Tempo dei pasti protetti) con blocco di tutte le attività assistenziali non urgenti da parte del personale o dei visitatori per la durata dei pasti per:
 - evitare interruzioni o interferenze da parte di rumori, odori o vista di situazioni poco piacevoli
 - Aumento del tempo disponibile per garantire assistenza ai pasti



SOLUZIONI per rendere il cibo maggiormente appetibile/palatabile

- ❖ **Fornire assistenza ai pasti** qualora necessario
- ❖ **Fornire aiuto o solo incoraggiamento ai pasti** (favorendo l'autonomia), anche come occasione di interazione sociale
- ❖ **Durata dei pasti adeguata**
35 +/- 8 minuti/pasto/utente vs la media abituale 9 +/- 3 minuti= incremento introiti in pasti assistiti del 46%,
Simmons SF, J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2004



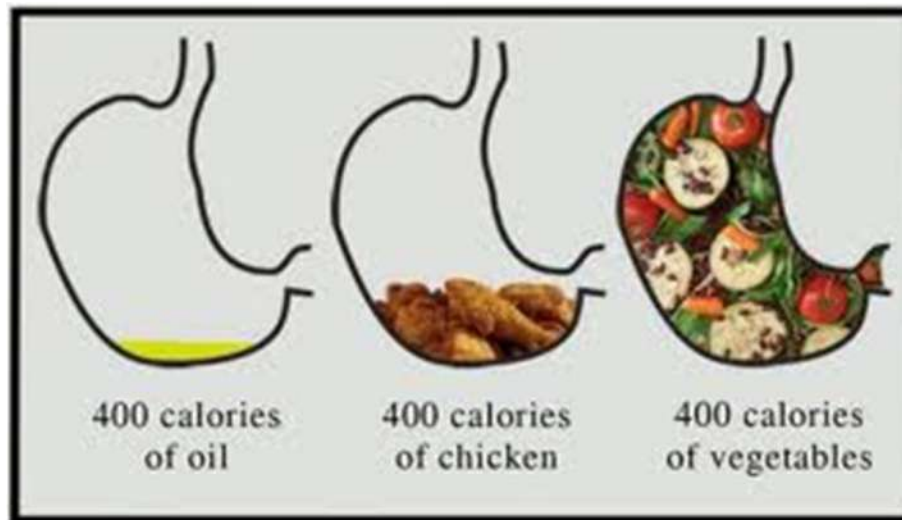
SOLUZIONI PER AUMENTARE L'INTROITO DI CIBO

- **Attenzione alle limitazioni fisiche** che possono ridurre l'introito alimentare
- **Favorire l'autonomia e il senso di autoefficacia** con l'utilizzo di **cibi modificati** (Finger foods, cibo servito già suddiviso in bocconi) **o di strumenti modificati** (**posate** con angolatura o con impugnature ad anello o più grosse, che facilitano la presa e portare il cibo alla bocca; **piatti o vassoi** con ventosa, che aderiscono al tavolo; **bicchieri** con il manico o tazze con impugnature adatte, contenitori con beccucci e coperchi, **cannucce**)



SOLUZIONI PER AUMENTARE L'INTROITO DI CIBO

- ❖ **Capire preferenze** e rifiuti e assecondarli, per quanto possibile
- ❖ **Scegliere cibi ad alta densità energetica/nutrizionale** (carni magre, uova, noci, cioccolato, ecc.)
- ❖ **Potenziare l'apporto energetico-proteico** dei cibi anche **senza variare il volume (o riducendolo)** con aggiunta di condimenti, parmigiano, miele, latte in polvere, fiocchi di cereali, noci macinate finemente. In questo modo è possibile aumentare l'introito fino al 25% (*Allison, Clinical Nutrition, 2000*)



**Volumi più contenuti
riducono la sazietà da
distensione dello stomaco
permettendo
un introito maggiore di cibo**

SOLUZIONI PER AUMENTARE L'INTROITO DI CIBO

- ❖ **Fornire merende tra i pasti** (aumento introito =44% con 3 merende, *Simmons SF, J Gerontol 2004*), **anche per il ridotto compenso energetico nei pasti successivi negli anziani**
- ❖ **Integrare i pasti con gli integratori per via orale di tipo commerciale nel rischio o in presenza di PEM**



