REGIONE DEL VENETO

REGIONE DEL VENETO
Servizio
Socio Sanitario
Regionale
In Universum Salus

Polmoniti da aspirazione e inalazione

Linee di indirizzo per l'identificazione, prevenzione del rischio e gestione della persona assistita.

REGIONE DEL VENETO

Servizio Socio Sanitario Regionale
In Universum Salus

Indice del documento

Gruppo di lavoro	4
Glossario e acronimi	5
Introduzione	7
Rilevanza del fenomeno e scopo del documento	8
La polmonite da aspirazione e inalazione	9
Eziopatogenesi	10
Quadro clinico	10
Approccio diagnostico	10
Approccio terapeutico	11
Fattori di rischio e accertamento	11
Assistenza alla persona a rischio	12
Obiettivi	13
Approcci terapeutici	13
Compensi posturali	13
Stimolazione motoria	14
Compensi dietetici	14
Stimolazione funzionale	14
Gestione del pasto	14
Piano nutrizionale	15
Tracheostomia, disfagia e polmonite da aspirazione	15
Tracheostomia	16
Tracheostomia e disfagia	16
Valutazione	17
Approccio terapeutico	18
La transizione di cura	19
Trasferimento del carico assistenziale Ospedale - Territorio	19
La formazione	20
Formazione del personale sanitario	20

Formazione dei Caregiver 21

Approcci Metodologici 21

Conclusioni 24

Bibliografia 25

Allegato 1 - La valutazione del rischio nutrizionale 30

Allegato 2 – Buone pratiche per la valutazione e gestione dell'igiene orale nella prevenzione della polmonite da aspirazione 36

Allegato 3 - Flow-chart per l'accertamento dei rischi di inalazione/aspirazione e malnutrizione 44

Allegato 4 – La valutazione della disfagia nel paziente adulto 45

Allegato 5 - Test GUSS-Ita per lo screening della disfagia nel paziente adulto 53

Allegato 6 - Stimolazione motoria 55

Allegato 7 - Intervento educativo del caregiver, percorso educativo per la gestione dei deficit deglutitori e per la prevenzione delle polmoniti da aspirazione e inalazione 56

Allegato 8 - Opuscolo delle indicazioni comportamentali per la persona disfagica 62

Allegato 9 - Tecnica Teach–Back 75

Allegato 9 A - Tecnica Show me method 77

Allegato 10 - Opuscolo delle indicazioni dietetiche per la persona disfagica 78

Allegato 11 - Assistenza al pasto alla persona con deficit della deglutizione 91

Gruppo di lavoro

Nominativi	Nome Struttura
Allegrini Elisabetta	Azienda Zero
Bellon Patrizia	ex Azienda Zero
Boschetto Margherita	ex Azienda Ospedale-Università di Padova
Bovo Chiara	Azienda ULSS 6 Euganea
Brugnaro Luca	Azienda Zero
Cacco Rosaria	IRCCS IOV
Canzan Federica	Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona
Cengia Maria Grazia	Azienda ULSS 9 Scaligera
Ceni Francesca	Azienda ULSS 6 Euganea
Craiu Elena Daniela	Opera Immacolata Concezione (OIC) Onlus
D'Alessandro Gaetano	Azienda Zero
Dalle Palle Massimo	Centro Servizi IPAB Villa Serena di Lonigo
Gallo Beatrice	Azienda Zero
Kusstatscher Stefano	Azienda Zero
Marchese-Ragona Rosario	Azienda Ospedale-Università di Padova
Martinato Matteo	Università degli studi di Padova
Milan Manola	Azienda ULSS 7 Pedemontana
Montino Silvia	Azienda Ospedale-Università di Padova
Pascu Diana	Azienda ULSS 9 Scaligera
Pirolo Giulio	Medico di Medicina Generale - Azienda ULSS 2
Rossi Laura	Azienda ULSS 5 Polesana
Sansone Angela	Opera Immacolata Concezione (OIC) Onlus
Soattin Alessia	Azienda ULSS 8 Berica
Stevanin Simone	Azienda Ospedale-Università di Padova
Tognella Silvia	Azienda ULSS 9 Scaligera
Vianello Andrea	Azienda Ospedale-Università di Padova
Zamborlin Federica	Azienda Zero
Zambon Anna	Azienda ULSS 7 Pedemontana

Glossario e acronimi

Ab ingestis	Locuzione latina "da materiali ingeriti" utilizzata per indicare l'inalazione involontaria di materiale solido o liquido proveniente dall'apparato digerente.
ADI	Assistenza domiciliare integrata
AHRQ	*Agency for Healthcare Research and Quality Rockville, MD*
AP	Polmonite da aspirazione
ARDS	*Acute Respiratory Distress Syndrome* - Sindrome da Distress Respiratorio Acuto
BPCO	Bronco Pneumopatia Cronico Ostruttiva
CAP	*Community Acquired Pneumonia* - infezioni polmonari acquisite in comunità, contratte da individui sani al di fuori dell'ambiente ospedaliero o ricoverati da meno di 48 - 72 ore.
Deglutizione	Atto fisiologico articolato che permette la progressione del bolo alimentare dalla cavità orale allo stomaco. La deglutizione è un processo articolato che include una componente volontaria ed una componente di stimolo riflesso che prevedono la coordinazione della muscolatura della lingua, orale e faringo-laringea al fine di far progredire il cibo nell'esofago verso lo stomaco e contemporaneamente proteggere le vie aeree da eventuali fenomeni di inalazione.
Disfagia oro motoria	Alterazione della progressione di boli alimentari e non, liquidi, solidi, gassosi o misti dal cavo orale all'esofago, dovuta ad alterata coordinazione della biomeccanica deglutitoria, ovvero a deficit neuro-muscolare degli apparati deflettori della deglutizione, o deficit di funzione delle strutture cervico-cefaliche
FEES	*Fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing* - Esame endoscopico che consente di visualizzare palato molle, laringe e faringe per la valutazione della deglutizione
GER	*Gastro-Esophageal Reflux* - Reflusso Gastro-Esofageo
GUSS-ITA	Test validato in lingua italiana del "*Gugging Swallowing Screen (GUSS)*" per lo screening della disfagia
HAP	*Hospital Acquired Pneumonia* - Polmonite acquisita in ospedale, insorta in ospedale dopo 48 ore dal ricovero, che non era in incubazione al momento dell'ammissione.
HCAP	*Health Care Associated Pneumonia* - Polmonite associata all'assistenza sanitaria, insorta in strutture sanitarie e sociali secondarie, es. lungodegenze, RSA, case di riposo, dialisi giornaliere, chemioterapie ambulatoriali, terapie immunosoppressive in regime di DH o ambulatoriali, ambulatori chirurgici.
ICA	Infezioni Correlate all'Assistenza; si tratta di infezioni acquisite dai pazienti mentre ricevono cure che possono verificarsi in tutti gli ambiti assistenziali, inclusi ospedali per acuti, day hospital/day surgery, lungodegenze, ambulatori, assistenza domiciliare, strutture residenziali territoriali; rappresentano l'evento avverso più frequente che colpisce la sicurezza dei pazienti in tutto il mondo.
IDDSI	*International Dysphagia Diet Standardisation Initiative* - terminologia e definizioni standardizzate per alimenti dalla consistenza modificata e liquidi addensati per migliorare la sicurezza per le persone disfagiche
IPP	Inibitori di Pompa Protonica

LTC	*Long term care* - Assistenza a lungo termine
MNA	*Mini Nutritional Assessment* - Mini valutazione nutrizionale
MUST	*Malnutrition Universal Screening Tool* - Strumento di screening universale della malnutrizione
NRS-2002	*Nutritional Risk Screening 2002* - Screening del rischio nutrizionale
NV-HAP	*Non-ventilator health care-associated pneumonia* - polmonite acquisita in ospedale non associata a ventilatore
OHAT	*Oral Health Assessment Tool* - Strumento di valutazione della salute orale
PDT	*Percutaneous Dilatational Tracheostomy* - tracheostomia dilatativa percutanea
PEG	*Percutaneus Endoscopic Gastrostomy* - Gastrostomia Endoscopica Percutanea
PEJ	*Percutaneus Endoscopic Jejunostomy* - Digiunostomia Endoscopica Percutanea
PIL	Prodotto interno lordo
Polmonite da aspirazione	La polmonite da aspirazione è caratterizzata dall'ustione chimica dell'albero tracheo bronchiale e del parenchima polmonare dovuta all'acidità del contenuto gastrico, seguita da un'intensa reazione infiammatoria parenchimale. Poiché l'acidità gastrica impedisce la crescita dei microrganismi, l'infezione microbica non ricopre alcun ruolo nelle prime fasi della polmonite da aspirazione. Bisogna tuttavia ricordare che, quando il pH dello stomaco aumenta, ad esempio, a seguito dell'uso di antiacidi o inibitori della pompa protonica, può verificarsi la colonizzazione del contenuto gastrico da parte di microrganismi potenzialmente patogeni. In pazienti che ricevono alimentazione per via enterale e in pazienti con gastroparesi o occlusione intestinale, può instaurarsi una colonizzazione gastrica da parte di Pseudomonas aeruginosa e altri batteri Gram-negativi.
Polmonite da inalazione	La polmonite da inalazione si sviluppa a seguito del passaggio di secrezioni provenienti dall'orofaringe colonizzate da microrganismi quali l'Haemophilus influenzae e lo Streptococcus pneumoniae. Circa la metà degli adulti sani aspira piccole quantità di secrezioni orofaringee durante il sonno ma il loro contenuto microbico viene eliminato di continuo attraverso il trasporto ciliare attivo, i normali meccanismi immunitari e l'eventuale tosse; tuttavia, se tali meccanismi sono compromessi o se la quantità di materiale aspirato è abbondante, può verificarsi l'insorgenza di polmonite. Nei pazienti che hanno subito un ictus e sono affetti da disfagia, vi è infatti una forte correlazione tra il volume dell'aspirato e lo sviluppo di polmonite.
PSS	Piano Socio Sanitario
SAD	Servizi di Assistenza Domiciliare
SES	Sfintere Esofageo Superiore
SNG	Sondino Naso Gastrico
SSN	Servizio Sanitario Nazionale
VAP	*Ventilator Associated Pneumonia* - Polmonite associata a ventilazione meccanica, insorta tra 48 - 72 ore dall'intubazione endotracheale.
VFSS	*Videofluoroscopic swallowing study* - Studio videofluoroscopico della deglutizione
WHO	*World Health Organization (WHO)* - Organizzazione mondiale della sanità

Introduzione

La polmonite ab ingestis, sia da inalazione sia da aspirazione, rappresenta la condizione clinica in cui sostanze provenienti dall'apparato digerente, a causa di problemi di deglutizione, vengono inalate all'interno dei polmoni, predisponendo il paziente ad una infezione dell'albero broncopolmonare e determinando una malattia grave e, nei casi peggiori, la morte. L'aspirazione polmonare di piccole quantità di secrezioni orofaringee è considerato il meccanismo patogenetico prevalente di polmonite acquisita in comunità e polmonite associata all'assistenza sanitaria (Gleeson K et al., 1997). Si stima che le polmoniti da aspirazione rappresentino il 5-15% dei casi di CAP (Mandell LA, Niederman MS, 2019) .

Le polmoniti da aspirazione continuano a rappresentare un problema rilevante di sanità pubblica, nell'ambito dell'assistenza prestata negli ospedali, a causa del loro notevole impatto sia in termini di morbosità e mortalità che in termini di costi economici ad esse correlati.

Il Rapporto dell'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE) 2025 evidenzia che dal 2012 al 2023, l'aspettativa di vita a 60 anni è aumentata in media di un anno (nei Paesi OCSE), ma il divario tra aspettativa di vita e aspettativa di una vita in buona salute è cresciuto di soli 6 mesi (da 5,2 a 5,7 anni). In Italia, la longevità è tra le più alte al mondo, gli anni aggiuntivi sono spesso segnati da disabilità e malattie croniche.

Sempre nel rapporto OCSE 2025, le proiezioni sull'invecchiamento sono:

- gli over 65 rappresentano oggi quasi il 25% della popolazione e si stimano al 33% nel 2050;
- entro il 2060 ci saranno oltre 50 persone over 65 ogni 100 in età lavorativa;
- il 25% trascorre gli anni finali di vita in condizioni di disabilità; solo il 45% degli over 65 valuta le proprie condizioni di salute buone;
- crescono le malattie croniche: 50% nella classe di età 65-74 anni di almeno due patologie croniche;
- spesa sanitaria: prevista all' 8,6% del prodotto interno lordo (PIL) entro il 2040; la spesa per per le cure a lungo termine (*long-term care* - LTC) raddoppierà entro il 2050.

Per quanto riguarda la Regione del Veneto, la mortalità specifica per polmonite da aspirazione e inalazione per la popolazione residente con età non inferiore ai 75 anni nel periodo compreso tra il 2015 ed il 2024, evidenzia un trend in crescita (vedi Figura 1).

