SICILIA
FEDERAZIONE
LOGOPEDISTI
ITALIANI

GUIDA INFORMATIVA SULLA PRESBIFAGIA

A cura di
Elisa Tripo

Presentazione a cura di:

Log. Maria Rosa Paterniti - Presidente Fli-Sicilia

Guida informativa

a cura di: Log. E. Tripo

Presentazione

Cari lettori,

in qualità di Presidente della Federazione Logopedisti Italiani – Regione Sicilia, ho il piacere di introdurre il presente libretto informativo realizzato in occasione della Giornata Europea della Logopedia 2017, che come ogni anno ha lo scopo di informare i cittadini su alcuni temi inerenti i disturbi comunicativo-linguistici di pertinenza logopedica.

Quest'anno il tema affrontato riguarda i disturbi della Deglutizione: la Disfagia, argomento di forte rilievo in ambito sanitario, assistenziale e sociale.

Il presente libretto vuole promuovere la corretta informazione in materia di prevenzione e recupero della disabilità conseguente al disturbo, fornendo indicazioni sia sui principali fattori di rischio e di prevenzione, sia su quelle che sono le fasi di gestione delle patologie in emergenza e nella fase di recupero e riabilitazione.

La semplice modalità di consultazione, nonché l'utilizzo di un linguaggio fruibile sono stati pensati e proposti con l'intenzione di rendere chiaro e comprensibile il presente lavoro, che vede il cittadino, quale principale destinatario, al centro del processo di cura, assistenza e recupero.

Presidente Fli-Sicilia - Maria Rosa Paterniti

Introduzione

"Una delle più importanti competenze che un istituto geriatrico dovrebbe assolvere è quella di rendere l'ALIMENTARSI una ESPERIENZA PIACEVOLE"
(Kajser-Jones 1996)

Per l'uomo il mangiare è un atto intrinseco ed innato che connota il suo legame con la vita da quando il bambino è feto nel ventre materno fino alla morte. Il cibo implicitamente rinvia a concetti quali memoria, accudimento, amore, convivialità, socialità, famiglia. Infatti, l'uomo mangia insieme con altri uomini e il mangiare è connesso a una tavola, luogo primordiale di creazione di amicizia, fraternità, alleanza e società. A tavola non si condivide solo il cibo, ma si scambiano anche parole e discorsi nutrendo così le relazioni, ovvero ciò che dà senso alla vita sostentata dal cibo. Tale concetto è valido in qualunque fase della vita ma soprattutto assume un ruolo determinante nella fase involutiva: **l'anziano durante il momento del pasto afferma la propria IDENTITA' e AUTONOMIA, richiama alla MEMORIA ESPERIENZE PASSATE e guarda al futuro con nuove INTERAZIONI SOCIALI.** Tale visione può sembrare avulsa dalla realtà soprattutto a chi, come me, ha un'esperienza pluriennale nella gestione del paziente geriatrico presso case di cura ed R.S.A.

L'anziano che siamo abituati a conoscere è un **anziano fragile, pluripatologico e, spesso, con demenza** per il quale il pasto sembra assurgere solo al ruolo di puro sostentamento nutrizionale di fatto perdendo ogni valore

edonistico ed, anzi, diventando un vero momento di stress sia per l'anziano che per il caregiver che lo assiste per la presenza di *difficoltà masticatorie, tosse, lentezza nell'assunzione del pasto, rifiuto dell'alimentazione, senso di soffocamento, residui alimentari postdeglutitori* ed altri segni o sintomi riferibili ad un'involuzione della capacità deglutitoria che prende il nome di **Presbifagia**.

Tale condizione può avere gravi ripercussioni sulla salute generale della persona con presbifagia tra le quali la *denutrizione, la disidratazione e varie affezioni respiratorie* che possono compromettere severamente la prognosi del nostro anziano.