SOLUZIONI PER AUMENTARE L'INTROITO DI CIBO

- **Favorire la socializzazione** e la partecipazione della famiglia nel fornire compagnia e occasioni di uscita
- **Condividere i pasti** con l'anziano



PROGRESSIONI DIETETICHE

Qualora la sola alimentazione orale non sia sufficiente a coprire il fabbisogno necessario al paziente, si può associare ad essa, l’uso di alimentazioni alternative. Poiché le necessità dei pazienti disfagici variano largamente e il grado di disfagia può modificarsi nel tempo, si considera utile, al fine di evitare eventuali errori di somministrazione, definire un piano dietetico, il cosiddetto

“livello dieta”

elaborato dal personale sanitario esperto nella gestione della disfagia della Fondazione Santa Lucia.

Fase disfagia	Caratteristiche	Consistenza consigliata
FASE 1	Difficoltà di gestione orale del bolo e della sua masticazione	Omogenea ed esclusivamente semisolida (purea densa)
FASE 2	Iniziale capacità del paziente di gestire la fase masticatoria	Morbida (primo piatto ben cotto) e semisolida (secondo piatto)
FASE 3	Analoghe alla fase 2	Semisolida (primo piatto) e solido-morbida (secondo piatto e contorno)
FASE 4	Efficace capacità masticatoria, il paziente sta superando il quadro clinico di disfagia	Cibi di consistenza solido-morbida
DIETA COMUNE CON ALCUNE ESCLUSIONI	Efficace capacità masticatoria, ma ancora difficile gestione orale di alcuni alimenti	Escludere gli alimenti a doppia consistenza.

- **Dieta comune senza cibi a doppia consistenza:** il paziente presenta un’efficace capacità masticatoria ma ancora una difficile gestione orale degli alimenti a doppia consistenza che pertanto dovranno essere eliminati dalla dieta. Tale piano risulta utile anche e soprattutto dopo le dimissioni e il rientro a casa del paziente in quanto, stabilendo quantità e consistenza dei cibi somministrabili, riduce i rischi di aspirazione.

PROGRESSIONI DIETETICHE

L'impostazione del trattamento nutrizionale del paziente disfagico richiede uno studio approfondito e periodico della deglutizione

deve essere pianificata in relazione:

- al grado di disfagia e ai fabbisogni nutrizionali del paziente;
- alla patologia di base;
- alla capacità del paziente di procurarsi e preparare gli alimenti (fattori socio-economici e culturali);

deve essere finalizzata a:

- impedire la malnutrizione conseguente alla riduzione nella quantità di alimenti ingeriti;
- ridurre il rischio di polmoniti da aspirazione o ab ingestis.

Le modalità nutrizionali implicano:

- adeguamento ai fabbisogni di macro e micro-nutrienti;
- modifica delle caratteristiche chimico-fisiche degli alimenti in funzione del tipo e grado di disfagia;
- adeguamento nutrizionale alle eventuali patologie associate;
- facilitazione dell'alimentazione spontanea mediante tecniche ausiliari indicate dal logopedista;
- utilizzo della nutrizione artificiale integrativa o totale, in caso di inadeguata o impossibile assunzione per os.

PROGRESSIONI DIETETICHE

disfagia grave

la dieta iniziale prevede esclusivamente alimenti frullati con una consistenza generale di purea densa e coesiva (omogeneizzazione)

riduzione dei disturbi della deglutizione

progressivamente passare a diete che riducono i problemi di preparazione del bolo.

Le diete progressive per disfagia sono adeguate al grado di disfagia del paziente.

Il passaggio da un livello di dieta a quello successivo va effettuato in seguito ad una rivalutazione della funzionalità deglutitoria e della capacità di preparazione del bolo:

Criteri di scelta per la progressione dietetica da un livello dieta a quello successivo

- assumere quotidianamente un adeguato quantitativo di cibo;
- mangiare alimenti con la consistenza proposta per un periodo superiore a 20 giorni;
- non segni clinici (tosse, febbre, complicanze respiratorie) che possono far sospettare problemi di aspirazione.

