



CENTRO
NEUROLESI
**BONINO
PULEJO**
IRCCS MESSINA

LA DISFAGIA

Consigli per familiari e caregiver

di nicolò edizioni

1



I QUADERNI DEL BONINO PULEJO

COLLANA

curata da
Placido Bramanti e Angelo Aliquò

1

1. DISFAGIA

Stefania Iorio - Bernardo Alagna - Placido Bramanti

Progetto grafico:

DRTADV

Copyright

© di nicolò edizioni e IRCCS Bonino Pulejo

La stampa e la rilegatura sono state eseguite presso
di nicolò edizioni
polo artigianale Larderìa - capannone, 1
98129 - Messina

Nessuna parte di questo libro può essere riprodotta o trasmessa in qualsiasi forma
o con qualsiasi mezzo elettronico, meccanico o altro senza l'autorizzazione
dell'autore e citarne la fonte.

ISBN: 9788897855828

INDICE

INTRODUZIONE	5
PRESENTAZIONE	7
PREFAZIONE	9
CHE COS' È LA DISFAGIA	11
IL CAREGIVER	13
CONSIGLI PER IL CAREGIVER	14
LA CANNULA TRACHEALE E IL SUO RUOLO	18
SUGGERIMENTI E CONSIGLI PRATICI	21
LE POSTURE DI COMPENSO	24
SCELTA DELLE CONSISTENZE ALIMENTARI	25

Gentile Signore/ra

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

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

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

INTRODUZIONE

La gestione della disfagia riveste un ruolo basilare in ambito riabilitativo, sia per la sua complessità che per la sua frequenza (41,6 % nei traumi cranici e 45 % nei pazienti vascolari) (Schindler O. et al. , 2001), che per gli alti costi e rischi che comporta.

L'IRCCS è un Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico non trasformato in Fondazione, dotato di personalità giuridica di Diritto Pubblico e riconosciuto con D.M.del 4 marzo 2006 e riconfermato con D.M. dell'8 marzo 2011.

L'Istituto, Ente di Ricerca Sanitaria, ha la propria Mission nel campo delle "neuroscienze" nell'ambito della prevenzione, del recupero e del trattamento delle gravi neurolesioni acquisite, i cui fini vengono perseguiti attraverso la sinergia tra attività di Ricerca, Assistenza sanitaria di alta specialità, innovazione tecnologica e alta formazione.

Da tale approccio metodologico integrato e costantemente aggiornato e nell'intento di offrire a tutte le persone con disfagia un valido strumento di informazione, l'IRCCS Centro Neurolesi Bonino Pulejo di Messina ha promosso l'ideazione di questo quaderno.

Il “quaderno della disfagia” è rivolto a chi si avvicina per la prima volta ad una sintomatologia vasta e complessa, come la disfagia, nelle gravi cerebrolezioni acquisite e non è da intendersi quale manuale di neurologia, fisiatria, logopedia o fisioterapia, bensì quale strumento volto a fornire al paziente ed ai suoi familiari le informazioni utili per poter intervenire in fase precoce e / o meglio gestire la disfagia. Il quaderno pertanto è uno strumento formativo ed informativo sulle tecniche e sui diversi trattamenti volti a preservare la funzionalità deglutitoria, contenente semplici ma basilari raccomandazioni da applicarsi ai gesti quotidiani. In questo modo, il paziente è sempre il “protagonista” informato del suo iter riabilitativo.

A tale scopo si è pertanto cercato di sintetizzare l’esperienza del team multidisciplinare dell’IRCCS Centro Neurolesi “Bonino-Pulejo” di Messina.

In conclusione, questo quaderno è stato scritto non solo come una check list delle criticità inerenti la disfagia, bensì come guida volta a proporre qualche soluzione efficace nel tempo, sia per il paziente che per il “care-giver”, perchè

“Non esiste vento favorevole per il marinaio che non sa dove andare “
(Lucio Anneo Seneca)

Prof. Placido Bramanti
Direttore Scientifico

PRESENTAZIONE

La disfagia è definita come una persistente alterazione della deglutizione, con difficoltà nel passaggio di alimenti solidi e/o liquidi dalla cavità orale allo stomaco che si concretizza con una difficoltà o addirittura un'impossibilità di attuare un'alimentazione orale che sia al tempo stesso autonoma e sicura.

I disordini neurologici possono frequentemente determinare disfagia oro-faringea, alterando la funzione motoria e/o la sensibilità.