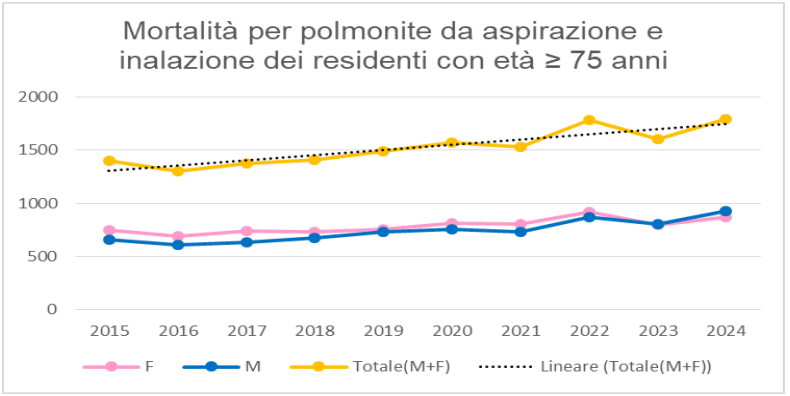


Figura 1

Rilevanza del fenomeno e scopo del documento

Il PSSR 2019-2023 della Regione del Veneto, nella Sezione "*Il governo clinico*" del capitolo "*La sicurezza del SSSR*" definisce tra le priorità il miglioramento continuo degli standard assistenziali di qualità e sicurezza, da attuarsi attraverso l'analisi dei processi assistenziali e la prevenzione dei rischi per la persona assistita, per il contenimento degli eventi avversi.

L'obiettivo della presente linea di indirizzo è quello di garantire l'applicazione di comportamenti condivisi nella presa in carico della persona a rischio di polmonite da aspirazione e inalazione mediante il riconoscimento precoce delle persone a rischio, il superamento dei mancati o inefficaci trattamenti, l'ottimizzazione delle risorse disponibili.

Questo strumento è stato realizzato e condiviso da un gruppo multiprofessionale e multidisciplinare di professionisti che operano per la salute delle persone in diversi setting clinico assistenziali (ospedale, territorio, residenze sanitarie per anziani, ambulatori).

La polmonite da aspirazione e inalazione, spesso associata ad età avanzata e a malattie croniche, se non precocemente riconosciuta e trattata, si caratterizza per una prognosi severa.

Per tale ragione, è importante un'azione sinergica e orientata tra assistito, familiari e personale sanitario utile ad un precoce riconoscimento e trattamento dei pazienti con difficoltà deglutitorie.

Risulta a tal fine prioritario, anche al variare dei setting operativi, conoscere: la valutazione delle funzionalità deglutitorie, le comorbilità interagenti e il conseguente grado di rischio di inalazione del cibo o dei liquidi, le risorse attivabili e la loro valutazione sull'impatto in termini di salute delle persone assistite. Quanto contenuto nel documento sarà soggetto ad un continuo aggiornamento nel rispetto delle nuove acquisizioni scientifiche in ambito di governance assistenziale, terapeutica e organizzativa.

Dall'analisi delle Schede di Dimissioni Ospedaliere (SDO) delle persone ricoverate in regime ordinario in tutte le strutture sanitarie della Regione Veneto nel 2023 è emersa la presenza della diagnosi di polmonite ab ingestis (cod. ICD9 507.x) in 2.703 (0,6%). Tra i 2703 ricoveri di pazienti risultati affetti da polmonite da aspirazione e inalazione 770 (28%) sono reingressi con la stessa diagnosi e 868 (32%) esitano in decesso.

Per una migliore comprensione del fenomeno si riportano le associazioni statisticamente significative con l'evento ricovero per polmoniti da aspirazione e inalazione analizzate:

- il genere maschile (60% vs 50%);
- età avanzata (mediane: 84 anni vs 65 anni);
- grado di indipendenza funzionale più basso [indice di Barthel] (mediana: 0 vs 90);
- la provenienza locale (100% vs 90%);
- la bassa scolarità (licenza elementare: 28% vs 14%);
- durata della degenza ospedaliera maggiore (mediana: 13 giorni vs 6 giorni); ● ricoveri ripetuti per la medesima problematica [re-ingressi](28% vs 22%).

Per avere un quadro più esaustivo della severità della polmonite da aspirazione e inalazione, si riportano in forma grafica i tassi grezzi di mortalità ospedaliera ricavati dalle SDO dei primi semestri del triennio 2023-25 (Figura 2).

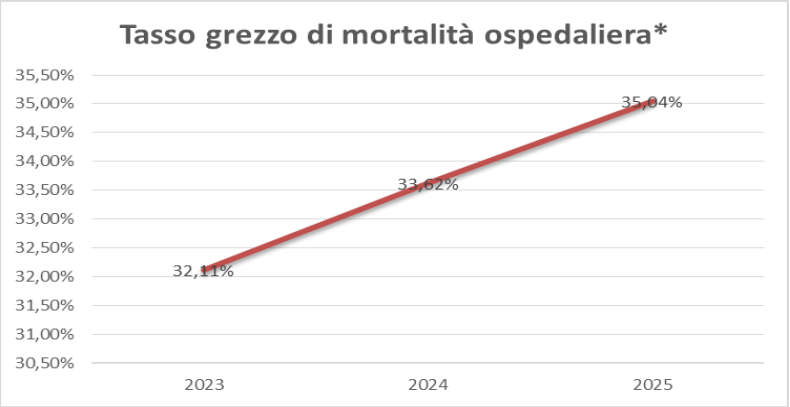


Figura 2

Alla luce delle evidenze riportate in introduzione e dell'epidemiologia sopra descritta, considerato che la polmonite ab ingestis può essere almeno in parte prevenuta, il presente documento si propone di rendere omogenei i comportamenti clinici e assistenziali per individuare i soggetti a rischio e quindi attivare le pratiche più aggiornate per prevenire la comparsa.

La polmonite da aspirazione e inalazione

La polmonite da aspirazione e inalazione, conosciuta anche come "polmonite ab ingestis", si identifica come una condizione clinica caratterizzata dall' inalazione di contenuto orofaringeo o gastrico nella laringe e nel tratto respiratorio inferiore (Mandell LA, Niederman MS, 2019). Quantità e natura del materiale aspirato, frequenza dell'aspirazione e risposta dell'ospite determinano le possibili sindromi polmonari da aspirazione (Marik PE, 2001).

Sebbene nella pratica clinica risulti spesso difficile distinguere fra le diverse forme, sono considerate patologicamente e clinicamente distinte (Paintal HS, Kuschner WG, 2007):

- Inalazione di corpo estraneo: dimensione del corpo estraneo e collocazione all'interno dell'albero bronchiale definiscono la gravità del quadro clinico.
- Polmonite chimica da aspirazione: macro aspirazione del contenuto gastrico refluito (Son YG et al., 2017).
- Polmonite da aspirazione: processo infettivo del parenchima polmonare causato dall'inalazione di secrezioni orofaringee colonizzate da batteri patogeni (Almirall J et al., 2021).

Eziopatogenesi

La polmonite da aspirazione si sviluppa quando diversi fattori di rischio compromettono la normale funzione della deglutizione, favorendo la colonizzazione batterica delle basse vie respiratorie, innescando così il processo patogeno caratterizzato dalla ridotta permeabilità alveolare-capillare, dalla formazione di edema, dalla risposta infiammatoria neutrofila e dall'inattivazione del tensioattivo polmonare che porta a una ridotta compliance polmonare, alla perdita di tessuto polmonare aerato che danno luogo a ipossiemia ed insufficienza respiratoria (Kosutova P e Mikolka P, 2021).

Attualmente si ritiene che l'eziologia microbiologica sia costituita dai batteri solitamente associati alla polmonite acquisita in comunità o alle polmoniti nosocomiali, con minor enfasi rispetto al passato riguardo il ruolo degli anaerobi, anche nella popolazione più anziana (Leibovitz A et al, 2003). Uno studio sulla polmonite da aspirazione in pazienti in terapia intensiva ha mostrato che nei casi acquisiti in comunità, i principali isolati erano costituiti da *Streptococcus pneumoniae, Staphylococcus aureus, Haemophilus influenzae* ed *Enterobacteriaceae*, mentre i bacilli gram-negativi, tra cui *Pseudomonas aeruginosa*, sono stati identificati, senza anaerobi, nei casi nosocomiali (Liapikou A et al, 2014).

Quadro clinico

In base alla dimensione e posizione del materiale inalato la gravità del quadro clinico può andare dalla grave ed immediata urgenza asfittica fino a quadri più lievi ma ricorrenti con tosse, broncospasmo, emoftoe, dispnea (Košutova P et al., 2021). Sono state descritte due principali fasi cliniche:

- tosse intensa o broncospasmo immediatamente dopo l'aspirazione (stimolazione neuroni capsaicina-sensibili ed azioni caustiche sull'epitelio delle vie aeree);
- insorgenza dell'infiammazione polmonare durante le successive 4-6 ore con comparsa di febbre, cianosi, ipossia, edema polmonare (Salik I et al., 2021).

Approccio diagnostico

La diagnosi si fonda sull'anamnesi clinica, integrata da esami strumentali e di laboratorio:

- storia clinica caratteristica di aspirazione testimoniata;
- fattori di rischio: i soggetti con due o più fattori di rischio presentano una maggiore incidenza di polmonite ricorrente e un aumento della mortalità a 30 giorni e a 6 mesi, e gli esiti clinici peggiorano parallelamente all'aumento del numero di fattori di rischio (Mandell LA et al., 2019); ● identificazione di fenotipi clinici che meritano particolare attenzione:
    - pazienti sottoposti a ventilazione non-invasiva, fondamentale trattamento di supporto dell'insufficienza respiratoria acuta e cronica nei quali il rischio aumenta, per la possibile insorgenza di vomito conseguente a distensione gassosa dello stomaco, soprattutto se viene utilizzata un'interfaccia del tipo oro-nasale o "full-face" (Atag E et al., 2020);
    - soggetti che hanno subito un arresto cardiaco, per il rischio di aspirazione di contenuto gastrico durante le manovre di rianimazione e l'inalazione delle secrezioni orali durante la ventilazione non invasiva e la successiva intubazione (El-Solh AA et al., 2003);

- pazienti estubati dopo un episodio di grave insufficienza respiratoria (Mandell LA, Niederan MS, 2019); nel 20% dei casi è stata identificata la presenza di disfagia e di aspirazione, che migliora nel tempo ma può rimanere presente in una significativa parte di pazienti anche al momento della dimissione (Perbet S et al., 2011);

- radiografia del torace: può essere negativa all'inizio del decorso; sono caratteristici gli infiltrati nei segmenti polmonari dipendenti dalla gravità (segmenti del lobo inferiore superiore o del lobo superiore posteriore, se il paziente è in posizione supina durante l'evento, o segmenti basali del lobo inferiore, in particolare a destra, se il paziente è in posizione verticale durante l'evento);
- broncoscopia: utile per definire la presenza e l'entità dell'inalato.

Approccio terapeutico

- aspirazione, ventilazione, ossigenoterapia: utili rispettivamente per liberare le vie aeree, garantire la respirazione e correggere l'insufficienza respiratoria (Macht M et al., 2014);
- broncoscopia: utile per rimuovere l'aspirato dalle vie aeree centrali, riducendo al minimo la reazione infiammatoria, per prevenire l'atelettasia, ridurre il rischio di infezione (Marik PE, 2001) e per ottenere campioni per l'indagine batteriologica specifica utile a guidare la terapia antibiotica mirata;
- antibiotici: la terapia si concentra sui possibili patogeni aspirati da un paziente, e deve essere impostata in accordo con le Linee Guida e con le Raccomandazioni regionali più aggiornate, ex DGR n. 1191 del 05.10.23, DGR n. 957 del 13.07.2021 e DGR n. 1402 del 01.10.2019;
- steroidi: attualmente non è raccomandato l'uso di steroidi in quanto non sono stati dimostrati significativi benefici. Sebbene un singolo studio abbia mostrato una precoce risoluzione radiologica degli infiltrati dopo la somministrazione di steroidi, successivamente due ampi studi multicentrici randomizzati non hanno mostrato alcun beneficio (Sukumaran M et al., 1980 - Bernard GR et al., 1987). Inoltre, almeno uno studio ha riportato una maggiore incidenza di polmonite da Gram negativi nel braccio di pazienti che avevano ricevuto steroidi (Bone RC et al., 1987).

Fattori di rischio e accertamento

I principali fattori predisponenti includono età avanzata, esiti di ictus, patologie neuromuscolari, deficit cognitivi, disfagia, malnutrizione, immobilità prolungata e condizioni che riducono i riflessi protettivi delle vie aeree. I fattori iatrogeni quali l'uso prolungato di sedativi, anticolinergici, antipsicotici possono compromettere i riflessi protettivi delle vie aeree; mentre l'uso di inibitori di pompa protonica, riducendo i meccanismi di difesa dell'acidità gastrica, possono favorire la polmoniti ab ingestis. La revisione periodica della terapia farmacologica è raccomandata nei pazienti a rischio di NV-HAP.

L'identificazione precoce dei pazienti con difficoltà deglutitorie e quindi a rischio di polmonite da aspirazione è fondamentale per implementare misure preventive efficaci, indipendentemente dal setting

dove sono collocati (domicilio, ospedale, residenze sanitarie per anziani…). L'infermiere è il professionista presente in tutti questi contesti, pertanto viene identificato come figura di riferimento per lo screening iniziale di eventuali problematiche deglutitorie e delle successive rivalutazioni periodiche da effettuare in collaborazione con il medico curante.

La valutazione infermieristica iniziale deve comprendere: stato di coscienza e vigilanza, efficacia della tosse e riflessi protettivi, stato nutrizionale, ispezione del cavo orale comprese protesi dentarie e presenza di xerostomia, e basarsi su uno strumento validato.