In tale contesto obiettivo dell'**intervento logopedico** è quello di riportare il paziente ad una deglutizione funzionale per os (bocca) garantendo quindi una alimentazione efficace, sicura e sufficiente con cibi che siano il più possibile vicini a quelli abitualmente consumati e che, quindi, faccia ritrovare all'anziano il "piacere di mangiare".

Partendo da questi presupposti, nel presente opuscolo varranno fornite informazioni riguardanti la clinica nella presbifagia, i sintomi da attenzionare, i cibi sconsigliati e consigli sulle modalità di somministrazione del pasto, al fine di ridurre al minimo il rischio di aspirazione e ritrovare il piacere della convivialità a tavola.

Buona lettura

Dott.ssa Tripo Elisa
Logopedista

Chi è l'anziano?

L'invecchiamento è un processo fisiologico molto variabile da individuo ad individuo che coinvolge in modo diverso i differenti apparati dell'organismo umano (cardiocircolatorio, urinario, respiratorio, nervoso, artromuscolare).

L'anziano fragile è quell'anziano non ancora malato ma potenzialmente più a rischio di ammalarsi rispetto ai coetanei per ridotte riserve funzionali e minore resistenza allo stress.

Nella valutazione dell'anziano, dobbiamo considerare che **una corretta alimentazione può subire l'interferenza della progressiva involuzione legata al processo di invecchiamento di più sistemi funzionali, in particolare**:

Declino delle funzioni corticali superiori
(memoria, attenzione, pianificazione)

Declino del Sistema senso-percettivo

(ridotta capacità visiva, olfattiva, gustativa ed uditiva)

Modificazioni della sfera motivazionale e della personalità
(depressione, apatia, negazione, demotivazione)

Che cos'è la Presbifagia?

La presbifagia è un processo involutivo fisiologico che colpisce la deglutizione nei soggetti anziani. Distinguiamo:

- **Presbifagia primaria**: con tale termine si definisce la deglutizione nel soggetto anziano sano e rappresenta un naturale decadimento funzionale; è una condizione che pur non essendo francamente patologica mette la persona anziana in una condizione di maggiore rischio di malnutrizione o di affezioni respiratorie quali la polmonite ab ingestis.
- **Presbifagia secondaria**: alterazione della funzionalità deglutitoria clinicamente rilevabile nel soggetto anziano, come elemento isolato o secondaria ad eventi patologici ai quali l'anziano è maggiormente esposto: malattie di origine cerebrovascolare (es ictus) e/o neurodegenerativa (malattia di Parkinson, malattia di Alzheimer, sclerosi multipla e malattie del motoneurone).

La presbifagia interessa ogni anno:

- dal 15 al 50% della popolazione oltre i 60 anni
- dal 40% al 60% della popolazione istituzionalizzata (Smith 2005). Le complicanze respiratorie sono la 5° causa di morte dopo i 65 anni e la 3° dopo gli 85.

Le cause

SARCOPENIA

- ***Perdita di massa muscolare e conseguente debolezza dei muscoli coinvolti nell'atto deglutitorio con riduzione della forza della masticazione, della spinta linguale e del controllo del bolo nel cavo orale***

FARMACI

- ***molti farmaci possono determinare una riduzione della salvazione (xerostomia) e/o reflusso, incoordinazione, riduzione del tono, del controllo muscolare, alterazioni del gusto***

EDENTULIA E ALTERAZIONE DELL'ARTICOLAZIONE TEMPORO-MANDIBOLARE (ATM)

- ***Difficoltà masticatorie***

INCOORDINAZIONE

Alterata coordinazione tra atti respiratori e atti deglutitori ed incoordinazione nella gestione contemporanea di alimenti solidi e liquidi

Caratteristiche della deglutizione dell'anziano (Presbifagia primaria)

Le principali modificazioni della funzionalità deglutitoria dell'anziano determinate dal fisiologico processo di invecchiamento (presbifagia primaria) sono:

- **Aumento della soglia del riflesso della tosse (aspirazione silente)**: la tosse può non manifestarsi seppur in presenza di inalazione/penetrazione (il cibo che è andato "di traverso")
- **Masticazione deficitaria nei soggetti con edentulia** (mancanza dei denti**) totale o parziale e/o con protesi dentaria non adeguata**
- **Riduzione della sensibilità gustativa:** non percepisce correttamente i gusti
- **Salivazione ridotta**
- **Ridotta spinta linguale con conseguente maggiore affaticabilità durante il pasto:** l'anziano effettua ripetuti tentativi deglutitori inefficaci prima di poter deglutire
- **Incoordinazione generalizzata e minore protezione delle vie aeree per ridotta elevazione del complesso ioido-laringe** (chiusura delle vie aeree)
- **Deficit di apertura dello sfintere esofageo superiore** con conseguente aumento del tempo di transito
- **Modificazioni delle abitudini alimentari**: gli anziani preferiscono alimenti più semplici per quanto concerne

la gestione all'interno del cavo orale, più morbidi e più saporiti;

- **Aumento della durata del pasto.**

La gestione logopedica nella presbifagia primaria

La **presbifagia primaria**, come già esplicitato, non rappresenta di per sé un sintomo di patologia ma un'involuzione fisiologica delle competenze deglutitorie motivo per il quale il ruolo del logopedista è limitato ad **interventi preventivi** e al **counseling informativo**. Obiettivi dell'intervento del logopedista, quindi, sono:

- Verificare, negli utenti anziani che si rivolgono a logopedista per altre problematiche non connesse alla deglutizione, la funzionalità della deglutizione sia attraverso domande mirate durante la raccolta dei dati anamnestici sia attraverso test di screening

- **Verificare l'assenza di stili alimentari non corretti** al fine di evitare complicanze legate a malnutrizione e/o disidratazione e se necessario fornire adeguate indicazioni al riguardo

- **Verificare la presenza di eventuali deficit associati**, anche non francamente patologici, che possano interferire su una corretta gestione del pasto dell'anziano

- **Diffondere alla popolazione generale informazioni utili** a riconoscere precocemente i segni della comparsa di disfagia e le indicazioni per poter effettuare una consulenza specialistica in caso di necessità

- **Effettuare attività di counselling informativo specifico** rivolto a tutti coloro che per ragioni professionali si trovano a svolgere attività di cura e assistenza alla persona anziana, in primis OSS, assistenti di case di cura, R.S.A., case di riposo.

Caratteristiche della Presbifagia secondaria

Per **"Presbifagia Secondaria"** intendiamo un'alterazione della funzione deglutitoria in una persona anziana che presenta patologie specifiche in grado di compromettere la funzione deglutitoria, tra le quali ricordiamo:

Malattie ostruttive	- **Flogosi (faringiti, ascessi, Herpes, Candida)** - **Neoplasie** - **Compressioni esterne (spondilosi cervicale)** - **Diverticoli esofagei**
Malattie neurologiche	- **Ictus** - **Demenza** - **Malattia di Parkinson** - SLA - Sindrome di Guillain-Barrè - Neuropatie periferiche - Poliomiosite, dermatomiosite, lupus eritematoso sistemico
Altro	- Radioterapia e chemioterapia - Trauma cranico - Cicatrici cervicali - **farmaci**

Come si manifesta? Sintomi principali

Tosse durante l'atto deglutitorio o l'alimentazione

Senso di soffocamento

Rigurgito nasale

Voce gorgogliante

Scialorrea, ristagno di cibo in bocca o perdita di cibo dalla bocca

Infezioni polmonari (polmonite "ab ingestis");

Malnutrizione o perdita di peso

Disidratazione

Necessità di bere per deglutire gli alimenti solidi

La gestione logopedica nella "Presbifagia secondaria"

In presenza di uno o più sintomi concomitanti tra quelli precedentemente elencati è necessario contattare il logopedista per effettuare una **valutazione logopedica della funzionalità deglutitoria** al fine di poter identificare precocemente eventuali compromissioni della funzionalità deglutitoria ed apportare tempestivamente adeguati correttivi alimentare ed ambientali. La **valutazione clinica** della disfagia deve prevedere:

- **Attenzione alle caratteristiche del cavo orale**: trofia delle strutture, presenza della dentizione o protesi adeguate, forza della muscolatura, sensibilità.
- **Valutazione dello stato di vigilanza, presenza di disturbi cognitivi**
- **Valutazione della funzionalità deglutitoria**
- **Osservazione dell'intero pasto** al fine di valutare:
    - *Postura*
    - *Autonomia nell'alimentazione*
    - *Presenza di affaticamento progressivo*
    - *Quantità di alimento assunto per ogni singolo pasto*
    - *La presenza di segni indiretti di aspirazione nelle vie aeree superiori*

Il Trattamento logopedico

Obiettivo del trattamento logopedico è quello di riportare il paziente ad una deglutizione funzionale per os (bocca) garantendo quindi una alimentazione efficace, sicura e sufficiente con cibi che siano il più possibile vicini a quelli abitualmente consumati e alla portata di chi dovrà prepararli. Il trattamento logopedico è caratterizzato da:

- ***Attività miranti al ripristino della corretta motricità e sensibilità delle strutture orofaringee***
- ***Modificazioni delle consistenze degli alimenti***
- ***Impostazione di posture facilitanti***
- ***Condivisione di precauzioni comportamentali ed ambientali***
- ***Counselling rivolto al caregiver***

La disfagia nelle demenze

La demenza è definita come:

"un decadimento della funzione mnesica**, associato ad almeno un altro **disturbo cognitivo** in assenza di alterazioni dello stato di coscienza. di entità tale da determinare una significativa **limitazione del funzionamento sociale e lavorativo".

Molti studi concordano nel riferire come **la totalità delle persone con demenza in stato avanzato presenti disfagia**, i dati relativi alle fasi iniziali sono scarsi: alcuni autori riferiscono che i **disturbi di deglutizione non solo compaiono fin dalle prime fasi ma potrebbero essere addirittura i primi sintomi a manifestarsi.**

Per quanto concerne nello specifico le difficoltà di alimentazione nella popolazione affetta da demenza è utile distinguere almeno tre diversi aspetti:

1) **Saper preparare i pasti:** i pazienti perdono progressivamente la capacità di pianificare e programmare azioni volte alla preparazione del pasto, dal mancato riconoscimento degli alimenti commestibili, al posizionare la pentola vuota sul fornello, ecc…

2) **Le attività connesse al mangiare e al bere:** alterazione nell'esecuzione dei compiti ed azioni coordinate volte a mangiare il cibo che è stato servito (tagliare il cibi, usare le posate, portare il cibo alla bocca, mescolare, aprire e chiudere le bottiglie, versare i liquidi nel bicchiere, ecc…)
3) **Funzioni di ingestione:** funzioni correlate all'assunzione di solidi e liquidi nell'organismo per via orale (succhiare, mordere, masticare, movimentare il cibo nella bocca, salivazione e deglutizione).

Nelle demenze, prevalentemente in stadio avanzato, si può talvolta osservare una sregolatezza nell'assunzione del cibo, che va dal **privilegiare solo alcuni alimenti** (ad es. dolci), a **rifiutare completamente il cibo** fino ad un**'iperoralità** per cui il paziente si ciba anche di alimenti non completamente edibili o con oggetti. La gestione logopedica della disfagia nella persona affetta da demenza prevede principalmente:

1. ***Counselling***
2. ***Modificazioni delle consistenze consentite***
3. ***Pianificazione degli adattamenti ambientali***

… L'appetito vien mangiando …

Il valore edonistico, **comunicativo e affettivo** del pasto, deve essere garantito, anche in presenza di difficoltà di alimentazione:

- I *caregiver* devono conoscere l' importanza di garantire **pasti appetitosi**, che rispettino i gusti precedenti del paziente ed una certa varietà nelle portate che devono essere **servite in modo invitante.**

Consigli:

1 - Evitiamo di servire "sbobbe" assolutamente poco invitanti, il cui colore spesso è sovrapponibile a quello del piatto. L'aspetto del cibo è ciò che stimola la "fase anticipatoria" (la cosiddetta "acquolina in bocca")… mai come in questo caso vale il celebre detto **"si mangia con gli occhi"** !!!