L'ictus cerebrale è la causa più frequente di disfagia nell'anziano, con prognosi buona quando interessa le aree corticali, ed infausta quando colpisce il tronco dell'encefalo (dove sono localizzati centri della deglutizione).

Anche le patologie neurodegenerative (Alzheimer e Parkinson) possono causare disfagia, interessando i movimenti della lingua, del faringe o dell'esofago superiore.

Tra le complicanze della disfagia, le polmoniti ab-ingestis e la malnutrizione sono quelle che mettono più a rischio la vita del paziente. Per tale motivo un approccio multidisciplinare che vede la collaborazione di neurologi, riabilitatori, logopedisti e, non in ultimo, del caregiver è fondamentale per la gestione di questo sintomo.

L'idea di scrivere un quaderno sulla disfagia nasce dalla necessità di offrire ai familiari ed al paziente informazioni utili ad affrontare le problematiche quotidiane legate all'alimentazione, funzione fondamentale sia ai fini biologici che psicosociali.

L'uomo mangia, l'animale si nutre..." lo scriveva più o meno due secoli fa Jean Anthelme Brillat Savarin, un uomo politico e letterato francese. Gli animali, infatti, mangiano solo ciò di cui hanno bisogno per nutrirsi, né di più, né di meno; l'essere umano invece riesce a mangiare anche quando non ha fame, perché per noi il cibo non è solo nutrimento, ma è PIACERE! Piacere che condividiamo spesso con i familiari, gli amici... con altri essere umani; piacere che favorisce la socializzazione e fa parte integrante della qualità della vita.

Rocco Salvatore Calabrò
Neurologo

PREFAZIONE

Caro lettore, ci sono cose, azioni o gesti, che vengono considerate scontate, necessarie e ovvie: a cui non viene dato il giusto valore fin quando non vengono a mancare.

La deglutizione è, infatti, un atto spontaneo, che caratterizza la vita quotidiana di ogni persona, basti pensare che nell'arco delle 24 ore della nostra giornata si deglutisce mediamente circa 1500 volte.

Mangiare è un piacere, che oltre a soddisfare i nostri fabbisogni nutrizionali, ha dei risvolti psico-sociali.

Quando però, si verifica un evento che sembra lontano ed impensabile, ma in realtà verosimilmente comune a chiunque, quale ad esempio un ictus ischemico o emorragico, un trauma cranico anche da banale caduta o un qualsiasi evento traumatico che possa modificare le nostre più comuni abitudini, ci rendiamo conto che ciò che sembra banale e scontato in realtà non lo è, pertanto ne cogliamo la vera importanza.

Se Lei è capitato tra le mani il QUADERNO che L'IRRCs CENTRO NEUROLESi vuole offrirvi, è perché Lei, un Suo familiare o un conoscente è probabilmente affetto da un disturbo della deglutizione (**disfagia**) che comporta incapacità di mandare il cibo nello stomaco attraverso la via corretta (**esofago**): in questa circostanza, il cibo masticato può deviare nella trachea e nei bronchi con grave pericolo di polmonite da ingestione e soffocamento anche mortale.

Ecco perché la preghiamo di seguire con meticolosità le istruzioni che Le verranno illustrate nelle pagine seguenti.

Tale lavoro nasce dall'esperienza maturata negli anni a stretto contatto con pazienti con problematiche deglutitorie di diversa eziologia, in sinergia con tutto il personale riabilitativo, infermieristico e assistenziale guidato ogni giorno dai nostri medici responsabili del reparto B, con l'obiettivo comune e fondamentale di far riassaporare odori, sapori e il piacere dello stare a tavola insieme ai propri cari, quindi non resta che augurarvi buona lettura.

“In fin dei conti, non temete i momenti difficili. Il meglio scaturisce da lì”.

(Rita Levi Montalcini)

Dott.ssa Stefania Iorio
Logopedista



Con il termine disfagia si indica un disturbo della deglutizione, osservabile sia in soggetti con patologie neurologiche che muscolari, che si manifesta comunemente nel 30-45% dei pazienti colpiti con esiti neurologici.

In riabilitazione neurologica, la disfagia rappresenta una condizione di frequente riscontro che, oltre ad indurre malnutrizione, può essere responsabile sia di aspirazione silente, con rischio elevato di insorgenza di polmoniti da aspirazione, che di morte improvvisa per soffocamento. Il presente quaderno, intende quindi rappresentare uno strumento in grado di fornire a voi familiari e al caregiver elementi conoscitivi utili per un'assistenza ottimale del paziente disfagico.