Ove il paziente **non** riesca a gestire in maniera adeguata la consistenza di cibo proposta e/o manifesti tosse, o presenti picchi improvvisi di febbre, **non** è pensabile passare ad un livello dieta superiore, ma **deve essere presa in considerazione la possibilità di integrare l'alimentazione con sistemi alternativi.**

LOGOPEDISTA → Osservazione logopedica al pasto → TRAINING DEGLUTITORIO

Su indicazione del logopedista che osserva e segue il paziente durante la consumazione del pasto, il dietista deve essere in grado di modificare e rivedere il regime dietetico, personalizzando la dieta per ogni singolo caso.

- È importante proporre **un'ampia varietà di cibi**, presentati in maniera **appetibile**, per garantirne l'accettabilità ed evitare l'eventuale riduzione delle quantità di cibo ingerite, con conseguente **non copertura** dei fabbisogni nutrizionali e calorici giornalieri e il rischio di insorgenza di una condizione di malnutrizione proteico-energetica
- È raccomandata la somministrazione di **piccoli pasti frequenti**, almeno **5** al giorno:
 - colazione
 - spuntino
 - pranzo
 - spuntino
 - cena

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)

STRATEGIE DIETETICHE

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 perchè non possono essere formati dall'organismo.

ORAL NUTRITIONAL SUPPLEMENTS

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 supplementazione

Illustrare gli effetti benefici	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, <u>sia al paziente che ai familiari</u>
Illustrare le modalità di assunzione	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, <u>per non indurre rifiuto ai cibi</u>
Illustrare i possibili effetti collaterali	E' altrettanto importante illustrare i possibili effetti collaterali legati alla densità calorica dei preparati (<u>distensione intestinale, meteorismo</u>)

ORAL NUTRITIONAL SUPPLEMENTS

I miglioramenti nell'esito clinico e nell'uso delle risorse sanitarie sono stati costantemente dimostrati in una serie di studi e meta-analisi che dimostrano che gli ONS :

- portano ad un **aumento di peso** nei pazienti ricoverati in ospedale e in quelli trasferiti alla comunità, comprese le persone anziane
- **riducono la mortalità** rispetto alle cure standard (ad es. riduzione del 24%), in particolare nelle persone anziane denutrite.
- **Riducono i tassi di complicanze** (tra il 25% e il 50%) rispetto alle cure di routine.
- **riducono** la percentuale di **ricoveri o riospedalizzazioni** rispetto alle cure di routine (24% vs 33%).
- ONS ad **alto contenuto proteico riducono** le **riospedalizzazioni** complessive del 30%.
- **miglioramento della qualità della vita**, delle attività della vita quotidiana, della forza muscolare, della funzione muscolare respiratoria

STRATEGIE DIETETICHE

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
- 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



IPOTESI DIETETICHE

Colazione: latte e biscotti, yogurt alla frutta (tipo vellutato senza pezzi), gelatine di frutta.
Spuntini: budino al cacao o alla vaniglia, mousse di frutta, yogurt alla frutta (tipo vellutato senza pezzi).

Tabella 1. Dieta per **disfagia di fase 1**: alimenti frullati e/o omogeneizzati

Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Sabato	Domenica
pranzo						
Pasta con funghi frullata	Capellini frullati al pomodoro	Pasta frullata allo zafferano	Pasta frullata al pomodoro	Pasta al tonno frullata	Pasta frullata con crema di piselli	Capellini frullati al pomodoro
Pollo frullato	Sogliola alla mugnaia frullata	Arista frullata	Carne frullata al marsala	Cuori di merluzzo al pomodoro frullati	Tacchino frullato	Carne frullata
Purea di patate	Zucchine frullate	Bietina frullata	Verza frullata	Purea di patate	Spinaci frullati	Purea di patate
Frutta fresca frull.	Mela cotta frullata	Frutta fresca frullata	Frutta fresca frullata	Frutta fresca frullata	Mela e pera frullate	Gelatina di frutta
cena						
Crema di verdure	Semolino	Crema di legumi	Crema di verdure	Crema di ortaggi	Crema di zucca	Crema di fagioli
Formaggio cremoso	Carne frullata	Uova frullate	Prosciutto cotto frullato	Formaggio cremoso	Carne frullata	Prosciutto cotto frullato
Carote al burro frullate	Cavolfiore frullato	Purea di patate	Carote al vapore frullate	Zucchine frullate	Funghi frullati	Cavolfiore frullato
Frutta fresca frullata	Pera frullata	Frutta fresca frullata	Mela e banana frullate	Frutta fresca frullata	Frutta fresca frullata	Frutta fresca frullata