2 - **Ogni pietanza deve essere presentata in modo separato** evitando di servire un "piatto unico" dove tutti i sapori si mescolano creando confusione di sapori poco appetibili.

3 - Uno studio promosso dall'Università di Boston, inoltre, ha dimostrato che i malati di Alzheimer che mangiano da piatti di colore rosso consumano il 25% di cibo in più rispetto a quelli che mangiano da piatti bianchi.

- La salvaguardia del **criterio di scelta** e quindi di **autodeterminazione** costituisce per l'anziano un importante incentivo ad alimentarsi.
- Al fine di stimolare l'appetito dell'anziano **si può consigliare di farlo partecipare alla preparazione dei cibi** consentendogli di stare in cucina, in modo da garantire una stimolazione visiva e olfattiva da parte degli alimenti che si stanno cucinando, anche mediante profumi e aromi che vengono emanati durante la cottura dagli stessi.
- **L'ambiente in cui l'anziano si alimenta deve essere tranquillo e ordinato** per evitare distrazioni che lo potrebbero distogliere da ciò che sta facendo.
- **Mantenere le abitudini del soggetto** (orario di pranzo e cena, ambiente, modalità del pasto e tipo di cibo).
- **Dare alla persona il tempo di cui ha bisogno per completare il pasto senza pressarlo o mettergli fretta**.
  Quando il caregiver è sottopressione, il suo stress diviene contagioso e questo causa un aumento della confusione e del disordine tra i pazienti.
- **Favorire il più possibile l'autonomia del paziente nell'assunzione del pasto.**
  Per permettergli di mangiare liberamente ed autonomamente è possibile usare tovaglie di plastica, grembiule, posate con manici grossi, scodelle al posto di piatti fondi, bicchieri di plastica dura, tazze con beccuccio e manico. Con il cibo adatto può usare anche le mani.
- **Presentare un solo cibo per volta** può essere utile, magari già tagliato e con la posata più opportuna.

Cibi da evitare nel soggetto anziano con presbifagia

1 - Pastina in brodo, **minestrone con verdure a pezzi,** gelato con nocciole, yogurt con pezzi di frutta e altri alimenti in cui coesistano la **consistenza solida e liquida.**

2 - Biscotti e crackers friabili, e **cibi che si possano sbriciolare.**

3 - Riso, mais, **pasta in formati piccoli**.

4 - Gnocchi e altri **cibi appiccicosi che aderiscano al palato.**

5- **Verdure filamentose** come finocchio, carciofo, fagiolini con filo; buccia della frutta, uva e altri alimenti fibrosi.

6 - Frutta secca e **caramelle** se dure e compatte.

7 - **Polveri** come cannella e cacao.

8 - **Alimenti speziati, pepati o piccanti** perché potrebbero indurre tosse e quindi compromettere la deglutizione

9- **Alimenti duri, difficilmente masticabili e/o stopposi** come ad es una fettina di carne eccessivamente cotta ed asciutta.

Alcuni consigli per il Caregiver

Nella gestione dell'anziano con presbifagia e/o con sintomi di disfagia conclamata, al fine di ridurre al minimo il rischio di aspirazione di alimento all'interno delle vie aeree, è consigliabile attenersi sempre alle **seguenti indicazioni:**

1**. Il paziente, prima di iniziare a mangiare, deve essere correttamente posizionato**: 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.

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

3. **Il paziente deve mangiare lentamente**, rispettando per ogni singolo boccone il volume consigliato e non introdurne 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. Compito di chi 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.