La **Deglutizione** viene definita come l'attività di convogliare dall'esterno allo stomaco sostanze solide, liquide, gassose o miste.

Un atto fisiologico articolato che consente la progressione del bolo alimentare dalla cavità orale allo stomaco.

È una funzione essenziale molto complessa che necessita della coordinazione della muscolatura orofaringea, laringea ed esofagea e se alterata, può portare a gravi conseguenze quali disidratazione e denutrizione.

Facendo una breve statistica abbiamo riscontrato che i deficit 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 lungo degenza.

In questo Quaderno Verranno forniti suggerimenti circa le manovre da effettuare o da evitare nonché consigli sugli alimenti somministrabili e su quelli “vietati”, al fine di facilitare l'assistenza al paziente disfagico da parte del caregiver, del familiare o della persona alle cui cure è affidato.

Con il termine inglese caregiver si intende “persona che si prende cura”.

Per i pazienti sono un sostegno indispensabile, i medici contano su di loro e le istituzioni non potrebbero farne a meno. Si tratta di familiari o amici che, senza avere particolari conoscenze mediche o infermieristiche, si prendono cura di un paziente per tutta la durata della malattia.

COSA FA?

Il **caregiver** di un malato può avere compiti diversi a seconda delle condizioni generali: accompagna il paziente alle visite, parla con i medici, si occupa delle formalità burocratiche, dell'alimentazione (come nel nostro caso), delle terapie e dell'igiene personale, ma soprattutto cerca di sostenerlo negli inevitabili momenti di paura o sconforto.

Nei momenti più critici questi compiti possono occupare anche tutta la giornata, con un notevole dispendio di energie fisiche e mentali e un completo stravolgimento di tutti gli ambiti della vita (lavorativa, familiare e sociale).

Il nostro interesse della ricerca medica nei confronti del caregiver nasce proprio dalla constatazione sempre più evidente che, a dispetto della dedizione, spesso queste persone soffrono quanto il malato stesso.

A tal proposito abbiamo pensato di darvi dei buoni consigli.

- Siate determinati e mantenete un atteggiamento positivo.
- State attenti a non fare mai commenti negativi di fronte al vostro familiare, egli potrebbe non essere in grado di parlare, ma potrebbe capire.
- Ove possibile, rendete piacevole l'ambiente ospedaliero.
- Ringraziate coloro che lo meritano.
- Abbiate fiducia in voi stessi e non siate imbarazzati nel lottare per ciò che credete sia giusto. La famiglia ha un ruolo importante nel sostenere emotivamente il proprio parente affinché lui/lei trovi il coraggio di impegnarsi nel processo riabilitativo.

“Non dovrebbe stupire più di tanto, se si considera che i caregiver si trovano in una situazione in cui ogni giorno devono confrontarsi con la sofferenza di una persona amata e sostenere un carico di lavoro fisico aggiuntivo, con in più la sensazione di non avere potere decisionale”.

Inoltre l'attenzione di tutti, come è giusto che sia, si concentra sul paziente e le decisioni, quando non sono prese direttamente da lui, sono comunque nel suo interesse.



Il caregiver può quindi sentirsi ‘intrappolato’ anche quando l’amore con cui continua a sostenere il suo ruolo è autentico. Si tratta di una situazione altamente stressante che può minare in modo serio il fisico e la mente di chi presta assistenza”.

Grazie alla ricerca, la sopravvivenza dei malati è aumentata, mentre si sono notevolmente ridotti i tempi di degenza in ospedale perché molte cure possono essere effettuate a casa anche dai familiari con un minimo di istruzioni.

Medici, familiari e pazienti sono infatti concordi nel ritenere che per il paziente è meglio continuare a vivere nel proprio ambiente.

Non sarebbe però possibile se non ci fosse qualcuno per assisterlo ventiquattro ore su ventiquattro.

Le istituzioni non riuscirebbero a garantire una simile assistenza per tutti i malati né i medici e paramedici potrebbero seguire in modo costante a domicilio ciascuno dei loro pazienti.

Il dopo-malattia può essere fonte di sofferenza anche per tutti i cambiamenti positivi che comporta.

DI COSA HA BISOGNO IL CAREGIVER

In cima alle preoccupazioni, per chi presta assistenza a un malato, c'è la paura 'di non fare abbastanza' o di non fare le cose nel modo più giusto. Il caregiver vuole sapere se sta facendo le cose nel modo corretto, ma il paziente non può dare un giudizio tecnico e spesso non è nemmeno nelle condizioni per assicurare o ringraziare chi si occupando di lui".