Tabella 2. Dieta per **disfagia di fase 2**: primi piatti morbidi e secondi piatti frullati

Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Sabato	Domenica
pranzo						
Capellini con crema di funghi	Pasta ben cotta al pomodoro	Capellini allo zafferano	Pasta ben cotta con crema di carciofi	Pasta ben cotta con crema di piselli	Capellini al pomodoro	Pasta ben cotta con crema di asparagi
Tacchino frullato	Mousse di tonno	Arista frullata	Uova strapazzate frullate	Sogliola alla mugnaia frullata	Pollo frullato	Carne frullata
Purea di patate	Zucchine frullate	Purea di patate	Foglie di bietina frullate	Purea di verdure	Mousse di peperoni	Cavolfiore frullato
Frutta fresca frull.	Mela cotta frullata	Gelatina di frutta	Banana frullata	Mela frullata	Mela e pera frullate	Gelatina di frutta
cena						
Crema di verdure	Semolino	Crema di legumi	Capellini al burro	Crema di zucca	Vellutata al pomodoro	Vellutata al latte
Formaggio cremoso	Carne frullata	Robiola	Robiola	Mousse di prosciutto cotto	Formaggio cremoso	Tacchino frullato
Carote al burro frull.	Cavolfiore frullato	Verdura frullata	Spinaci frullati	Funghi frullati	Purea di patate	Purea di patate
Frutta fresca frull.	Pera frullata	Frutta mista frullata	Pesche frullate	Frutta mista frullata	Frutta fresca frull.	Frutta fresca frull.

IPOTESI DIETETICHE

Colazione: latte e biscotti, yogurt alla frutta (tipo vellutato senza pezzi), gelatine di frutta.
Spuntini: banana, budini, yogurt alla frutta (tipo vellutato senza pezzi).

Tabella 3. Dieta per **disfagia di fase 3**: primi piatti frullati e secondi piatti morbidi

Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Sabato	Domenica
pranzo						
Pasta con funghi frullata	Crema di riso	Pasta frullata allo zafferano	Pasta frullata al pomodoro	Pasta al tonno frullata	Pasta frullata con crema di piselli	Capellini frullati al pomodoro
Polpette di tacchino al pomodoro	Filetto di sogliola alla mugnaia	Polpette di arista	Carne frullata al marsala	Cuori di merluzzo al pomodoro	Polpette di tacchino	Hamburger di carne
Patate lesse	Zucchine trifolate	Funghi trifolati	Verza frullata	Patate al forno	Mousse di peperoni	Patate lesse
Banana	Pere cotte	Mela	Frutta fresca frullata	Mela	Mela cotta	Frutta cotta
cena						
Crema di verdure	Semolino	Crema di legumi	Crema di verdure	Vellutata al latte	Crema di zucca	Crema di fagioli
Formaggio cremoso	Polpette di carne	Uova strapazzate	Prosciutto cotto frullato	Formaggio cremoso	Polpette di carne	Formaggio cremoso
Carote al burro	Cavolfiore al vapore	Patate lesse	Carote al vapore frullate	Zucchine	Carote al vapore	Cavolfiore
Mela cotta	Banana	Frutta cotta	Mela e banana frullate	Frutta cotta	Banana	Banana

Tabella 4. Dieta per **disfagia di fase 4**: primi piatti e secondi piatti comuni

Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Sabato	Domenica
pranzo						
Pennette con crema di funghi	Pasta ben cotta al tonno	Capellini al pomodoro	Pasta ben cotta al pomodoro	Pasta ben cotta alla marinara	Capellini al pomodoro	Pasta ben cotta con crema di asparagi
Hamburger di pollo	Sogliola alla mugnaia	Polpette di vitella ai funghi	Polpette di carne al marsala	Polpette di tonno	Pollo frullato	Carne frullata
Patate lesse	Zucchine trifolate	Carote al vapore	Zucchine al forno	Patate al forno	Mousse di peperoni	Cavolfiore frullato
Banana	Pera cotta	Mela	Banana	Mela	Mela e pera frullate	Gelatina di frutta
cena						
Farfalle al pomodoro	Pastina asciutta vegetale	Crema di verdure	Crema di legumi	Vellutata al latte	Vellutata al pomodoro	Vellutata al latte
Prosciutto cotto magro	Polpette di carne	Frittata con zucchine	Prosciutto cotto magro	Formaggio cremoso	Formaggio cremoso	Tacchino frullato
Carote al burro	Cavolfiore al vapore	Patate lesse	Carote al vapore	Zucchine	Purea di patate	Purea di patate
Mela cotta	Banana	Frutta cotta	Frutta cotta	Frutta cotta	Frutta fresca frullata	Frutta fresca frullata

ONS		Fortisipt† (Nutricia)	Ensure Plust† (Abbott Nutrition)	Fresubin Energy Drink† (Fresenius Kabi)	Resource Energy† (Nestle Health Science)	Nutricomp Drink plus Vanilla (B Braun)	Fruit yogurt	Cheese & crackers	Chocolate cake	Mars Bar
		per 200ml	per 220ml	per 200ml	per 200ml	per 100ml	per 150g	per portion*	per portion**	Per 65g bar
Energy	kcal	300	330	300	303	150	164	299	313	307
Protein	g	11.8	13.8	11.2	11.2	6	6	11.6	3.7	2.9
Carbohydrate	g	36.8	44.4	37.6	42	20	26.6	9.7	33.1	50.2
Sugars	g	13.4	14.3	7.8-12.6‡	11.4	-	24.9	0.1	22.3	43
Fat	g	11.6	10.8	11.6	10	5	4.5	24	19.3	11.9
Saturates	g	1.2	0.99	0.8	1.4	1.2	3	14.6	N/A	6.7
Dietary fibre	g	0¥	0¥	0¥	0¥	<0,1	0	0.4	1	0.3
Sodium	mg	180	202	160	160	100	87	435	273	98
Potassium	mg	318	352	270	340	170	255	50	91	163
Chloride	mg	174	242	200	370	60	269	632	299	195
Calcium	mg	182	264	270	160	72	183	313	38	62
Phosphorus	mg	156	220	160	160	115	144	220	104	72
Magnesium	mg	46	66	42	56	27	20	15	23	21
Vitamin A	µg RE	246 (54µg Carotenoidi)	257 (beta-carotene 64µg)	240 (beta-carotene 600µg)	276	0.15	54	241 (117µg carotene)	0	20µg Retinolo (26µg carotene)
Vitamin D	µg	2.2	4.4	4	3.6	1.8	0.15	0.21	1.83	0.2
Vitamin E	mg-α-TE	3.8	4.7	6	6	2.0	0.27	0.57	1.96	0.31
Vitamin K	µg	16	26	33.4	28	12	0	2.62	0	3.12
Thiamin B1	mg	0.46	0.44	0.46	0.46	0.18	0.18	0.04	0.05	0.03
Riboflavin B2	mg	0.48	0.59	0.64	0.44	0.22	0.24	0.17	0.06	0.13
Niacin B3	mg NE	5.4	5.7	6	2.2	2.4	0.15	0.28	0.26	0.13
Acido Pantothenic B5	mg	1.0	2.4	2.4	1.7	1.1	0.6	0.25	0.26	0.59

Tabella 4. Interventi specifici per il paziente disfagico

Disturbo della deglutizione	Alterazioni della dieta
rigurgito nasale	aumentare la densità dei cibi
ridotto ambito di movimento della lingua	diminuire la densità dei cibi
riflesso ritardato	usare boli freddi
ridotta peristalsi faringea	alternare deglutizione di liquidi e di solidi
ridotto innalzamento laringeo	diminuire la densità dei cibi
ridotta chiusura laringea	aumentare la densità dei cibi

SUGGERIMENTI E CONSIGLI PRATICI PER CHI ASSISTE IL PAZIENTE DISFAGICO DURANTE IL PASTO

La disfagia può essere gestita grazie ad alcuni accorgimenti pratici relativi alla posizione durante i pasti:



Il soggetto disfagico deve **mangiare seduto, con la schiena dritta**, gli avambracci ben appoggiati al tavolo (oppure a un altro sostegno) e i piedi ben posizionati a terra.