Accertamento dello stato nutrizionale: lo screening del rischio di malnutrizione dovrebbe essere eseguito su tutti i pazienti ricoverati nei reparti ospedalieri e nelle strutture assistenziali, attraverso l'utilizzo di test validati scientificamente (es. MUST, NRS-2002, MNA…). Tutti i soggetti che risultano a rischio nutrizionale devono essere monitorati, oppure direttamente valutati da personale esperto in nutrizione clinica (dietisti e medici nutrizionisti) per l'attuazione di un intervento personalizzato (Allegato 1 - La valutazione del rischio nutrizionale).

Valutazione del cavo orale: utilizzare uno strumento validato o validato internamente per la valutazione della cura del cavo orale, tutto il personale deve essere formato e addestrato al suo utilizzo e le competenze acquisite devono essere attestate. Per maggiori approfondimenti (Allegato 2 - Buone pratiche per la valutazione e gestione dell'igiene orale nella prevenzione della polmonite da aspirazione).

Accertamento della disfagia: lo screening della disfagia deve essere eseguito in tutti i pazienti a rischio e non solo post-ictus, utilizzando il test validato GUSS-ITA, nel caso non risultassero autonomi nel soddisfacimento del bisogno di alimentarsi (Allegato 3 - Flowchart per l'accertamento dei rischi di inalazione/aspirazione e malnutrizione). In caso di positività o dubbio, è raccomandata la valutazione logopedica e, se necessario, un approfondimento strumentale (FEES, VFSS). Per maggiori approfondimenti (Allegato 4 - La valutazione della disfagia nel paziente adulto ed Allegato 5 - Test GUSS-Ita per lo screening della disfagia nel paziente adulto).

Assistenza alla persona a rischio

La disfagia è un disturbo complesso della deglutizione che espone il paziente al rischio di aspirazione e di malnutrizione. Due sono i principi cardine: la sicurezza, intesa come prevenzione dell'ingresso di materiale alimentare o salivare nelle vie aeree, e l'efficacia nutritiva, cioè la capacità di soddisfare adeguatamente il fabbisogno calorico e idrico del soggetto. L'obiettivo è raggiungere una deglutizione funzionale, ossia sicura ed efficace, anche se con tempi più lunghi o con minimi residui orali. Il percorso terapeutico richiede un approccio multidisciplinare che coinvolge diversi professionisti sanitari tra cui:

- l'infermiere, in collaborazione con il medico curante, deve porre attenzione ad eventuali difficoltà deglutitorie dell'assistito attraverso opportuno screening;
- il logopedista, che valuta il grado di disfagia e prescrive la consistenza più adeguata degli alimenti e delle bevande, monitorando la capacità del paziente di gestire il bolo;

- il dietista/nutrizionista, il quale monitora che vengano mantenuti un corretto apporto calorico, proteico e idrico;
- i caregiver, che devono essere formati nel preparare e somministrare correttamente alimenti e bevande con le giuste consistenze.

Obiettivi

- Prevenire complicanze respiratorie (polmoniti ab ingestis, soffocamento).
- Garantire un apporto nutrizionale e idrico adeguato.
- Migliorare la sicurezza e l'autonomia del paziente durante i pasti.
- Promuovere il recupero della funzione deglutitoria attraverso la neuroplasticità.
- Educare familiari e caregiver alle corrette modalità di gestione.
- Migliorare la qualità di vita del paziente riducendo ansia e isolamento sociale.

Approcci terapeutici

Il trattamento logopedico si articola in due modalità complementari:

- compensativo: strategie che garantiscono sicurezza immediata (posture del capo, modifiche dietetiche).
- riabilitativo: interventi che incidono sulla fisiologia della deglutizione con effetti duraturi (stimolazione motoria e funzionale, biofeedback, stimolazione elettrica).

Inizialmente si usavano strategie compensative per benefici rapidi, in seguito sono state introdotte progressivamente tecniche riabilitative.

Compensi posturali

Le posture del capo sono utilizzate per facilitare il transito del bolo ed evitare aspirazioni, e devono essere sempre valutate in base al quadro clinico da professionisti sanitari competenti.

Tabella 1: Posture del capo

Postura	Indicazioni	Controindicazioni
Capo esteso	Assenza della spinta linguale	Scarsa funzionalità faringea Insufficiente protezione delle vie aeree
Capo flesso anteriore	Protezione delle vie aeree	Presenza di residui faringei Stress respiratorio
Capo ruotato	Dismobilità monolaterale della faringe e ridotta apertura dello SES	Non indicata in casi diversi da laringectomie parziali o paralisi faringee unilaterali
Capo flesso laterale	Dismobilità monolaterale della faringe	Non indicata in casi diversi da lesioni laterali della lingua e delle strutture faringee
Capo flesso ruotato	Presenza di ristagni faringei	Non indicata in casi diversi da lesioni laterali della lingua e delle strutture faringee

Stimolazione motoria

La stimolazione motoria, quando possibile, ha l'obiettivo di rinforzare e rieducare i muscoli coinvolti nella deglutizione (lingua, faringe, laringe, muscoli sopraioidei). Per le varie tipologie di esercizi: Allegato 6 - Stimolazione motoria.

Compensi dietetici

I compensi dietetici consistono in tutte quelle modifiche fisiche degli alimenti e delle bevande che hanno lo scopo di rendere la deglutizione più sicura ed efficace nei pazienti disfagici. Non curano la disfagia in sé, ma ne compensano i rischi, riducendo la possibilità di aspirazione (ab-ingestis) e garantendo al tempo stesso un adeguato apporto nutrizionale e idrico.

Stimolazione funzionale

La stimolazione funzionale (*Skill Based Rehabilitation*), quando possibile, non si concentra su movimenti isolati, ma su azioni complete e significative, vicine alla vita quotidiana. Ad esempio, invece di chiedere al paziente di aprire e chiudere la bocca, gli si propone di accogliere con le labbra delle posate di diversa forma. Questo approccio è più motivante ed efficace perché coinvolge direttamente i muscoli realmente utilizzati negli atti complessi, come la deglutizione, che viene ri-educata nel suo insieme e non nelle singole parti.
Al lavoro motorio si affiancano esercizi di stimolazione sensoriale (tattile, termica, gustativa), che aiutano a facilitare e potenziare la funzione deglutitoria. Un supporto importante è rappresentato dal *biofeedback*, una tecnica che, tramite elettrodi e segnali visivi o sonori, permette al paziente di monitorare in tempo reale i propri movimenti e di imparare a controllarli meglio. È particolarmente utile quando occorre apprendere nuovi schemi motori e ha dimostrato efficacia nei disturbi della deglutizione e nella motilità del complesso io-laringeo. Infine, negli ultimi anni è stata proposta anche la stimolazione elettrica, utilizzata per facilitare la contrazione della muscolatura periferica. L'applicazione di una corrente elettrica permette, infatti, di attivare i muscoli, a condizione che i nervi periferici che li innervano siano intatti. Questo intervento può quindi supportare e potenziare il recupero funzionale della muscolatura coinvolta negli atti deglutitori.

Gestione del pasto

Quando una persona disfagica risulta idonea all'alimentazione orale, la gestione del pasto richiede particolari attenzioni per garantire comunque la sicurezza ed evitare episodi di ab-ingestis. Tutte le figure coinvolte, operatori sanitari, caregiver e il paziente stesso, devono considerare diversi aspetti, come la posizione del corpo durante il pasto, le caratteristiche degli alimenti, l'ambiente in cui avviene la somministrazione, il comportamento di chi assiste, le condizioni del cavo orale e l'eventuale presenza di farmaci da assumere. Prima di ogni pasto, è fondamentale verificare che il paziente sia vigile, collaborante, in grado di mantenere l'attenzione e il controllo del capo per almeno quindici minuti e che la bocca e le eventuali protesi siano in condizioni adeguate. Un aspetto altrettanto importante riguarda la somministrazione della terapia orale. La via orale è molto diffusa, ma nei pazienti disfagici può rendersi necessario manipolare le forme farmaceutiche solide, ad esempio dividendo, frantumando o aprendo

capsule. Questa pratica, però, se non gestita correttamente, può compromettere la stabilità del farmaco, ridurre l'efficacia o causare effetti indesiderati, come irritazioni locali o errori terapeutici. Inoltre, la polvere derivante dalla frantumazione può irritare la mucosa orale, stimolare la tosse ed esporre al rischio di aspirazione o generare false interpretazioni cliniche. Per ridurre questi rischi, è fondamentale seguire alcune raccomandazioni: frantumare solo le compresse che lo consentono, mescolare la polvere non con acqua semplice ma con piccole quantità di alimenti semisolidi o con acqua addensata, in modo da agevolare la deglutizione senza alterare l'efficacia del farmaco. Dopo la somministrazione è sempre necessario controllare la cavità orale, eliminare eventuali residui e procedere con una corretta igiene orale.

Piano nutrizionale

La predisposizione del piano di trattamento dietetico da parte del medico nutrizionista e/o del dietista è strettamente correlato alla capacità deglutitoria del soggetto, che deve essere adeguatamente valutata.

Nel 2013 è stata fondata l'*International Dysphagia Diet Standardisation Initiative* (IDDSI), un progetto internazionale nato dalla collaborazione di logopedisti, nutrizionisti, medici, dietisti, infermieri e caregiver, con l'obiettivo di creare un linguaggio comune e universale per la gestione delle diete nei pazienti con disfagia.

L'IDDSI propone 8 livelli di consistenza standardizzati, numerati da 0 a 7, che coprono tutte le consistenze, dai liquidi più fluidi ai cibi solidi normali, descritti nella Tabella 2.

Tabella 2: Schema sintetico dei livelli IDDSI

Livello	Descrizione	Alimenti
0	Liquido sottile	acqua, tè, caffè
1	Leggermente denso	succhi leggermente addensati, formule pediatriche AR
2	Moderatamente denso	yogurt da bere, succhi con polpa
3	Denso/cremoso	frullati, zuppe dense omogenee
4	Molto denso	puree lisce, budini, omogeneizzati
5	Tritato umido	carne/pesce tritati, frutta morbida senza liquido libero
6	Morbido a pezzi	cibi teneri a pezzetti (≤1,5 cm adulti, ≤8mm bambini)
7	Normale (due sottolivelli: facilmente masticabile e standard)	alimenti regolari, morbidi o di tutte le consistenze

Tracheostomia, disfagia e polmonite da aspirazione

Nel corso degli ultimi quarant'anni, la tracheotomia è divenuta una delle procedure chirurgiche più comunemente utilizzate nell'ambito della medicina critica. Questo intervento viene praticato in circa il 10% dei soggetti ventilati a lungo termine (cioè per oltre 24 ore consecutive) e nell'1.3% del totale dei degenti

nelle Terapie Intensive. E' infatti prassi consolidata che, nel caso in cui la necessità di assistenza ventilatoria artificiale debba prolungarsi oltre 7-10 giorni, l'intubazione translaringea venga convertita in tracheostomia (Fisher et al., 2000).

Tra le condizioni che più frequentemente richiedono questa procedura vi sono:

- l'insufficienza respiratoria cronica in fase di esacerbazione,
- il persistente stato di coma,
- i traumi toracici e cranici.

Il confezionamento della tracheostomia si associa anche alla possibile insorgenza di complicanze che si dividono in *precoci* (emorragia e pneumotorace) e *tardive* (infezioni stenosi tracheale e fistole); tra queste ha un ruolo rilevante la disfagia.

Tracheostomia

La tracheotomia è una procedura chirurgica che crea una comunicazione diretta tra la trachea e la cute cervicale. A partire dagli anni '90 del secolo scorso, la tecnica chirurgica convenzionale di confezionamento della tracheotomia è stata affiancata da procedure di tipo dilatativo percutaneo, rapidamente affermatesi in quanto semplici da utilizzare a letto del paziente e meno costose. La tracheotomia chirurgica standard (*Standard Tracheostomy* - ST) rimane la procedura abituale per definire un accesso stabile alle vie aeree; esiste per altro un'ampia varietà di tecniche di intervento, che può spiegare la diversa frequenza di complicanze riportata in letteratura (Quintel M, Roth H, 1999). Anche la tracheotomia dilatativa percutanea (*Percutaneous Dilatational Tracheostomy* - PDT) si caratterizza per diverse tecniche di esecuzione, che hanno in comune il posizionamento di un filo-guida in trachea, generalmente sotto controllo diretto broncoscopico e il successivo inserimento di un dilatatore e di una cannula tracheostomica secondo la tecnica di Seldinger.

Tracheostomia e disfagia

La simultanea partecipazione alla funzione deglutitoria e respiratoria da parte della zona anatomica a cavaliere tra faringe e laringe, il cosiddetto tratto aerodigestivo, rende inevitabile la reciproca influenza tra respirazione e deglutizione.

I pazienti portatori di cannula tracheostomica presentano spesso alterazioni della funzione deglutitoria (Logemann JA, 1983). La disfagia si rileva infatti nel 50-83% dei pazienti sottoposti a tracheostomia (Skoretz et al., 2020), essa riconosce molteplici meccanismi di insorgenza:

- alterazione della meccanica deglutitoria, la cannula tracheostomica, soprattutto con cuffia inflata, impedisce il normale movimento di innalzamento e anteriorizzazione della laringe durante la deglutizione. Inoltre, può risultare compromessa la coordinazione tra deglutizione e chiusura della glottide;
- alterata motilità della lingua e della faringe, conseguente a danni ai nervi X (vago) e XII (ipoglosso), dovuti all'intubazione prolungata che precede talora la tracheostomia;
- danno alle corde vocali, anch'esso dovuto all'intubazione prolungata, generalmente in forma di edema, aderenze e stenosi cordali, che compromettono la funzione glottica;

- ridotta sensibilità laringea all'ingresso di materiale alimentare e riduzione del riflesso della tosse; ● perdita della pressione subglottica.