La miglior soluzione a questo problema è l'informazione: **i medici e il personale paramedico non dovrebbero stancarsi mai di fornire ai familiari e ai pazienti le informazioni sulla malattia**, le cure e le istruzioni per una corretta assistenza domiciliare.

"Non è comunque facile per il medico accorgersi della situazione dei parenti"

Il caregiver, in genere tende a nascondere i propri sentimenti e le proprie sofferenze fisiche o psicologiche per non turbare il malato o gli altri familiari, a volte persino per il timore di delegare ad altri non ritenuti all'altezza del compito; può sembrare presuntuoso, ma accade quando una persona si identifica fino ad annullarsi completamente nel suo compito di assistenza.

La soluzione ottimale è quella della **partecipazione attiva del caregiver** al processo di recupero, e quindi inserito come figura attiva nel team multidisciplinare che si occupa del paziente.

CASA È CAMBIATO?

Il fatto che il vostro familiare non sia più ricoverato, non significa che abbia recuperato completamente o che stia del tutto bene.

Anche il caregiver hanno un limite!

"Siate consapevoli del fatto che potete indebolirvi anche voi"

"Siete stati colpiti da uno shock e avete agito sotto l'impulso della vostra adrenalina magari trascurando voi stessi e fate fatica ad accorgervi che è il vostro benessere mentale e quotidiano è eroso dalla situazione"

È importante che voi riformiate costantemente le vostre risorse.

Voi siete la cosa più importante per il vostro familiare di cui vi prendete cura.

Se le fondamenta crollano, l'intero palazzo crollerà giù.

Prendetevi il tempo di aggiustare le piccole crepe prima che diventino un problema più grande.

“ Non è egoismo prendersi cura di se stessi”.

LA CANNULA TRACHEALE E IL SUO RUOLO

In molti pazienti viene posizionata, a livello della gola con un piccolo intervento chirurgico, la cannula tracheale che serve per aiutarli a respirare; metodica che consente di mantenere libere le vie aeree del malato in casi in cui è necessaria un'assistenza respiratoria, come per i pazienti provenienti da reparti di rianimazione.

Nella **fase di riabilitazione** la cannula tracheale permette il recupero di una buona ventilazione spontanea e rappresenta una via di fuga importante per eventuali episodi di passaggio di cibo nelle vie respiratorie, per inadeguatezza del riflesso della deglutizione, durante i tentativi di ripristino dell'alimentazione orale.

Le cannule tracheali si differenziano tra di loro per il materiale con cui vengono costruite, sarà però utile per il **cargiver** conoscere le caratteristiche.

Sarà invece frequente che, nel corso del trattamento riabilitativo, il caregiver senta parlare dell'utilizzo dei componenti e accessori delle cannule tracheali elencati di seguito:

la flangia: è la placca esterna della cannula tracheale, utilizzata per la suo fissaggio al collo;

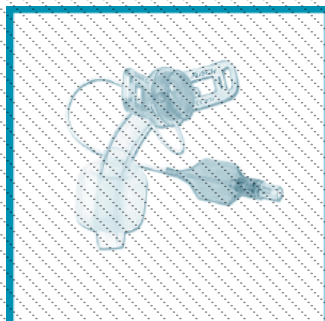
la contro cannula: è una seconda cannula, facilmente estraibile e riposizionabile, inserita nella cannula tracheale, che serve ad impedire l'ostruzione da secrezioni dense e abbondanti;

i tappi o valvola fonatoria (rossi): vengono utilizzati per chiudere il passaggio all'aria che fuoriesce dalla cannula, e sono quindi utilissimi nella fase in cui viene valutata l'autonomia respiratoria del paziente;

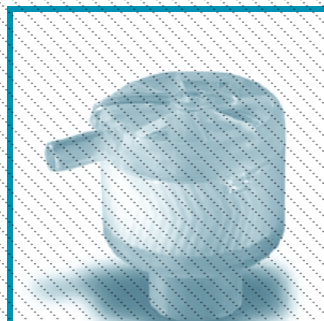
i nasi artificiali (comunemente chiamati filtri): sono condensatori di umidità che hanno la funzione di trattenere l'umidità dell'aria espirata per poi cederla durante la successiva inspirazione;

la cuffia (non presente in tutte le cannule e posizionata alla base della cannula stessa, quindi invisibile esternamente): è un palloncino gonfiabile con aria immessa con una siringa tramite un raccordo esterno.