Se il soggetto non può sedersi a un tavolo (come nei pazienti allettati), è importante **sollevare quanto più possibile il tronco e sorreggere la testa** (anche attraverso l'utilizzo di appositi sostegni).



Se il soggetto viene aiutato a mangiare da **altre persone**, queste dovranno posizionarsi **di fronte a lui** e alla stessa altezza, in modo da fargli assumere posizioni del capo tali da favorire la deglutizione.



Può essere utile, durante la deglutizione, **far rientrare il mento** avvicinandolo quanto più possibile al collo, senza piegare il capo in basso, in modo da evitare che cibi e liquidi ingeriti entrino nella trachea.



Inoltre, può essere utile far provare a far deglutire il soggetto facendogli assumere **diverse posizioni del capo** (ad esempio in avanti, flesso lateralmente o ruotato di lato) per aiutare la discesa del cibo.

SUGGERIMENTI E CONSIGLI PRATICI PER CHI ASSISTE IL PAZIENTE DISFAGICO DURANTE IL PASTO

Salvo diverse indicazioni da parte del personale sanitario esperto nella gestione della disfagia

1. La posizione migliore per alimentarsi è quella seduta dritta con un comodo sostegno per gli avambracci e i piedi appoggiati a terra.
2. Se tale posizione non può essere assunta, è necessario posizionare il paziente a letto, il tronco deve essere alzato il più possibile, anche utilizzando più di un cuscino da mettere come appoggio alla schiena.
3. L'ambiente ove viene consumato il pasto deve essere tranquillo, silenzioso e ben illuminato.
4. mangiare lentamente, rispettando per ogni singolo boccone il volume consigliato e non introdurre un secondo se quello precedente non è stato completamente deglutito (attenzione ai residui di cibo che permangono in bocca).
5. Non far durare il pasto più di 45 minuti per evitare stanchezza e distraibilità che aumentano i rischi d'inalazione (controllare lo stato d'attenzione ed eventualmente decidere di sospendere il pasto ai primi segni di stanchezza)
6. Ogni tanto far eseguire colpi di tosse per controllare la presenza di cibo in faringe.
7. Elemento comune a tutte le posture è evitare che, durante la somministrazione dell'alimento, il paziente cambi posizione alzando, ad esempio, la testa verso l'alto. Per evitare che ciò accada è importante, oltre ad opportuni input verbali, una giusta modalità nell'imboccare.
8. Il paziente non deve parlare durante il pasto, né guardare la televisione, né essere distratto in alcun modo.
9. I farmaci, se devono essere somministrati per os, vanno prima polverizzati e poi aggiunti ad una piccola quantità di frutta frullata al fine di creare un composto omogeneo e facilmente deglutibile.
10. Per almeno 15 minuti dopo il pasto il paziente deve rimanere seduto e successivamente è indispensabile provvedere all'igiene orale, per prevenire tra l'altro l'aspirazione di particelle di cibo che possono rimanere in bocca.
11. Non utilizzare MAI liquidi per mandare giù il cibo se il paziente non ha dimostrato un'adeguata protezione delle vie respiratorie.
12. La somministrazione dei liquidi, quando è consentita, deve avvenire anche con l'ausilio del cucchiaino (per dosarne meglio la quantità), ma deve necessariamente essere preceduta dalla rimozione di eventuali residui alimentari dalla bocca.

Trattamento riabilitativo precoce della deglutizione nei pazienti con ictus e disfagia

Raccomandazione 10.h Forte a favore

La nutrizione enterale è indicata fin dall'inizio nei pazienti con grave stato di malnutrizione al ricovero e/o con alterato livello di coscienza sottoposti a ventilazione meccanica e/o i pazienti a rischio di disfagia protratta.

Raccomandazione 10.i Forte a favore

Il trattamento di nutrizione enterale deve essere iniziato precocemente e comunque non oltre 5-7 giorni nei pazienti normonutriti e non oltre le 24-72 ore nei pazienti malnutriti.