L'inalazione di cibo o liquidi conseguente alla disfagia rappresenta un importante fattore di rischio per la comparsa di polmonite da aspirazione (AP) nel paziente tracheostomizzato. La comparsa di polmonite ab ingestis, quale complicanza della disfagia, richiede generalmente la concomitanza di ulteriori fattori predisponenti.

Valutazione

La valutazione del rischio di disfagia e di AP nel soggetto tracheostomizzato rappresenta un processo complesso che coinvolge un team multidisciplinare. Tale percorso prende avvio dalla valutazione clinica, spesso eseguita al letto del paziente, e può proseguire, se necessario, con l'esecuzione di indagini strumentali. Valutazione clinica

Dati anamnestici:

- preesistenti condizioni in grado di alterare la capacità di deglutizione (es.: stroke, Bronco Pneumopatia Cronica Ostruttiva, BPCO e/o Reflusso Gastro-Esofageo, GER); una concomitante diagnosi di BPCO e/o GER si associa allo sviluppo di AP nel 50% dei casi, nei quattro anni successivi al confezionamento della tracheostomia (Langmore et al., 1998);
- precedente storia deglutitoria (per esempio, ricorso ad una dieta specifica); o caratteristiche della tracheostomia, ossia tecnica di esecuzione, tipo e calibro della cannula utilizzata; o condizioni respiratorie correnti, devono essere registrate la capacità di tossire e/o la necessità di aspirazione tracheo-bronchiale, la tachipnea e la dispnea favoriscono un aumento del lavoro respiratorio e con esso la mancata coordinazione tra respirazione e deglutizione;
- livello di allerta, verificare il grado di attenzione e la capacità di seguire le istruzioni.

Esame obiettivo o cavo orale: valutazione strutturale, con particolare riguardo alla dentizione e allo stato della mucosa orale;

- motricità e sensibilità delle strutture oro-faringee e laringee, inclusi lingua: velo palatino e corde vocali, in particolare riflesso faringeo e della tosse. Il paziente che inala silenziosamente senza tossire presenta un rischio elevato di polmonite da aspirazione;
- prove di deglutizione: verificare la presenza di ristagni salivari sopra la cuffia della cannula e procedere con il test GUSS-Ita, somministrando acqua e/o cibi di diversa consistenza (semisolidi, gelificati, liquidi) . Il test va eseguito con la cuffia deflata per osservare l'eventuale insorgenza di tosse o voce gorgogliante, voce umida e/o altre modifiche della voce;
- verificare la presenza di secrezioni all'interno della cannula tracheale, la loro quantità, colore e densità.

Valutazione strumentale

Qualora la valutazione clinica indichi il sospetto di disfagia oppure la necessità di precisarne le caratteristiche, si fa ricorso alla valutazione strumentale; essa comprende i seguenti esami: o *Blue Dye Test*, prova specifica per identificare il rischio di aspirazione nei pazienti con tracheostomia; consiste nel marcare

un alimento (generalmente semi-solido) con blu di metilene e verificare se dopo la deglutizione il colorante sia presente all'interno della cannula tracheostomica, fino a 48 ore dopo l'esame. Un test negativo indica la capacità di protezione delle vie aeree, tuttavia, la sensibilità del test è riportata tra il 15 e il 50% ed esso viene ritenuto affidabile solo per la diagnosi di aspirazione massiva (Potts RG et al, 1993);

- Videofluoroscopia "gold standard" per la diagnosi della disfagia: esame radiologico dinamico che fornisce immagini dei diversi stadi della deglutizione, esaminando il transito del bolo attraverso il cavo orale, la faringe e l'esofago;
- *Fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing* (FEES), esame endoscopico che consente di visualizzare palato molle, laringe e faringe prima e dopo la deglutizione. Durante l'esame, il paziente assume liquidi e alimenti di diversa consistenza, l'indagine può essere effettuata al letto del paziente.

Approccio terapeutico

L'obiettivo di base nel trattamento della disfagia nel paziente tracheostomizzato consiste nel ripristinare la chiusura della glottide, la pressione subglottica e il flusso aereo transglottico. Tale risultato può essere ottenuto con l'impiego di una valvola fonatoria, applicata all'estremità prossimale della cannula. La valvola si apre in fase inspiratoria, consentendo l'ingresso dell'aria, mentre si chiude in espirazione, cosicché l'aria viene diretta verso le corde vocali, rendendosi disponibile per la fonazione e la clearance laringea. Numerosi studi hanno dimostrato che tappare la cannula tracheostomica migliora la protezione delle vie aeree e riduce il rischio di inalazione. Ciò sembra riconducibile ad una maggiore capacità di reazione ad un eventuale inalazione (DeVita MA et al., 1990).

La valvola fonatoria può essere utilizzata anche nel paziente in ventilazione meccanica, mentre è controindicata nei casi in cui sia necessario mantenere la cuffia costantemente inflata. Il contemporaneo utilizzo di una cannula fenestrata non è indispensabile, purché venga assicurato un flusso aereo adeguato attorno alla cannula (Manzano JL et al, 1993). Il ripristino della funzione glottica richiede necessariamente di essere accompagnato da una progressiva riduzione del calibro della cannula tracheostomica, pur in presenza di segni di minime inalazioni al test del blu di metilene.

La transizione di cura

L'adozione di una metodologia condivisa per la presa in carico della persona potenzialmente a rischio per lo sviluppo di polmoniti secondarie ad episodi di ab-ingestis rappresenta uno dei requisiti necessari per garantire alla persona assistita prestazioni efficaci e coerenti al bisogno sicurezza in ogni setting di cura. Nel considerare che le persone assistite maggiormente a rischio per fenomeni di ab ingestis sono coinvolte in percorsi di transizione tra diversi setting in contesto ospedaliero ed altresì da ospedale a residenzialità e/o domiciliarità, assume un ruolo prioritario l'armonizzazione delle fasi di accertamento del grado di avanzamento della capacità deglutitoria, degli interventi protettivi e di gestione della problematica. È pertanto fondamentale garantire il trasferimento di tutte le informazioni necessarie per il passaggio del carico assistenziale in sicurezza. Risulta inoltre di notevole rilevanza il coinvolgimento del caregiver nella gestione dell'assistito a domicilio, che spesso riferisce di non avere preparazione specifica; pertanto la pianificazione degli interventi educativi rappresenta la strategia più efficace per garantire un livello di sicurezza adeguato per la gestione della transizione di cura.

Trasferimento del carico assistenziale Ospedale - Territorio

La continuità assistenziale garantisce un percorso organizzativo integrato tra ospedale e territorio, per assicurare il prosieguo della presa in carico ed appropriatezza assistenziale nei casi di "dimissione protetta" delle persone assistite che si caratterizzano per bisogni assistenziali complessi e nel caso specifico, a rischio di polmonite ab ingestis.

In Regione Veneto con il Decreto n.31 del 3.04.2023 è stato definito il "*Percorso unico regionale per la dimissione ospedaliera protetta*" a supporto del ritorno a domicilio dei pazienti fragili. La prevista pianificazione della dimissione al fine di garantire la continuità assistenziale, in particolar modo per quei pazienti definiti "fragili" (per patologia, necessità assistenziali o difficoltà sociali), deve essere assicurata attraverso il coordinamento funzionale tra più strutture e soggetti: unità ospedaliere, medici di medicina generale, servizi territoriali e sociali, strutture di riabilitazione, residenze sanitarie, individuando nelle Centrali Operative Territoriali i soggetti deputati alla verifica del processo di transizione.

Gli elementi essenziali per garantire un'adeguata dimissione protetta sono rappresentati dai seguenti criteri:

- identificazione dei problemi di salute dell'utente (clinici e assistenziali);
- valutazione dei bisogni assistenziali dell'utente, condivisa con l'equipe;
- capacità della famiglia ad assistere l'utente a domicilio e/o della rete dei servizi assistenziali socio-sanitari (Assistenza Domiciliare Integrata - ADI o Servizi di Assistenza Domiciliare - SAD);
- consegna di materiale informativo x familiari e caregiver per la gestione delle problematiche presenti dell'assistito.

Tra le strategie utili a garantire la sicurezza nelle transizioni di cura, al momento della dimissione della persona assistita, è riconosciuto il valore del contributo dell'equipe multidisciplinare dell'Unità Operativa ospedaliera dimettente nell'evidenziare i bisogni assistenziali ancora presenti.
Si ritiene importante che nel documento a supporto della continuità assistenziale tra setting di cura, nei pazienti con rischio di ab ingestis, siano previste le seguenti informazioni:

- Punteggio Barthel alla dimissione (con dettaglio punteggio item "alimentazione"),
- Test di screening per disfagia se effettuati,
- Prescrizione di utilizzo di addensante,
- Test di valutazione dello stato nutrizionale,
- Peso corporeo alla dimissione,
- Modifiche della dieta/piano nutrizionale,
- Presidi per il supporto nutrizionale: Sondino Naso Gastrico (SNG), Gastrostomia Endoscopica Percutanea (PEG),
- Prescrizioni a service: ossigenoterapia, ventilatore, nutrizione enterale,
- Educazione terapeutica ai caregiver se effettuata (o iniziata) e obiettivi raggiunti e da raggiungere.

La formazione

L'approccio multiprofessionale nella presa in carico e gestione di questa categoria di assistiti prevede una sinergia di intenti e di comportamenti che possono essere attuati solo attraverso un'integrazione e condivisione dell'approccio assistenziale definito nelle linee di indirizzo regionali. A tal fine, la formazione rappresenta una leva strategica per raggiungere tale obiettivo.
I requisiti ritenuti fondamentali per il raggiungimento dei livelli di efficacia nell'erogazione delle prestazioni assistenziali, prevedono che la formazione includa:

- sessioni in cui siano presenti contemporaneamente tutti i professionisti delle discipline previste nella quali siano approfonditi ruoli, responsabilità, interazioni e/o attribuzioni nelle diverse fasi del processo assistenziale;
- percorsi formativi per i sanitari della rete ospedaliera, dei servizi residenziali e servizi territoriali;
- tempestivo riconoscimento del bisogno formativo dei caregiver di riferimento per l'implementazione di un percorso strutturato per l'acquisizione delle competenze necessarie per la cura della persona a domicilio.

Formazione del personale sanitario
La progettazione degli interventi formativi deve garantire la realizzazione di eventi che trattino ambiti trasversali (tecnico-professionali, di processo e di sistema) e deve essere pianificata in sinergia con gli Uffici di Formazione Aziendali, le Direzioni Sanitarie e delle Professioni Sanitarie e i Risk Manager e/o i Referenti per la sicurezza delle cure.

La formazione del personale sanitario ha due macro obiettivi: il primo è l'acquisizione delle competenze necessarie per individuare i pazienti a rischio e quindi la gestione di questa popolazione; il secondo è l'acquisizione di competenze riguardo le metodologie educative per i pazienti e caregiver.

Formazione dei Caregiver

Nella fase di dimissione è importante accompagnare il paziente ed il caregiver con interventi educativi e di supporto sia nel fornire informazioni clinico–assistenziali ed aiuto psicologico, sia nel guidare verso l'acquisizione e lo sviluppo di abilità e comportamenti specifici per la gestione dei problemi legati alla patologia, favorendo al tempo stesso il riconoscimento di alcune potenziali complicanze legate alle condizioni di salute. Il ruolo del caregiver risulta fondamentale per preservare il comfort, la sicurezza, la dignità, e l'autostima della persona assistita e tale prospettiva si realizza attraverso un'alleanza terapeutica con i professionisti sanitari coinvolti nel processo di cura.

Tale processo deve essere attivato già a partire dalla fase di accertamento della previsione di dimissione/transizione difficile (Decreto n. 31 del 03/04/2023).

Nella pianificazione dell'intervento educativo (Allegato 7 - Intervento educativo del caregiver, percorso educativo per la gestione dei deficit deglutitori e per la prevenzione delle polmoniti da aspirazione e inalazione) è necessario:

- identificare il caregiver di riferimento e tempestivamente accertare il bisogno formativo per l'assistenza del paziente a rischio ab-ingestis a domicilio,
- individuare setting, tempistiche e materiali informativi adeguati per l'erogazione dell'intervento educativo;
- adottare modalità comunicative semplici e adeguate al livello di comprensione del caregiver;
- definire i problemi prioritari, in termini di sicurezza, e i contenuti essenziali da trasmettere, esplicitando le condizioni di rischio che i caregiver devono saper gestire;
- prevedere apposita modulistica per la tracciabilità delle attività educative e dell'avanzamento dei vari step previsti;
- prevedere il monitoraggio e la validazione delle competenze raggiunte; ● definire una ri-valutazione dello stato di apprendimento.

L'intervento educativo/formativo dei caregiver avviene durante il periodo di degenza dell'assistito e prevede le seguenti fasi:

- somministrazione di un opuscolo informativo (Allegato 8 - Opuscolo delle indicazioni comportamentali per la persona disfagica) circa le nozioni di base per l'inquadramento del problema di salute;
- addestramento sul campo (dimostrazione e coinvolgimento dell'attività assistenziale); ● osservazione del livello di autonomia raggiunto dal caregiver; ● verifica, con correzione e rinforzo di quanto appreso.