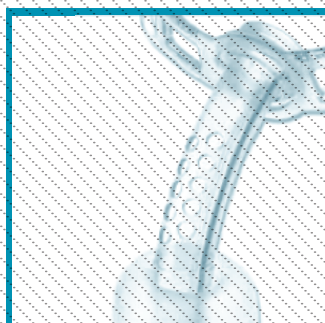
Serve per garantire la corretta ventilazione ed evitare passaggi di sostanze varie nelle vie aeree.



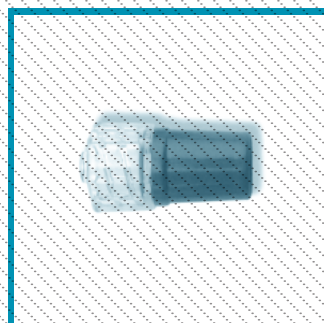
cannula tracheale rusch



nasino artificiale



cuffia



tappo artificiale

Salvo diverse indicazioni da parte del personale sanitario esperto nella gestione della disfagia, si suggeriscono le seguenti modalità di somministrazione di alimenti e farmaci, nonché di assistenza al paziente disfagico durante il pasto:

Il paziente, prima di iniziare a mangiare, deve essere correttamente posizionato. La posizione migliore per alimentarsi è certamente quella seduta. Il paziente (eccetto il caso di uno specifico posizionamento suggerito dal personale sanitario esperto nella gestione della disfagia) deve essere seduto dritto, con un comodo sostegno per gli avambracci e i piedi appoggiati a terra.

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.

L'ambiente ove viene consumato il pasto deve essere tranquillo, silenzioso e ben illuminato, 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).

Il pasto non può, però, **durare in media più di 45 minuti**, altrimenti di conseguenza la stanchezza e la distraibilità del paziente aumenterebbero i rischi d'inalazione.



Il compito del **cargiver** che assiste il paziente durante il pasto, sarà anche quello di controllare lo stato d'attenzione ed eventualmente decidere di sospendere il pasto ai primi segni di stanchezza.

Ogni tanto fate eseguire dei colpi di tosse per controllare la presenza di cibo in faringe.

- **Il paziente non deve parlare durante il pasto,** né guardare la televisione, né essere distratto in alcun modo.

- **I farmaci**, se devono essere somministrati per os (bocca), vanno prima polverizzati e poi aggiunti ad una piccola quantità di frutta frullata al fine di creare un composto omogeneo e facilmente deglutibile.

• **Per almeno 15 minuti** dopo il pasto il paziente deve rimanere seduto e successivamente è indispensabile provvedere all'igiene orale, per prevenire l'aspirazione di particelle di cibo che possono rimanere in bocca, a tal proposito può essere una garza sterile o uno spazzolino per bambini a setole morbide, imbevuti con piccole quantità di bicarbonato di sodio. **Non utilizzare MAI liquidi** per mandare giù il cibo se il paziente non ha dimostrato un'adeguata gestione dei liquidi consentita, ma se così non fosse deve avvenire con l'ausilio del cucchiaino (per dosarne meglio la quantità), ma deve necessariamente essere preceduta dalla rimozione di eventuali residui alimentari.

Il passaggio da un livello di dieta consigliato dal personale specializzato a quello successivo, va effettuato in seguito ad una rivalutazione della funzionalità deglutitoria e della capacità di preparazione del bolo. Il LOGOPEDISTA dopo attenta osservazione durante il pasto in collaborazione con il dietista saranno in grado di modificare e rivedere il regime dietetico, personalizzando la dieta per ogni singolo caso.

Le **posture di compenso** sono le posizioni che il paziente deve assumere per facilitare la deglutizione, renderla più efficace ed evitare così che il cibo entri nelle vie aeree. Tra le diverse posture a cui si può ricorrere, vengono elencate di seguito le più comuni:

CAPO FLESSO IN AVANTI

mantenendo il tronco eretto e fermo, portare il mento verso lo sterno e compiere l'intero atto deglutitorio in questa posizione. (figura 1)

CAPO FLESSO LATERALMENTE

mantenendo il tronco eretto e fermo, piegare la testa lateralmente portando l'orecchio verso la spalla omolaterale e compiere l'intero atto deglutitorio in questa posizione. (figura 2)

CAPO RUOTATO LATERALMENTE

mantenendo il tronco eretto e fermo, ruotare la testa verso un lato e compiere l'intero atto deglutitorio in questa posizione. (figura 3)

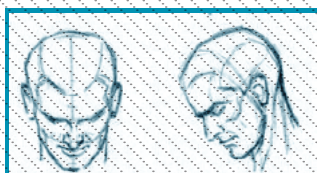


FIGURA 1

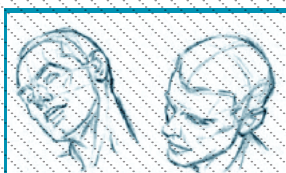


FIGURA 2



FIGURA 3

È importante ricordare che la scelta della postura più idonea è effettuata dal personale, che nel caso della seconda e terza postura, specificherà anche il lato corretto, verso cui posizionare il capo valutando la lesione del paziente.