Trattamento riabilitativo precoce della deglutizione nei pazienti con ictus e disfagia

Raccomandazione 10.l GPP

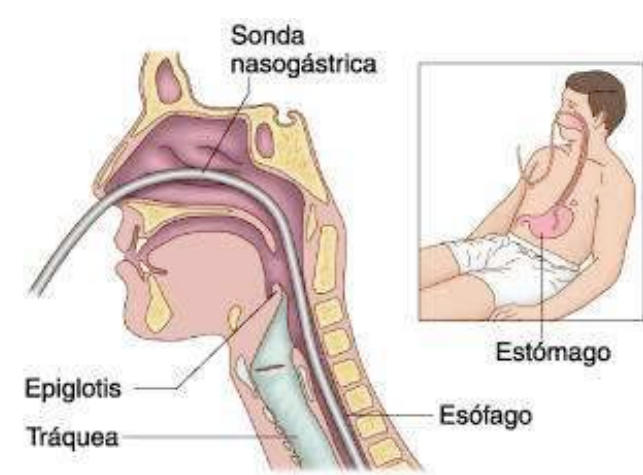
In presenza di disfagia severa è indicata la nutrizione artificiale attraverso un sondino naso gastrico nelle prime 2-3 settimane dall'evento. Il posizionamento di gastrostomia percutanea endoscopica (PEG) è indicato per quei pazienti che presentano una disfagia severa post ictus che non si preveda possa risolversi entro le successive 4-6 settimane.

Raccomandazione 10.m Forte a favore

Nei pazienti con ictus sottoposti a ventilazione meccanica è indicato l'uso della PEG fin dalla fase iniziale.

Raccomandazione 10.n GPP

La nutrizione parenterale è indicata esclusivamente laddove la via enterale non sia realizzabile o sia controindicata o quale supplementazione alla nutrizione enterale qualora quest'ultima non consenta di ottenere un'adeguata somministrazione di liquidi e di nutrienti.



Sondino naso-gastrico SNG

Somministrazione della nutrizione enterale:

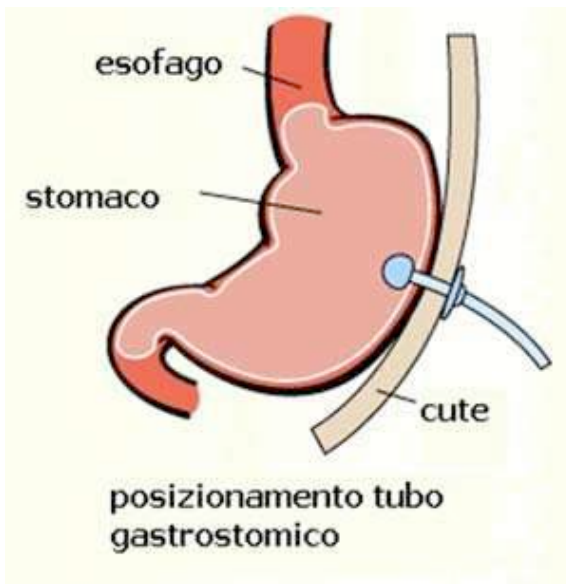
- posizione del tronco inclinata di 30°
- valutazione periodica del ristagno gastrico (< 150-200 ml)

Vantaggi

- supporto nutrizionale a breve termine
- poco costoso
- di facile posizionamento

Svantaggi :

- rischio di posizionamento nell'albero bronchiale
- negli anziani frequenti auto-estubazioni e rischio di aspirazione polmonare
- complicanze locali (es. lesioni da decubito), gastriche e polmonari



Gastrostomia percutanea endoscopica (PEG)

Vantaggi:

- modalità di nutrizione sicura, efficace, affidabile
- discretamente tollerata di pazienti
- autorimozione difficoltosa

Svantaggi :

- tecnica invasiva
- costosa
- modalità non fisiologica di alimentazione
- numerose controindicazioni (obesità, ascite, sepsi, coagulopatie, ulcera gastrica)
- dislocazione nel cavo peritoneale, emorragia gastrica , infezione dello stoma
- scomoda durante la riabilitazione

Rischi di una scorretta somministrazione dell'alimentazione

- Il rischio maggiore è il passaggio di cibo nelle vie aeree. Quand'esso si manifesta con senso di soffocamento, tosse insistente e comparsa di colorito rosso o cianotico, il fenomeno è francamente chiaro a chi sta somministrando il cibo.
- più difficile rilevare i segni di un passaggio di piccole quantità di alimento nei bronchi, in quanto spesso può non essere avvertito dallo stesso paziente.