Approcci Metodologici

I percorsi di educazione terapeutica rappresentano un elemento cardine nella promozione della salute e nella gestione delle patologie croniche, poiché finalizzati al miglioramento delle competenze di *health*

literacy (alfabetizzazione sanitaria) (Weiss BD, 2009). Con tale termine si intende la capacità di ottenere, elaborare e capire informazioni sanitarie di base e accedere ai servizi di salute in modo da effettuare scelte consapevoli. In pratica essere in grado di acquisire, comprendere e utilizzare informazioni per la propria salute. La *health literacy* implica il raggiungimento di un livello di conoscenze, di capacità individuali e di fiducia in se stessi tali da spingere gli individui ad agire per migliorare la propria salute e quella della collettività, modificando lo stile e le condizioni di vita personali. Pertanto, la *health literacy* non indica solo la capacità di leggere opuscoli e prendere appuntamenti, ma è un'importante strategia di *empowerment* che può migliorare la capacità degli individui di accedere alle informazioni e ai servizi, e utilizzarli in modo efficace (Wold Health Organization (WHO) Health Promotion Glossary, 1998). In quest'ottica, l'educazione terapeutica non si limita alla trasmissione di informazioni, ma si configura come un processo interattivo che rende il paziente e/o il suo caregiver partecipe e protagonista del proprio percorso di cura. Per raggiungere tale obiettivo, è fondamentale garantire una comunicazione chiara, comprensibile e verificabile, in grado di adattarsi al livello di alfabetizzazione sanitaria della persona e del caregiver. I percorsi di educazione terapeutica possono avvalersi della metodologia del *Teach Back* (spiegami quello che ti ho insegnato) (Allegato 9 - Tecnica Teach–Back) per rendere efficace la comunicazione tra sanitari e utenti. Si tratta di un metodo di conferma per valutare se l'utente ha capito e compreso ciò che è stato spiegato. La tecnica del Teach Back (Agency for Health Care Research and Quality - AHRQ) obbliga l'utente a riassumere quanto comunicato e a memorizzare; favorisce la comprensione e il dialogo tra operatore sanitario ed utente; lascia un ricordo nel tempo; coinvolge attivamente e responsabilizza sia l'utente che l'operatore sanitario. Tra i principi per migliorare la sicurezza nei pazienti ed il processo di autoapprendimento risulta fondamentale adottare alcuni accorgimenti tra i quali: parlare piano, usare le domande aperte, usare un linguaggio semplice e chiaro, fare degli esempi *(*AHRQ*,* 2017*).*

Tale tecnica prevede di chiedere al paziente di riformulare con parole proprie quanto appreso, così da permettere all'operatore di accertarsi della corretta comprensione e, se necessario, ripetere o chiarire le informazioni. Questo metodo non implica una verifica punitiva, ma piuttosto una conferma collaborativa dell'efficacia comunicativa. La conferma è certa se il destinatario della comunicazione è in grado di ripetere ciò che gli è stato comunicato. I vantaggi sono molteplici: rafforzamento della memorizzazione attiva, consolidamento del dialogo bidirezionale, miglioramento della sicurezza del paziente e incremento dell'aderenza terapeutica (Kornburge et al., 2013).

L'American Medical Association e il National Quality Forum, affermano che questa tecnica è un metodo efficace per accertare il reale livello di comprensione della persona e/o del caregiver. Secondo la Joint Commission International (JCI, 2007) è "il metodo preferito per incoraggiare la partecipazione attiva delle persone alla loro cura oltre ad essere una strategia di sicurezza".

In associazione al *Teach Back*, è stato sviluppato lo *Show Me Method (*Allegato 9 A - Tecnica Show me method*)*, tecnica pratica che consente di "chiudere il ciclo delle informazioni". In questo caso, il professionista chiede all'utente di dimostrare concretamente l'abilità appena appresa, ad esempio la preparazione di un farmaco, la gestione di un presidio o l'esecuzione di una manovra. Questo approccio si rivela particolarmente efficace per l'acquisizione di competenze operative e riduce il rischio di errori nelle procedure assistenziali.

In conclusione, l'integrazione sistematica del *Teach Back* e dello *Show Me Method* nei percorsi di educazione terapeutica rappresenta un approccio evidence-based che migliora la comprensione, favorisce l'autonomia decisionale e garantisce una maggiore sicurezza del paziente. La loro applicazione, unita a un linguaggio chiaro, a una relazione di fiducia e a strumenti di supporto adeguati, costituisce una strategia imprescindibile per sostenere pazienti e caregiver nella gestione quotidiana della salute.

Conclusioni

Il Gruppo di Lavoro (GdL) ha individuato la necessità di dotarsi di strumenti operativi efficaci per la prevenzione, il riconoscimento e l'intervento precoce nelle polmoniti da aspirazione e inalazione. Nella redazione del documento sono stati considerati elementi strategici e imprescindibili: l'approccio basato sulle evidenze, il valore formativo dell'agire educativo, la standardizzazione dei trattamenti e la costruzione di un'alleanza terapeutica con l'assistito e i suoi familiari.

Attraverso la stesura e la diffusione delle "Linee di indirizzo sulla polmonite da aspirazione e inalazione", il GdL intende promuovere la consapevolezza sul tema tra i professionisti della salute del Veneto, nei diversi setting assistenziali, fornendo conoscenze e strumenti uniformi per l'agire clinico-assistenziale e per il miglioramento degli esiti sensibili all'assistenza.

L'attuazione sistematica delle indicazioni contenute in questo documento, supportata da adeguati percorsi formativi e di training per il personale coinvolto nell'assistenza ai pazienti a rischio di polmonite da aspirazione e inalazione, sarà oggetto di analisi e valutazione continua nell'ambito del monitoraggio degli Esiti Sensibili all'Assistenza (ESA).

Bibliografia

- Aas JA, Paster BJ, Stokes LN, Olsen I, Dewhirst FE. Defining the normal bacterial flora of the oral cavity. *J Clin Microbiol* 2005; 43: 5721-32
- Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD, *Guide to Patient and Family Engagement in Hospital Quality and Safety*. Content last reviewed December 2017.available at https://www.ahrq.gov/patient-safety/patients-families/engagingfamilies/guide.html
- Agency for Healthcare Research and Quality Rockville, MD (AHRQ) *Health Literacy Universal Precautions Toolkit*, Third Edition, 2023, Publication No. 23-0075 available at https://www.ahrq.gov/health-literacy/improve/precautions/toolkit.html
- Agency for Healthcare Research and Quality Rockville, MD(AHRQ), *Use the Teach-Back Method: Tool 5*. Content last reviewed April 2024. available at https://www.ahrq.gov/health-literacy/improve/precautions/tool5.html#5.
- Almirall J, Boixeda R, De La Torre Mc, Torres A. Aspiration pneumonia: A renewed perspective and practical approach. *Respir Med* 185: 106485, 2021. https://doi.org/10.1016/J.RMED.2021.106485
- Atag E, Krivec U, Ersu R. Non-invasive Ventilation for Children With Chronic Lung Disease. *Front Pediatr*. 2020 Nov 11;8:561639. doi: 10.3389/fped.2020.561639
- Bartlett JG. How important are anaerobic bacteria in aspiration pneumonia: when should they be treated and what is optimal therapy. *Infect Dis Clin North Am* 2013; 27: 149-55
- Bernard GR, Luce JM, Sprung CL, et al: High-dose corticosteroids in patients with the adult respiratory distress syndrome. *N Engl J Med* 1987; 317:1565–1570
- Bone RC, Fisher CJ Jr, Clemmer TP, et al: Early methylprednisolone treatment for septic syndrome and the adult respiratory distress syndrome. Chest 1987; 92: 1032–1036
- Bonten MJ, Gaillard CA, van der Geest S, van Tiel FH, Beysens AJ, Smeets HG, et al. The role of intragastric acidity and stress ulcus prophylaxis on colonization and infection in mechanically ventilated ICU patients. A stratified, randomized, double-blind study of sucralfate versus antacids. *Am J Respir Crit Care Med* 1995; 152: 1825-34
- Bonten MJ, Gaillard CA, van Tiel FH, van der Geest S, Stobberingh EE. Continuous enteral feeding counteracts preventive measures for gastric colonization in intensive care unit patients. *Crit Care Med* 1994; 22: 939-44
- Cabre M, Serra-Prat M, Palomera E, Almirall J, Pallares R, Clavé P. Prevalence and prognostic implications of dysphagia in elderly patients with pneumonia. *Age Ageing* 39: 39–45, 2010. https://doi.org/10.1093/ageing/afp100
- Clark HM. (2003). Neuromuscular treatments for speech and swallowing: A tutorial. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 12(4), 400–415
- Duke Antimicrobial Stewardship Outreach Network (DASON). *Review of the 2016 IDSA/ATS Practice Guidelines for the Management of Adults with Hospital-acquired (HAP) and Ventilator-Associated Pneumoniae (VAP)*. Accessed September 10, 2020

- Decreto del Direttore della Direzione Programmazione Sanitaria n. 31 del 03 aprile 2023, "Percorso unico regionale per la dimissione ospedaliera protetta"
- DeVita MA & Spierer-Rundback L. (1990). Swallowing disorders in patients with prolonged orotracheal intubation or tracheostomy tubes. *Critical Care Medicine*, 18(12), 1328–1330 https://doi.org/10.1097/00003246-199012000-00015
- Dewhirst FE, Chen T, Izard J, et al. The human oral microbiome. *J Bacteriol* 2010; 192: 5002-17
- Dickson RP, Erb-Downward JR, Huffnagle GB. The role of the bacterial microbiome in lung disease. *Expert Rev Respir Med* 2013; 7: 245-57
- Dimopoulos G, Poulakou G, Pneumatikos IA, Armaganidis A, Kollef MH, Matthaiou DK. Short- vs long-duration antibiotic regimens for ventilator-associated pneumonia: a systematic review and meta-analysis. *Chest*. 2013;144(6):1759-1767. doi:10.1378/chest.13-0076
- El-Solh AA, Pietrantoni C, Bhat A, et al. Microbiology of severe aspiration pneumonia in institutionalized elderly. *Am J Respir Crit Care Med* 2003; 167: 1650-4
- Fischler L, Erhart S, Kleger GR, Frutiger A. Prevalence of tracheostomy in ICU patients. A nation-wide survey in Switzerland. Int Care Med 2000; 26: 1428-33
- Gaita A, Barba L, Calcagno P, Cuccaro A, Grasso MG, Pascale O, et al. *The dysphagic patient: handbook for family and caregivers*. Istituto Superiore di Sanità 2008, 20 p. Rapporti ISTISAN 08/38
- Gleeson K, Eggli DF, Maxwell SL. Quantitative aspiration during sleep in normal subjects. *Chest* 1997; 111: 1266-72
- Gupte T, Knack A, Cramer JD. Mortality from Aspiration Pneumonia: Incidence, Trends, and Risk Factors. *Dysphagia*. 2022 Jan 31. doi: 10.1007/s00455-022-10412-w. Epub ahead of print. PMID: 35099619
- Indicazioni di terapia empirica per la polmonite comunitaria, associata all'assistenza e nosocomiale nel paziente adulto e pediatrico, elaborato dal Gruppo Multidisciplinare della Regione Veneto 2022
- Jaoude PA, Knight PR, Ohtake P, El-Solh AA. Biomarkers in the diagnosis of aspiration syndromes. *Expert Rev Mol Diagn.* 2010 Apr;10(3):309-19. doi: 10.1586/erm.10.7. PMID: 20370588; PMCID: PMC2882092
- Kageyama S, Takeshita T, Furuta M, et al. Relationships of variations in the tongue microbiota and pneumonia mortality in nursing home residents. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2018; 73: 1097-102
- Kornburge C, Gibson C, Sadowski S Maletta K, Klingbeil C, et al. Using "teach-back" to promote a safe transition from hospital to home: an evidence-based approach to improving the discharge process. *J Pediatr Nurs* 2013 May-Jun; 28(3): 282-91PMID: 23220377 doi: 10.1016/j.pedn.2012.10.007. Epub 2012 Dec 5
- Kalil AC, Metersky ML, Klompas M, et al. Management of Adults With Hospital-acquired and Ventilator-associated Pneumonia: 2016 Clinical Practice Guidelines by the Infectious Diseases Society of America and the American Thoracic Society. *Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am*. 2016;63(5):e61-e111. doi:10.1093/cid/ciw353
- Košutova P, Mikolka P. Aspiration Syndromes and Associated Lung Injury: Incidence, Pathophysiology and Management. *Physiol Res*. 2021 Dec 30; 70(Suppl4):S567-S583