Durante la fase dello svezzamento alimentare del paziente con problemi di deglutizione, è necessario provvedere alla scelta degli alimenti da somministrare.

CONSISTENZA DEI CIBI

Liquidi: 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), succhi di frutta, yogurt “da bere”, sciroppi, brodi vegetali.

Semiliquidi: gelati, creme, passati di verdure, frullati omogeneizzati di frutta. Per questi alimenti è sufficiente una modesta preparazione orale in quanto non necessitano di masticazione.

Semisolidi: passati e frullati densi, omogeneizzati di carne e pesce, purè, uova strapazzate, formaggi morbidi e cremosi, budini. Alimenti che necessitano di una preparazione orale più impegnativa della categoria precedente.

Solidi: pasta ben cotta, uova sode, pesce (attentamente pulito dalle lisce), verdure cotte non filacciose, frutta, pane, biscotti, ecc., che necessitano di un'accurata, attenta e prolungata preparazione orale, accompagnata poi da una masticazione efficace.

L'alimento più difficile da gestire, e di conseguenza il meno utilizzato, è quello liquido, mentre i cibi solidi, se riescono a diventare un traguardo raggiungibile dopo la riabilitazione della disfagia, devono essere comunque morbidi, omogenei (cioè composti da particelle della stessa consistenza) e compatti (non devono cioè frammentarsi o sbriciolarsi come crackers, grissini, ecc).

In ogni caso, basterà seguire attentamente le indicazioni che il personale sanitario esperto nella gestione della disfagia vi fornirà durante la riabilitazione deglutitoria.

Molto importanti in queste fasi sono la temperatura del cibo, indispensabile per evitare che abbiano una temperatura troppo vicina a quella corporea (36/37°C). Sono da preferire quindi temperature più alte o più basse.

Il sapore è utile ad offrire cibi di sapore forte e definito, come il dolce, l'aspro, ecc. per stimolare maggiormente la sensibilità orale del paziente, ma sempre nel rispetto delle sue preferenze alimentari e in funzione di una costante motivazione dello stesso.

L'appetibilità e 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.

MODIFICHE DI CONSISTENZA

Modificare la consistenza dei cibi nasce dalla necessità di consentire al paziente disfagico, che riesce ad alimentarsi per OS (bocca) con una dieta a consistenza semi-solida e semi-liquida, di “mangiare” tutti quegli alimenti che altrimenti sarebbero proibiti.

L'esempio più comune è rappresentato dai liquidi: molti pazienti infatti riescono, ad assumere per bocca piccole quantità d'acqua che però non sono assolutamente sufficienti a fornire l'apporto idrico (acqua) necessario ed evitare il rischio di disidratazione (si raccomanda l'assunzione di una quantità minima d'acqua al giorno di 1,5 litri).

Quando il quadro clinico è migliore o quando il paziente torna a casa, può essere utile ricorrere a modificatori di consistenza, che aumentano la consistenza dei liquidi, conservandone però le proprietà nutrizionali.

Gli Addensanti sono rappresentati da gelatine, acqua gelificata e dal più comune addensante una farina istantanea che, miscelata con il liquido, permette a quest'ultimo di raggiungere una consistenza semi-solida o semi-liquida. Diluenti a cui appartengono il brodo vegetale o di carne 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 burro, l'olio di oliva, la maionese, ecc.

ELEMENTI DA EVITARE

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

In linea generale, tuttavia, si riportano i principali **alimenti da evitare** in quanto particolarmente pericolosi per il rischio di polmonite.