Devono indurre in sospetto :

- comparsa costante di alcuni colpi di tosse involontaria, subito dopo o comunque entro 2-3 minuti dalla deglutizione del boccone;
- comparsa di velatura nella voce o di raucedine dopo la deglutizione di un boccone;
- fuoriuscita di liquido o cibo dal naso;
- presenza di febbre, anche non elevata (37,5-38 °C), senza cause evidenti; la febbre può essere infatti un segno di infiammazione od irritazione dovuta ad alimenti passati nelle vie aeree.

il passaggio di alimenti nell'apparato respiratorio anche in piccole quantità ma con episodi ripetuti nel tempo può dar luogo a polmonite, che inizia come un'infiammazione ma può evolvere, specialmente se la penetrazione di sostanze alimentari nei bronchi persiste, verso una forma infettiva più grave.

ACCORGIMENTI PER IL PAZIENTE CON DEMENZA E ALZHEIMER

Una percentuale elevata di pazienti con Alzheimer sviluppa incapacità ad alimentarsi, quasi sempre a causa della disfagia.

tenere sotto controllo **l'andamento del peso** e, in caso di consistente calo ponderale, rivolgersi a uno specialista per valutare un'eventuale **alimentazione artificiale**.

- curare la consistenza dei cibi ed evitare di somministrare cibi solidi o liquidi;
- utilizzare addensanti per permettere al paziente di consumare i liquidi;
- valutare la necessità di integrazioni alimentari.

ACCORGIMENTI PER IL PAZIENTE CON PARKINSON

La disfagia si presenta in circa la metà dei malati di Parkinson.

oltre alla disfagia anche poco interesse per il cibo dovuto a una progressiva **perdita del gusto e dell'olfatto**.

Inoltre, inevitabile **rallentamento dei movimenti** del tratto gastro-esofageo.

- curare la consistenza dei cibi;
- consumare i pasti in un ambiente comodo e confortevole;
- suddividere l'alimentazione in più pasti poco abbondanti (3 pasti principali e due spuntini);
- porre attenzione a consumare piccoli bocconi;
- porre attenzione a un eventuale calo ponderale indesiderato;
- valutare un'adequata integrazione alimentare.

ACCORGIMENTI PER IL PAZIENTE CON MALATTIE ONCOLOGICHE

la disfagia potrebbe essere dovuta oltre che alla malattia stessa, all'utilizzo di determinati **farmaci** o come conseguenza di **interventi chirurgici** o di **infezioni**.

riferire allo specialista oncologo i sintomi, affinché possa programmare eventuali modifiche della terapia.

- fare attenzione alla consistenza dei cibi, da modificare in caso di disfagia;
- utilizzare alcune spezie per rendere i cibi maggiormente appetibili;
- ricorre a integrazioni alimentari, laddove il paziente lamenti scarso appetito.



Cos'è la disfagia?

Un disturbo della deglutizione, ovvero di quel processo che porta il cibo e i liquidi dalla bocca allo stomaco



Quali sono le sue cause?

Patologie neurologiche (Alzheimer), oncologiche, anzianità, indebolimento muscolare ed anche reflusso



I sintomi

Soffocamento, colorito cianotico, fuoriuscita di liquidi da naso e bocca



Come gestirla: le posizioni durante i pasti

Seduti con sostegni agli avambracci, piedi a terra, collo flessibile per permettere movimenti di aiuto alla deglutizione



Come gestirla: consistenza dei cibi

Consistenza morbida e omogenea, da ricreare anche con prodotti specifici per l'aiuto al disfagico.



Come gestirla: altri accorgimenti

Mangiare bocconi piccoli. Evitare alimenti solidi, a doppia consistenza, filacciosi ed anche alcolici.