- Langmore SE, Terpenning MS, Schork A, Chen Y, Murray JT, Lopatin D & Loesche WJ. (1998). Predictors of aspiration pneumonia: How important is dysphagia? *Dysphagia*, 13(2), 69–81. https://doi.org/10.1007/PL00009559
- Leibovitz A, Plotnikov G, Habot B, et al. Saliva secretion and oral flora in prolonged nasogastric tube-fed elderly patients. *Isr Med Assoc J* 2003; 5: 329-32
  Liapikou A, Polverino E, Cilloniz C, Peyrani P, Ramirez J, Menendez R, et al. A worldwide perspective of nursing home-acquired pneumonia compared with community-acquired pneumonia. *Respir Care* 59: 1078–85, 2014. https://doi.org/10.4187/respcare.02788
- Logemann JA. (1983). *Evaluation and treatment of swallowing disorders*. Pro-Ed
- Macht M, White SD, Moss M. Swallowing dysfunction after critical illness. *Chest* 2014; 146: 1681-9
- Mandell LA, Niederman MS. Aspiration Pneumonia. *N Engl J Med*. 2019 Feb 14;380(7):651-663. doi: 10.1056/NEJMra1714562. PMID: 30763196
- Manzano JL, Lubillo S, Henriquez D, Martin JC, Perez MC & Wilson DJ. (1993). Verbal communication of ventilator-dependent patients. *Critical Care Medicine*, 21(4), 512–517. https://doi.org/10.1097/00003246-199304000-00009
- Marik PE, Careau P. The role of anaerobes in patients with ventilator-associated pneumonia and aspiration pneumonia: a prospective study. *Chest* 1999; 115: 178-83
- Marik PE. Aspiration pneumonitis and aspiration pneumonia. *N Engl J Med*. 2001 Mar 1;344(9):665-71. doi: 10.1056/NEJM200103013440908. PMID: 11228282
- Mier L, Dreyfuss D, Darchy B, et al. Is penicillin G an adequate initial treatment for aspiration pneumonia? A prospective evaluation using a protected specimen brush and quantitative cultures. *Intensive Care Med* 1993; 19: 279-84
- Mokrà D. Acute lung injury - from pathophysiology to treatment. *Physiol Res* 69: S353–S366, 2020. https://doi.org/10.33549/physiolres.934602
- Neill S, Dean N. Aspiration pneumonia and pneumonitis: a spectrum of infectious/noninfectious diseases affecting the lung. *Curr Opin Infect Dis*. 2019 Apr;32(2):152-157. doi: 10.1097/QCO.0000000000000524. PMID: 30676341
- Niederman MS, Cilloniz C. Aspiration pneumonia. *Rev Esp Quimioter*. 2022 Apr;35 Suppl 1(Suppl 1):73-77. doi: 10.37201/req/s01.17.2022. Epub 2022 Apr 22. PMID: 35488832; PMCID: PMC9106188
- Ortega Fernández O, Clavé P. Oral hygiene, aspiration, and aspiration pneumonia: from pathophysiology to therapeutic strategies. *Curr Phys Med Rehabil Reports* 1: 292–295, 2013. https://doi.org/10.1007/s40141-013-0032-z
- Paintal HS, Kuschner WG. Aspiration syndromes: 10 clinical pearls every physician should know. *Int J Clin Pract* 61: 846–852, 2007. https://doi.org/10.1111/j.1742-1241.2007.01300.x
- Palmer PM, Neel AT, Sprouls G & Morrison L. (2010). Swallow characteristics in patients with oculopharyngeal muscular dystrophy. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research,* 53(6), 1567–1578. https://doi.org/10.1044/1092-4388(2010/09-0068)

- Perbet S, Mongardon N, Dumas F, et al. Early-onset pneumonia after cardiac arrest: characteristics, risk factors and influence on prognosis. *Am J Respir Crit Care Med* 2011; 184: 1048-54
- Potts RG, Zaroukian MH, Guerrero PA & Baker CD. (1993). Comparison of blue dye visualization and glucose oxidase test strip methods for detecting pulmonary aspiration of enteral feedings in intubated adults. *Chest*, 103(1), 117–121. https://doi.org/10.1378/chest.103.1.117
- Quintel M & Roth H. (1999). Tracheostomy in the critically ill: Clinical impact of new procedures. *Intensive Care Medicine*, 25(3), 326–328. https://doi.org/10.1007/s001340050825
  Raghavendran K, Nemzek J, Napolitano LM, Knight PR. Aspiration-induced lung injury. *Crit Care Med* 39: 818–826, 2011. https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e31820a856b
- Rebuck JA, Rasmussen JR, Olsen KM. Clinical aspiration-related practice patterns in the intensive care unit: A physician survey. *Crit Care Med* 2001; 29:2239–2244
- Reverberi C, Piccone M, Olgiati T, Rosa D. Lo screening infermieristico della disfagia del paziente con ictus in fase acuta: validazione italiana del contenuto del "Gugging Swallowing Screen"
  (GUSS), *ResearchGate*, Poster · April 2017, DOI: 10.13140/RG.2.2.33064.42248
- Robbins J, Gangnon RE, Theis SM, Kays SA, Hewitt AL & Hind JA. (2005). The effects of lingual exercise on swallowing in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(9), 1483–1489. https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53467.x
- Robbins J, Kays SA, Gangnon RE, Hind JA, Hewitt AL, Gentry LR & Taylor AJ. (2007). The effects of lingual exercise in stroke patients with dysphagia. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 88(2), 150–158. https://doi.org/10.1016/j.apmr.2006.11.002
- Salik I, Doherty Tm. *Mendelson Syndrome*. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; June 26, 2021
- Sanivarapu RR, Gibson J. *Aspiration Pneumonia*. In: StatPearls. StatPearls Publishing; 2020. Accessed August 19, 2020. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470459/
- Sanivarapu RR, Gibson J. *Aspiration Pneumonia*. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, Treasure Island (FL): 2021
- Segal LN, Rom WN, Weiden MD. Lung microbiome for clinicians: new discoveries about bugs in healthy and diseased lungs. *Ann Am Thorac Soc* 2014; 11:108-16
- Skoretz SA, Riopelle SJ, Wellman L & Dawson C. (2020). Investigating swallowing and tracheostomy following critical illness: A scoping review. *Critical Care Medicine*, 48(1), 141–151. https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000004098
- Son YG, Shin J, Ryu HG. Pneumonitis and pneumonia after aspiration. *J Dent Anesth Pain Med* 17: 1–12, 2017. https://doi.org/10.17245/jdapm.2017.17.1.1
- Sukumaran M, Granada MJ, Berger HW, et al: Evaluation of corticosteroid treatment in aspiration of gastric contents: A controlled clinical trial. *Mt Sinai J Med* 1980; 47:335–340
- Weiss BD. (2009) *Health Literacy and patient safety: Help patients understand*, Second Ed.; 34-35 IL: American Medical Association Foundation; 2007, 62 p. available at https://med.fsu.edu/sites/default/files/userFiles/file/ahec_health_clinicians_manual.pdf

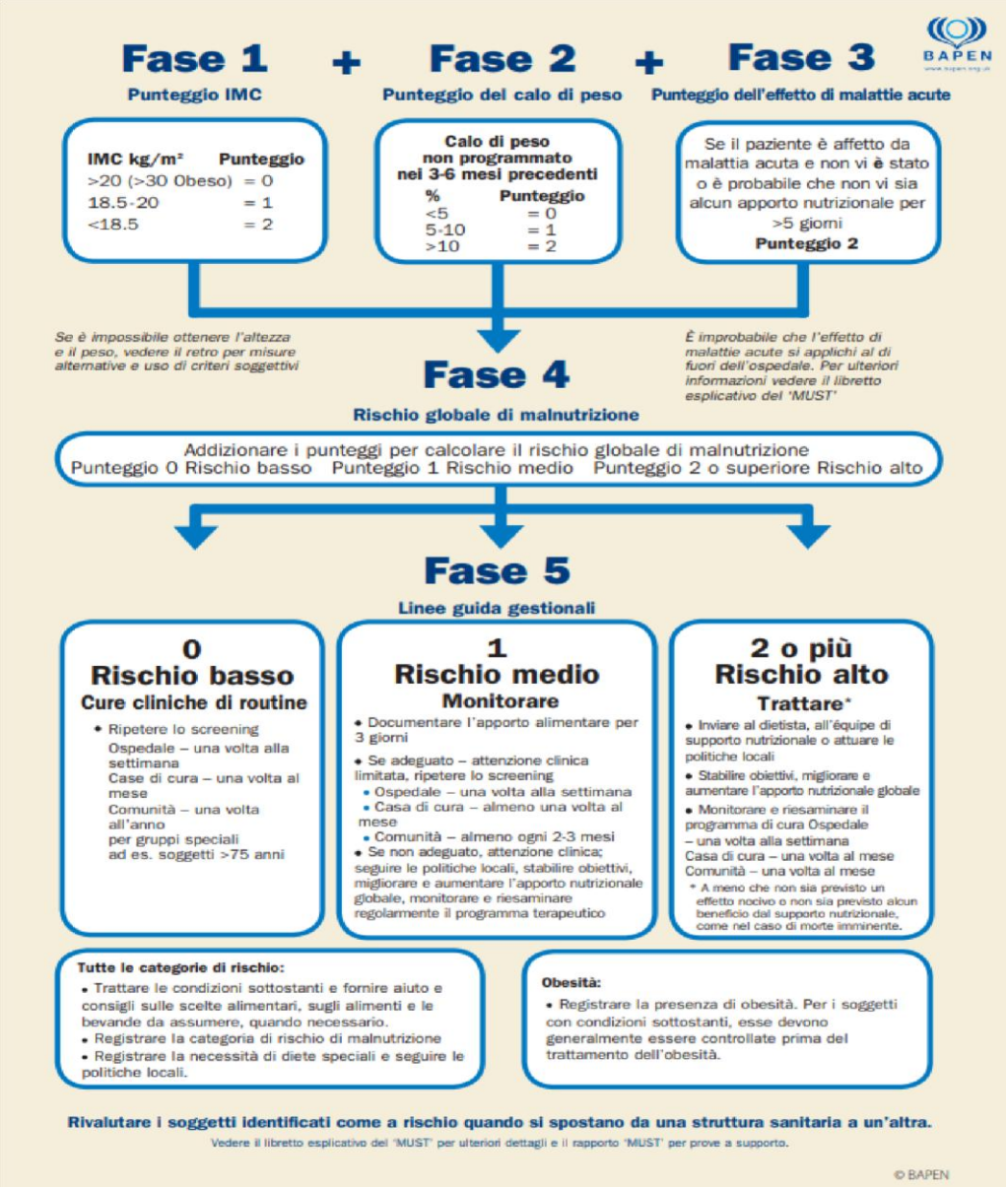
- World Health Organization: *Health Promotion Glossary*, 1998 https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HPR-HEP-98.1
- Wolfe JE, Bone RC, Ruth WE: Effects of corticosteroids in the treatment of patients with gastric aspiration. *Am J Med 1977* 63:719–722

REGIONE DEL VENETO

Servizio Socio Sanitario Regionale
In Universum Salus

Allegato 1 - La valutazione del rischio nutrizionale

TEST SCREENING MUST (Malnutrition Universal Screening Tool)



https://www.bapen.org.uk/images/pdfs/must/italian/must-toolkit.pdf

REGIONE DEL VENETO

Servizio Socio Sanitario Regionale
In Universum Salus

1) **TEST SCREENING NRS-2002 (Nutritional Risk Screening 2002)**

NRS-2002

1	Il BMI è < 20,5?	SI	NO
2	Il paziente ha perso peso negli ultimi 3 mesi?	SI	NO
3	Il paziente ha ridotto gli introiti alimentari nell'ultima settimana?	SI	NO
4	Il paziente presenta una patologia acuta grave?	SI	NO

Se la risposta è SI ad almeno una delle domande è necessaria una valutazione nutrizionale completa.

ALTERATO STATO NUTRIZIONALE		GRAVITÀ DELLA PATOLOGIA (≈ aumento dei fabbisogni)	
Assente Score 0	Stato nutrizionale normale	Assente Score 0	Fabbisogni nutrizionali normali
Lieve Score 1	Perdita di peso >5 % in 3 mesi oppure Introiti alimentari tra 50-75% dei normali fabbisogni nelle settimane precedenti	Lieve Score 1	Traumi con fratture Paziente cronico, in particolare con complicazioni acute: cirrosi, COPD . *Emodialisi cronica, diabete, oncologia*
Moderato Score 2	Perdita di peso >5 % in 2 mesi oppure BMI 18,5-20 + alterate cond. generali oppure Introiti alimentari tra 25-50% dei normali fabbisogni nelle settimane precedenti	Moderato Score 2	Chirurgia addominale maggiore Ictus *Polmoniti gravi, onco-ematologia*
Grave Score 3	Perdita di peso >5 % in 1 mese (>15% in 3 mesi) oppure BMI< 18,5 + alterate cond. generali oppure Introiti alimentari tra 0-25% dei normali fabbisogni nelle settimane precedenti	Grave Score 3	Trauma cranico Trapianto di midollo *Pazienti della terapia intensiva (APACHE > 10)*
Score: +		Score:	
= Score totale:			
Età se ≥ 70 anni aggiungere 1 score allo score totale; Score corretto per età =			

https://www.sinpe.org/documenti/nrsX2002.pdf

2) **TEST SCREENING MNA (Mini Nutritional Assessment)**

MNA

SCREENING

A	**L'assunzione di cibo è diminuita negli ultimi 3 mesi, per perdita di appetito, problemi digestivi, difficoltà di masticazione o deglutizione?** **0 = grave diminuzione** **1 = moderata diminuzione** **2 = nessuna diminuzione**	☐
B	**Perdita di peso negli ultimi mesi:** **0 = perdita di oltre 3 kg** **1 = non sa** **2 = perdita fra 1 e 2 kg** **3 = nessuna perdita**	☐
C	**Mobilità** **0 = solo a letto o in poltrona** **1 = si alza dal letto o poltrona, ma non esce di casa** **2 = esce di casa**	☐
D	**Negli ultimi mesi ha sofferto di stress psicologici o malattie acute?** **0 = si** **2 = no**	☐
E	**Problemi neuropsicologici** **0 = demenza o depressione severa** **1 = demenza moderata** **2 = nessun problema neuropsicologico**	☐
F	**Indice di massa corporea o BMI (peso in kg/altezza in m²)** **0 = BMI < 19** **1 = 19 ≤ BMI < 21** **2 = ≤ 21 BMI < 23** **3 = BMI ≥ 23**	☐
	Screening Score (sub totale max. 14 punti) ➢ **12 o più punti: Normale non a rischio: valutazione completa non necessaria** ➢ **11 o meno punti: Possibile malnutrizione: completare la Valutazione** **(vedi scheda MNA valutazione)**	☐

https://www.sinpe.org/documenti/mna.pdf

REGIONE DEL VENETO

Servizio Socio Sanitario Regionale
In Universum Salus

MNA

VALUTAZIONE

G	Vive autonomamente a domicilio? 0 = no 1 = si	M	Quanti liquidi beve al giorno (acqua, tè, succhi, caffè, latte)? 0 = meno di 3 bicchieri 0,5 = da 3 a 5 bicchieri 1 = oltre 5 bicchieri
H	Assume più di 3 medicinali al giorno? 0 = no 1 = si	N	Come si nutre? 0 = necessita di assistenza 1 = autonomamente con difficoltà 2 = autonomamente, senza difficoltà
I	Piaghe da decubito o ulcere cutanee? 0 = no 1 = si	O	Come giudica il proprio stato nutrizionale? 0 = si giudica malnutrito 1 = non sa 2 = pensa di non avere problemi
J	Quanti pasti completi fa al giorno? 0 = 1 pasto 1 = 2 pasti 2 = 3 pasti	P	Come giudica il proprio stato di salute in confronto ai coetanei? 0 = meno buono 0,5 = non sa 1 = come gli altri 2 = meglio degli altri
K	Consuma: Almeno una porzione di prodotti caseari? Si No Una o due volte la settimana uova o legumi? Si No Carne, pesce o pollame ogni giorno? Si No 0 = se 0 o 1 Si 0,5 = se 2 Si 1 = se 3 Si	Q	Circonferenza brachiale (MAC) in cm: 0 = MAC inferiore a 21 0,5 = MAC tra 21 e 22 1 = MAC 22 o più
L	Due o più porzioni di frutta o verdura al giorno? 0 = no 1 = si	R	Circonferenza del polpaccio (CC) in cm: 0 = CC inferiore a 31 1 = CC di 31 o più
Valutazione Score (sub totale max. 16 punti)			