- **pastina in brodo, il minestrone con verdure a pezzi.**
- **alimenti filanti formaggi cotti, mozzarella, gomme da masticare.**
- **caramelle, confetti (di qualsiasi formato e consistenza), riso, fette biscottate, legumi interi (piselli, fagioli, fave, lenticchie), carne filacciosa o asciutta.**
- **Alcolici – Pane – Crackers e grissini – Frutta secca – Frutta fresca (mirtilli, ribes, melagrane, more, lamponi) Gelati con pezzi di nocciole, scaglie di cioccolato, canditi.**



La ripresa del paziente dell'alimentazione per via orale (dalla bocca) costituisce, per il paziente disfagico, un rilevante obiettivo dell'iter riabilitativo, in quanto rappresenta **un importante traguardo per la cura di sé ed ha un considerevole impatto sull'autostima e sulla considerazione delle proprie capacità di recupero** ma, soprattutto all'inizio del trattamento, può rappresentare anche una fonte di ansia (paura di soffocare, paura di far notare la propria difficoltà mangiando in pubblico, ecc.).

Nel momento in cui il **cargiver prende in carico** un paziente disfagico, non va dimenticato che la gestione dietetica per os (bocca), deve garantire il mantenimento di una nutrizione adeguata ai fabbisogni e deve svolgersi in piena sicurezza, al fine di proseguire insieme un percorso alla normalità.

Proprio per questo vogliamo darvi dei suggerimenti su come gestire la loro dieta alimentare anche nell'ambiente domestico una volta rientrati a casa.

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

È importante proporre al paziente disfagico un'ampia varietà di cibi, presentati in maniera appetibile, soprattutto per garantirne l'accettabilità ed evitare l'eventuale riduzione delle quantità di cibo ingerite, con la 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.

Vi proponiamo di seguire queste diete alimentari indicate, per le prime quattro settimane di rientro a casa in base alle indicazioni che vi verranno fornite dal **personale sanitario specializzato**.

TABELLA FASE:DIETA PER LA DISFAGIA DI FASE 1: ALIMENTI FRULLATI E/O OMOGENEIZZATI.						
LUNEDÌ	MARTEDÌ	MERCOLEDÌ	GIOVEDÌ	VENERDÌ	SABATO	DOMENICA
PRANZO						
Pasta con funghi frullata	Cappellini frullati al pomodoro	Pasta frullata allo zafferano	Pasta frullata al pomodoro	Pasta frullata al tonno	Pasta frullata con crema di piselli	Cappellini frullati al pomodoro
Pollo frullato	Sogliola frullata	Carne di maiale frullata	Carne frullata	Cuori di merluzzo al pomodoro frullati	Tacchino frullato	Carne frullata
Purea di patate	Zucchine frullate	Bietola frullata	Verza frullata	Purea di patate	Spinaci frullati	Purea di patate
Frutta fresca frullata	Mela cotta frullata	Frutta fresca frullata	Frutta fresca frullata	Frutta fresca frullata	Mela e pera frullati	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 a vapore frullate	Zucchine frullate	Funghi frullati	Cavolfiore frullato
Frutta fresca frullata	Pera frullata	Frutta fresca frullata	Mele e banane frullate	Frutta fresca frullata	Frutta fresca frullata	Frutta fresca frullata

TABELLA 2: DIETA PER LA DISFAGIA DI FASE 2: PRIMI PIATTI MORBIDI E SECONDI PIATTI FRULLATI.						
LUNEDÌ	MARTEDÌ	MERCOLEDÌ	GIOVEDÌ	VENERDÌ	SABATO	DOMENICA
PRANZO						
Cappellini con crema di funghi	Pasta ben cotta al pomodoro	Cappellini allo zafferano ben cotti	Pasta ben cotta con crema di carciofi	Pasta ben cotta con crema di piselli	Cappellini ben cotti al pomodoro	Pasta ben cotta con crema asparagi.
Tacchino frullato	Mousse di tonno	Carne di maiale frullata	Uova strapazzate frullate	Sogliola frullata	Pollo frullato	Carne frullata
Purea di patate	Zucchine frullate	Purea di patate	Bietola frullata	Purea di verdure	Mousse di peperoni	Cavolfiore frullato
Frutta fresca frullata	Mela cotta frullata	Gelatina di frutta	Banana frullata	Mela frullata	Mela e pera frullati	Gelatina di frutta.
CENA						
Crema di verdure	Semolino	Crema di legumi	Cappellini al burro	Crema di zucca	Vellutata al pomodoro	Vellutata di verdure
Formaggio cremoso	Carne frullata	Robiola.	Robiola	Mousse di prosciutto cotto	Formaggio cremoso	Tacchino frullato
Carote al burro frullate	Cavolfiore frullato	Verdura frullata	Spinaci frullati	Funghi frullati	Purea di patate	Purea di patate
Frutta fresca frullata	Pera frullata	Frutta fresca frullata	Frutta fresca frullata	Frutta fresca frullata	Frutta fresca frullata	Frutta fresca frullata