4. Ogni tanto far eseguire colpi di tosse per controllare la presenza di cibo in faringe.

5. Elemento comune a tutte le posture è evitare che, durante la somministrazione dell'alimento, il paziente cambi posizione alzando la testa verso l'alto. Per evitare che ciò accada è importante, oltre ad opportuni input verbali, una giusta **modalità nell'imboccare** (portare il cucchiaio alle labbra del paziente partendo dal basso per evitare l'iperestensione della testa)

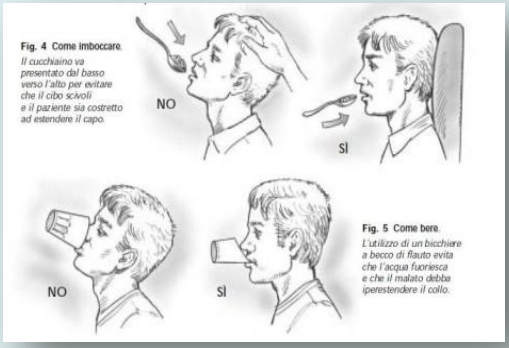

Fig. 4 Come imboccare.
Il cucchiaino va presentato dal basso verso l'alto per evitare che il cibo scivoli e il paziente sia costretto ad estendere il capo.

Fig. 5 Come bere.
L'utilizzo di un bicchiere a becco di flauto evita che l'acqua fuoriesca e che il malato debba iperestendere il collo.

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

7. **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.

8. 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.

9. **Non utilizzare MAI liquidi per mandare giù il cibo se il paziente non ha dimostrato un'adeguata protezione delle vie respiratorie**.

10. La somministrazione dei liquidi, quando è consentita, ma deve necessariamente essere preceduta dalla rimozione di eventuali residui alimentari dalla bocca.

R.S.A.
Residenza Sanitaria Assistita

Si tratta di una struttura che offre servizi socio-sanitari residenziali territoriali previsti e convenzionati dal Servizio Sanitario Nazionale. Si articola in:

- "**Modulo anziani":** La Residenza Sanitaria Assistenziale offre una serie di servizi (alberghiero, medico, infermieristico, socio-sanitario e riabilitativo) finalizzati alla prevenzione, cura e riabilitazione dell'utente al fine dii perseguire il massimo recupero funzionale del paziente affetto da patologie croniche o da malattie temporaneamente invalidanti, assicurando pertanto una risposta efficace e razionale ai bisogni di chi ha perduto, parzialmente o totalmente, la propria autonomia, fornendo una risposta più funzionale rispetto al tradizionale ricovero in ospedale.

- Il **"modulo Alzheimer"** è destinato a pazienti con decadimento cognitivo medio-grave e con disturbi prevalentemente

comportamentali come agitazione, aggressività e wandering. In questo modulo vengono garantite, oltre all'assistenza medica ed infermieristica:

a) "**Attività di animazione":** dedicata sia ad attività di gruppo che mirano a stimolare l'attenzione e le potenzialità residue, sia ad attività personalizzate volte a migliorare aspetti particolari in base al piano di intervento definito.

b) *Attività di riabilitazione fisioterapica e logopedica* volte al mantenimento delle funzionalità motorie, cognitive, deglutitore residue e al miglioramento dell'autonomia.

Bibliografia

- Grethe Berg (2013), "Assistere gli anziani - IL PASTO con la persona con demenza", ed. Erickson
- Oskar Schindler, G. Ruoppolo, Antonio Schindler, "Deglutologia", ed. Omega
- S. Raimondo, A. Accornero, T. Rossetto "Logopedia e disfagia. Dalla teoria alla pratica clinica", ed. Omega

SICILIA FEDERAZIONE LOGOPEDISTI ITALIANI

Federazione Logopedisti Italiani - Sicilia

Via Tevere, 24 – 90144 Palermo.

Tel/Fax: 091205530 - e-mail: flisicilia@fli.it - Web: als.fli.it