MNA Score Totale (max. 30 punti)

17 – 25 PUNTI = A RISCHIO DI MALNUTRIZIONE

< 17 PUNTI = MALNUTRITO

https://www.sinpe.org/documenti/mna.pdf

TABELLA PER L' APPLICAZIONE DEI RISULTATI DEI TEST DI SCREENING NUTRIZIONALE E RELATIVI INTERVENTI SUGGERITI			
MUST[4]	NRS-2002[3]	MNA[5]	Interventi
Punteggio 0: basso rischio di malnutrizione Non sono presenti condizioni di rischio di malnutrizione.	**Punteggio 0: rischio nutrizionale assente** Stato nutrizionale normale – fabbisogni nutrizionali normali.	**Punteggio SCREENING ≥12: stato nutrizionale normale**	Ripetere lo screening in base al setting di cura (settimanalmente nei pazienti ricoverati, mensilmente per gli ospiti delle case di cura, annualmente nelle comunità).
Livello 1: medio rischio di malnutrizione Presenza di una delle seguenti condizioni: - BMI 18.5 – 20 kg/m² - perdita di peso fra il 5% e il 10% negli ultimi 3-6 mesi (oppure rispetto al peso abituale, se non disponibile il peso dei 3-6 mesi precedenti)	**Livello 1: rischio nutrizionale lieve** Presenza di una delle seguenti condizioni: · perdita di peso > 5% in 3 mesi oppure assunzione dietetica 50 – 75% rispetto ai fabbisogni nelle settimane precedenti (in assenza di patologie che aumentano i fabbisogni nutrizionali) · patologie che comportano un lieve aumento dei fabbisogni (in presenza stato nutrizionale normale). · età > 70 anni con stato nutrizionale normale e senza patologie che aumentino i fabbisogni. **Livello 2: rischio nutrizionale moderato** Presenza di una delle seguenti condizioni: · BMI fra 18.5 – 20 kg/m² associato a condizioni generali scadute, oppure assunzione dietetica 25-50% rispetto ai fabbisogni nelle settimane precedenti, oppure perdita di peso > 5% in 2 mesi (in assenza di patologie che aumentano i fabbisogni nutrizionali) · patologie e condizioni cliniche che comportano un moderato aumento dei fabbisogni (in presenza di stato nutrizionale normale.) · presenza contemporanea di 2 fattori di rischio lieve	**Punteggio SCREENING 8-11** **e successivo punteggio VALUTAZIONE DELLO STATO NUTRIZIONALE 17-23.5:** **rischio di malnutrizione**	Monitorare l'assunzione di alimenti e liquidi con il diario alimentare per almeno 3 giorni: · se adeguata ripetere il test di screening almeno una volta alla settimana in ospedale, una volta al mese in Casa di Cura e ogni 2 o 3 mesi a domicilio; · se inadeguata inviare il paziente al Servizio Ospedaliero di Dietetica e Nutrizione Clinica per l'impostazione di un piano di trattamento dietetico.

Livello ≥ 2: alto rischio di malnutrizione Presenza di almeno una delle seguenti condizioni: · malattia acuta e alimentazione inadeguata (< 50% dei fabbisogni) per più di 5 giorni · perdita di peso > 10% negli ultimi 3-6 mesi · BMI < 18.5 kg/m² · BMI 18.5 – 20 kg/m²con calo ponderale del 5% - 10% negli ultimi 3-6 mesi (oppure rispetto al peso abituale, se non disponibile il peso dei 3-6 mesi precedenti)	**Livello ≥ 3: rischio nutrizionale grave** Presenza di una delle seguenti condizioni: · BMI < 18.5 kg/m² associato a condizioni generali scadute, oppure perdita di peso > 5% nell'ultimo mese (o >15% in 3 mesi), oppure assunzione dietetica 0 – 25% rispetto ai fabbisogni nella settimana precedente · patologie che comportano un severo aumento dei fabbisogni · presenza contemporanea di almeno 3 condizioni di rischio lieve, oppure almeno 1 condizione di rischio lieve + 1 una condizione di rischio moderato.	**Punteggio SCREENING ≤7: malnutrito e successivo punteggio VALUTAZIONE GLOBALE <17** **cattivo stato nutrizionale/malnutri to**	Avvisare il medico e avviare le schede di monitoraggio dell'assunzione di alimenti e bevande. Inviare il paziente al Servizio Ospedaliero di Dietetica e Nutrizione Clinica per l'impostazione di un piano di trattamento dietetico

Allegato 2 – Buone pratiche per la valutazione e gestione dell'igiene orale nella prevenzione della polmonite da aspirazione

1. Principi generali

- Obiettivo: ridurre la colonizzazione orale da patogeni respiratori, prevenire l'aspirazione di secrezioni infette e mantenere la funzionalità oro-faringea.
- Target: pazienti fragili, anziani, soggetti disfagici, pazienti ospedalizzati o istituzionalizzati.
- Approccio raccomandato: combinare valutazione iniziale, pianificazione individualizzata e monitoraggio periodico.
- I protocolli di igiene orale devono specificare forniture e strumenti necessari.
- Il materiale deve essere conservato vicino al letto del paziente per facilitarne l'uso da parte del personale e dei caregiver.
- Specificare strumenti e procedure riduce l'incidenza di VAP (ventilator-associated pneumonia) e HAP (hospital-acquired pneumonia).
- Utilizzare uno strumento validato o validato internamente per la valutazione della cura del cavo orale, tutto il personale deve essere formato e addestrato al suo utilizzo e le competenze acquisite devono essere attestate.

A. AMBITO DOMICILIARE

Destinatari: persone fragili assistite a casa, con o senza caregiver.

1. Valutazione

- **Valutazione iniziale** (almeno annuale o alla comparsa di disfagia / declino cognitivo):
  - Stato dentale (dentiera, denti naturali, carie, fratture). o Salute gengivale (sanguinamento, infiammazione).
  - Stato della mucosa orale (lesioni, secchezza).
  - Capacità autonoma di igiene orale.

2. Gestione quotidiana

- Spazzolamento denti/dentiera 2 volte/die con dentifricio fluorato (≥ 1000 ppm).
- Pulizia gengive, lingua e mucosa con spazzolino a setole morbide o spugne orali imbevute di soluzione antibatterica (clorexidina 0,12% una volta/die nei pazienti ad alto rischio, max 14 giorni consecutivi per prevenire resistenze e alterazioni del gusto).

- Rimozione e pulizia quotidiana delle protesi con acqua e sapone neutro, disinfezione notturna in soluzione appropriata.
- Idratazione orale con gel o spray nei pazienti con xerostomia.
- Educazione caregiver e familiari.

3. Monitoraggio

- Rivalutazione ogni 3-6 mesi o in caso di cambiamenti clinici.
- Documentazione su diario assistenziale.

B. AMBITO OSPEDALIERO

Destinatari: pazienti ricoverati, in particolare anziani, disfagici, in terapia intensiva o a lungo degenza.

1. Valutazione iniziale (entro 24 ore dal ricovero, nei pazienti ventilati entro 6 ore) ●

Esame visivo del cavo orale (condotto da infermiere).

- Identificazione di fattori di rischio per colonizzazione batterica e aspirazione.
- Inserimento delle condizioni orali nella cartella clinica e nel piano assistenziale.

2. Interventi quotidiani

- Spazzolamento con dentifricio fluorato almeno 2 volte/die; se il paziente non collabora, usare tecniche assistite.
- Pulizia gengive, lingua e palato con spazzolino o spugna orale, almeno 2 volte/die, nei pazienti intubati ogni 2-4 ore.
- Uso di clorexidina 0,12% -0,2% nei pazienti ad alto rischio (terapia intensiva - in particolare in terapia intensiva cardiotoracica, disfagia severa, ventilazione invasiva/non invasiva prolungata) secondo protocollo ospedaliero condiviso da team multidisciplinare.
- Gestione e disinfezione quotidiana delle protesi; rimozione notturna e conservazione in contenitore dedicato.
- Aspirazione delle secrezioni orali nei pazienti non in grado di deglutire. preferire spazzolini e tamponi con aspirazione integrata.

3. Sorveglianza e documentazione

- Registrare ogni intervento di igiene orale.
- Rivalutazione almeno ogni 72 ore o a seguito di peggioramento clinico, nei pazienti intubati. rivalutazione ogni 12 ore.
- Inserire l'igiene orale nei bundle di prevenzione della polmonite non associata a ventilatore (NV-HAP).

C. CENTRI SERVIZI / RSA / STRUTTURE TERRITORIALI

Destinatari: anziani istituzionalizzati, pazienti con patologie croniche invalidanti.

1. Valutazione periodica

- All'ingresso in struttura: valutazione completa del cavo orale.
- Valutazione trimestrale e dopo ogni episodio di infezione respiratoria.
- Uso di strumenti standardizzati (es. Oral Health Assessment Tool – OHAT).

2. Gestione e prevenzione

- Programma di igiene orale giornaliera eseguito da personale formato:
  - Spazzolamento denti/dentiera 2 volte/die. o Pulizia mucose, gengive e lingua.
  - Clorexidina 0,12% -0,2% nei pazienti ad alto rischio secondo protocollo strutturale.
- Pulizia e disinfezione quotidiana delle protesi, conservazione notturna in contenitore dedicato.
- Idratazione del cavo orale per prevenire la xerostomia.
- Formazione continua del personale assistenziale e audit periodici.

3. Monitoraggio della qualità

- Audit trimestrali sul rispetto del protocollo.
- Indicatori: % pazienti con igiene orale documentata 2 volte/die, % pazienti valutati con OHAT, tasso di polmonite da aspirazione.

NOTE OPERATIVE

- L'uso della clorexidina è raccomandato in pazienti ad alto rischio ma va limitato temporalmente per evitare alterazioni della flora orale.
- La formazione del personale è determinante: dimostrazioni pratiche, simulazioni e uso di poster/checklist nei reparti/strutture.
- L'integrazione multidisciplinare (infermiere, medico, logopedista, igienista dentale) migliora l'aderenza e la personalizzazione degli interventi.

Tabella riassuntiva. Valutazione, gestione e monitoraggio dell'igiene del cavo orale in ambito domiciliare, ospedaliero e centri servizi

Valutazione	Gestione quotidiana	Monitoraggio
Domiciliare		
- Valutazione iniziale annuale o al peggioramento clinico - Stato dentale, gengivale, mucosa, protesi - Capacità autonoma di igiene orale	- Spazzolamento denti/dentiera 2 volte/die con dentifricio fluorato ≥1000 ppm - Pulizia gengive, lingua, mucosa con spazzolino morbido o spugna imbevuta - Clorexidina 0,12% - 0,2% 1×/die nei pazienti ad alto rischio (max 14 gg) - Pulizia e disinfezione quotidiana protesi - Idratazione orale con gel/spray	- Rivalutazione ogni 3–6 mesi o al cambiamento clinico - Documentazione su diario assistenziale
Ospedaliero		
- Valutazione entro 24h dal ricovero, nei pazienti intubati entro 6 ore - Esame visivo e identificazione fattori rischio	- Spazzolamento con dentifricio fluorato ≥2 volte/die - Pulizia gengive, lingua, palato - Clorexidina 0,12% -0,2% nei pazienti ad alto rischio secondo protocollo	- Registrazione di ogni intervento - Rivalutazione ogni 72h o a peggioramento, nei
- Inserimento dati in cartella clinica	- Disinfezione quotidiana protesi, rimozione notturna - Aspirazione secrezioni orali se indicato - Coordinamento con logopedista in caso di disfagia	pazienti intubati ogni 12h - Inserimento igiene orale nei bundle NV-HAP
Centri Servizi / RSA		
- Valutazione all'ingresso e trimestrale - Rivalutazione dopo infezioni respiratorie - Uso strumenti standardizzati (OHAT)	- Igiene orale giornaliera eseguita da personale formato - Spazzolamento denti/dentiera 2 volte/die - Pulizia mucose e lingua - Clorexidina 0,12% nei pazienti ad alto rischio secondo protocollo - Disinfezione quotidiana protesi - Idratazione orale	- Audit trimestrali sul rispetto protocollo - Indicatori di qualità (% pazienti valutati, % con igiene orale documentata, tasso di polmonite da aspirazione)

Riferimenti bibliografici

British Thoracic Society. BTS Clinical Statement on Aspiration Pneumonia. *Thorax*. 2023.