Esemplificazioni dietetiche settimanali
per paziente disfagico

TABELLA 3: DIETA PER LA DISFAGIA DI FASE 3: PRIMI PIATTI FRULLATI E SECONDI 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 frullata al tonno	Pasta frullata con crema di piselli	Cappellini frullati al pomodoro
Polpette di tacchino al pomodoro	Filetto di sogliola	Polpette di maiale	Carne frullata	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	Banana frullata	Mela	Mela cotta	Frutta cotta
CENA						
Crema di verdure	Semolino	Crema di legumi	Crema di verdure	Semolino	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 frullate	Cavolfiore a vapore	Patate lesse	Carote a vapore	Zucchine	Carote a vapore	Cavolfiore
Mela cotta	Banana	Frutta cotta	Mela e banane frullate	Frutta cotta	Banana	Pera cotta

TABELLA 4: DIETA PER LA DISFAGIA DI FASE 4: PRIMI PIATTI E SECONDI COMUNI.

LUNEDÌ	MARTEDÌ	MERCOLEDÌ	GIOVEDÌ	VENERDÌ	SABATO	DOMENICA
PRANZO						
Pennette con crema di funghi	Pasta ben cotta al tonno	Cappellini ben cotti al pomodoro	Pasta ben cotta al pomodoro	Pasta ben cotta alla marinara	Cappellini ben cotti al pomodoro	Pasta ben cotta crema asparagi
Hamburger di pollo	Filetto di sogliola	Polpette di vitello ai funghi	Filetto di carne	Polpette di tonno	Pollo frullato	Carne frullata
Patate lesse	Zucchine trifolate	Carote al vapore	Zucchine al forno	Patate al forno	Mousse di peperoni	Cavolfiore al vapore
Banana	Pera cotta	Mela	Banana	Mela	Frutta mista cotta	Frutta cotta
CENA						
Farfalle al pomodoro	Pastina asciutta	Crema di verdure	Crema di legumi	Semolino	Vellutata al pomodoro	Crema di fagioli
Prosciutto cotto	Polpette di carne	Frittata di patate al forno	Prosciutto cotto	Formaggio cremoso	Formaggini	Tacchino frullato
Carote al burro	Cavolfiore a vapore	Carote a vapore	Carote a vapore	Zucchine	Carote a vapore	Purea di patate
Mela cotta	Banana	Frutta cotta	Frutta cotta	Frutta cotta	Banana	Frutta fresca frullata

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. At the top, there is a teal-colored header band. The word "APPUNTI" is written vertically in white capital letters along the left edge of this band. The rest of the page is white with thin, light gray horizontal lines spaced evenly apart.

**Pubblicazione realizzata da
IRCCS Centro Neurolesi “Bonino Pulejo”**

IL COMITATO SCIENTIFICO

Prof. Placido Bramanti (Direttore Scientifico dell'IRCCS Centro Neurolesi “Bonino Pulejo”, Giornalista e Pubblicista); Arch. Angelo Aliquò (Direttore Generale dell'IRCCS Centro Neurolesi “Bonino Pulejo”), Dott. Bernardo Alagna (Direttore Sanitario dell'IRCCS Centro Neurolesi “Bonino Pulejo”); Dott. Rocco S. Calabrò (Medico Neurologo e Referente Linea 1 – Neuroriabilitazione – Neurofisiopatologia Clinica e Strumentale); Dott.ssa Silvia Marino (Medico Neurologo e Referente Linea 2 – Neuroscienze Cliniche e Neuroimmagini); Dott.ssa Emanuela Mazzon (Biologa e Referente Linea 3 – Neuroimmunologia, Neurologia Sperimentale, Biologia Molecolare)

Per informazioni

IRCCS Centro Neurolesi “Bonino Pulejo”
Via Palermo, SS. 113 – C.da Casazza
98124 MESSINA
formazione@irccsme.it
www.irccsme.it

La pubblicazione viene distribuita gratuitamente e ne viene vietata la vendita nonché la riproduzione con qualsiasi mezzo.

È consentita la citazione con l'indicazione della fonte.

Istituto
di Ricovero e Cura
a Carattere Scientifico

Istituto di rilievo nazionale
con personalità giuridica
di diritto pubblico

S.S. 113, via Palermo, C.da CASAZZA,
98124 MESSINA



Certificato n. 10271

ISBN 978-8-89785-582-8



9 788897 855828 >