Centers for Disease Control and Prevention. *Oral Health in Healthcare Settings to Prevent Pneumonia Toolkit*. CDC; 2023.

Klompas M, et al. Strategies to prevent nonventilator hospital-acquired pneumonia. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2022;43(5):553-569.

British Association of Critical Care Nurses. *Oral care in critical care*. BACCN; 2020.

Alkhawaja S, et al. Post-pyloric versus gastric tube feeding for preventing pneumonia in critically ill adults: updated systematic review and meta-analysis. *Crit Care*. 2023;27(1):45.

Agency for Healthcare Research and Quality. Preventing Hospital-Acquired Pneumonia Bundle. AHRQ; 2025

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). *Oral Health: Supporting Adults Who Require Assistance* (Second Edition). Toronto, ON: RNAO; 2024.

Appendice 1 Anamnesi della salute orale

Esempio di domande per raccogliere la storia della salute orale

1. Ha dolore in bocca, alle gengive, ai denti o alla lingua?
2. Ha difficoltà a masticare determinati alimenti? Se sì, quali?
3. Ha difficoltà a deglutire?
4. Le gengive sanguinano durante lo spazzolamento o spontaneamente?
5. Ha notato mobilità dentale o denti che sembrano muoversi?
6. Porta protesi dentarie? Se sì:
   - Quando le ha ottenute? o Le indossa regolarmente? o Le toglie di notte?
   - Ha dolore, ulcere o irritazioni legate alla protesi?
7. Quanto spesso si lava i denti o pulisce la protesi?
8. Utilizza ausili aggiuntivi (filo interdentale, scovolini, collutori)?
9. Ha avuto cure odontoiatriche negli ultimi 12 mesi? Se no, da quanto tempo non effettua una visita?
10. Ha secchezza orale (xerostomia)? Assume farmaci che possono ridurle la salivazione?
11. Ha cattivo gusto o alitosi persistente?
12. È mai stato diagnosticato un problema orale o dentale significativo (carie frequenti, parodontite, lesioni precancerose)?
13. Ha malattie croniche (es. diabete, BPCO, cardiopatie) che possono influire sulla salute orale?
14. Fuma o ha fumato in passato? Consuma alcol? Se sì, con quale frequenza?
15. C'è qualcos'altro riguardo la sua bocca, i denti o la protesi che vorrebbe segnalare?

Nota: queste domande possono essere adattate al contesto (ospedale, RSA, domicilio) e servono per una valutazione sistematica della salute orale e dei fattori di rischio associati.

REGIONE DEL VENETO

Servizio Socio Sanitario Regionale
In Universum Salus

Appendice 2 Strumenti di valutazione della salute orale Oral Health Assessment Tool (OHAT) (traduzione da RNAO, Appendix J)

Residente: _____

Compilato da: _____

Data: ___/___/___

Categorie e punteggio (0 = sano, 1 = cambiamento*, 2 = non sano*)

(*se in una categoria si assegna 1 o 2, organizzare una visita odontoiatrica*)

Categoria	0 = sano	1 = cambiamento*	2 = non sano*	Punteggio
Labbra	lisce, rosa, umide	secche, screpolate, rosse agli angoli	gonfiore, nodulo, lesione bianca/rossa, ulcerazioni, sanguinamento	
Lingua	normale, rosa, umida	fissurata, arrossata, patinata	ulcere, gonfiore, patina rossa/bianca	
Gengive/tessuti	rosa, umide, lisce, senza sanguinamento	secche, lucide, arrossate, gonfie, un'ulcera sotto la protesi	sanguinanti, multiple ulcere, aree bianche/rosse, arrossamento diffuso sotto protesi	
Saliva	tessuti umidi, saliva fluida	tessuti secchi, saliva ridotta, residente riferisce secchezza	tessuti aridi, poco o nessun flusso, saliva densa, residente riferisce secchezza	
Denti naturali	nessun dente cariato o fratturato	1–3 denti cariati, fratturati o consumati	4+ denti cariati, fratturati, consumati o meno di 4 denti residui	
Protesi	integra, portata regolarmente, identificata	Una frattura/dente rotto, indossata solo 1–2 ore, non identificata o allentata	più fratture, mancante, non indossata, instabile o non identificata	
Igiene orale	bocca e protesi pulite, senza residui	placca o residui in 1–2 aree, alitosi lieve	placca estesa, residui diffusi, alitosi severa	

Dolore dentale	nessun segno	segni verbali/comportamentali (toccare il viso, non mangiare, agitazione)	segni fisici (gonfiore, dente fratturato, ulcere) + segni verbali/comportamentali	

☐ Organizzare visita odontoiatrica

☐ Il residente e/o la famiglia/tutore rifiutano cure odontoiatriche

☐ Compilare il piano di igiene orale e avviare interventi di supporto

☐ Rivalutare la salute orale del residente il: //___

Punteggio totale massimo: 16

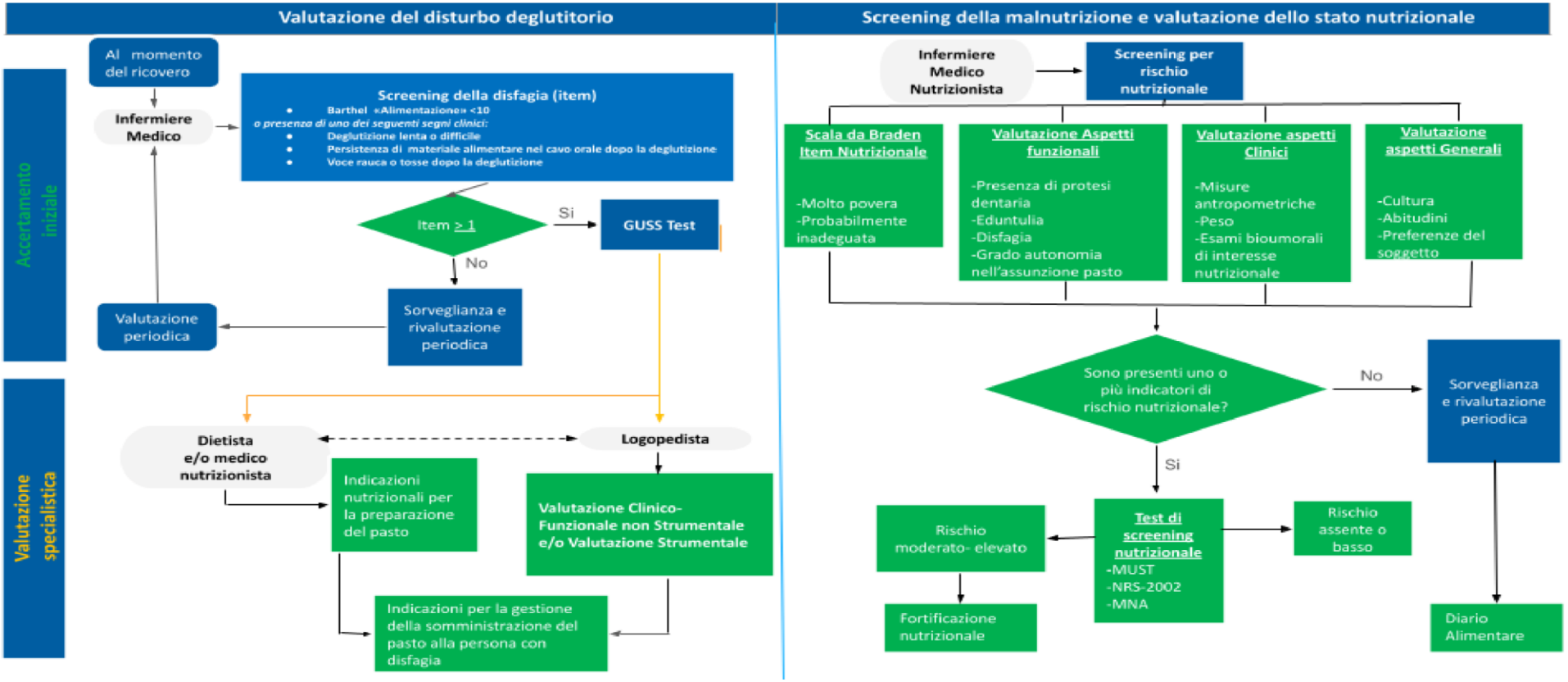
Riferimento bibliografico

Chalmers J., King P., Spencer A., Wright F., Carter K. (2005). The Oral Health Assessment Tool – validity and reliability. Australian Dental Journal, 50(3), 191–199.

REGIONE DEL VENETO

Servizio Socio Sanitario Regionale
In Universum Salus

Allegato 3 - Flow-chart per l'accertamento dei rischi di inalazione/aspirazione e malnutrizione



Allegato 4 – La valutazione della disfagia nel paziente adulto

Lo screening precoce e la valutazione specialistica della deglutizione sono molto importanti perché aiutano a ridurre le probabilità di malnutrizione e di polmonite da aspirazione.

La valutazione della disfagia può essere suddivisa in tre livelli:

1. ***SCREENING***: ha lo scopo di evidenziare eventuali situazioni di rischio che necessitano di ulteriori approfondimenti clinici. Lo screening viene generalmente somministrato dall'infermiere utilizzando in via preferenziale il test GUSS-ITA (vedi allegato 5).
2. ***VALUTAZIONE CLINICO-FUNZIONALE NON STRUMENTALE O CLINICAL SWALLOW EXAMINATION (CSE):*** serve a rilevare la presenza di disfagia, a valutarne la gravità, a individuare i meccanismi disfunzionali, a programmare la riabilitazione, a rimodulare un piano di trattamento, a valutare gli esiti del trattamento e a iniziare una relazione terapeutica. Altro scopo di questa valutazione è identificare se è necessario un approfondimento diagnostico tramite valutazione strumentale. La figura professionale di riferimento per questa valutazione è il logopedista.
3. ***VALUTAZIONE STRUMENTALE:*** ha gli stessi obiettivi della valutazione clinica (CSE) con l'aggiunta della formulazione della diagnosi. Ha il pregio di identificare in maniera chiara e inequivocabile gli episodi di aspirazione. Tale valutazione viene generalmente effettuata da personale medico come foniatra, radiologo e otorino.

Il percorso valutativo inizia con la somministrazione dello screening e, per i pazienti positivi allo screening, continua con la valutazione clinica non strumentale e successivamente, qualora necessario, con la valutazione strumentale.

1. **SCREENING INIZIALE**

E' importante prima di procedere con lo screening della disfagia, considerare i seguenti aspetti:

- presenza di criteri di stabilità clinica (definiti dal medico referente del caso);
- presenza di un buon livello di coscienza (GCS maggiore o uguale a 9);
- capacità di mantenere uno stato di vigilanza per più di 15 minuti consecutivi;
- igiene del cavo orale adeguata;
- capacità di mantenere per almeno 15 minuti, il controllo del capo anche con l'aiuto di eventuali supporti.

Di seguito vengono descritti i principali strumenti che possono essere utilizzati in ogni livello di valutazione.

- ***Toronto Bedside Swallow Screening Test (TOR-BSST)*** *(Martino et al., 2009):* è stato validato attraverso una popolazione di pazienti con stroke. Il test può essere somministrato da personale sanitario appositamente formato e certificato (test soggetto a copyright). Il test è di semplice esecuzione e può essere utilizzato sia negli ospedali per acuti e sia in riabilitazione. Il TOR-BSST ha una sensibilità del 91,3% e analizza tre comportamenti:
  - Capacità di deglutire boli liquidi;
  - Forza linguale;
  - Qualità vocale prima e dopo la prova di deglutizione.

Il test è diviso in due parti che richiedono circa dieci minuti per la somministrazione:

- La prima parte spiega l'importanza della valutazione e indica gli strumenti utili per determinare la presenza di disfagia (esame fisico e capacità deglutitoria) e contiene due item che analizzano la voce e la motricità linguale;
- La seconda parte contiene le prove di capacità deglutitoria e la rilevazione dei comportamenti conseguenti.

Come per tutti gli altri test di screening, per essere somministrabile, il paziente deve essere vigile e deve stare seduto con schienale del letto sollevato a 90°. Nella prima parte del test, si chiede al paziente di pronunciare la vocale "a" e poi tirare fuori la lingua. Se la voce è normale, non presentando alcun tipo di anomalia, e la lingua in protrusione non devia, sia passa alla seconda parte. Nella seconda parte al paziente si chiede di bere in sequenza dieci cucchiaini da tè pieni di acqua. A ogni cucchiaino somministrato si verifica se c'è tosse o modificazione della voce: la prova si sospende se si verifica uno dei due fenomeni. In tal caso, infatti, il test riceve come esito la dicitura "fail" e il paziente viene messo in regime di "nihil per os" e rinviato alla valutazione logopedica. Nel caso in cui, i dieci cucchiaini vengano assunti senza alcuna manifestazione di comportamenti patologici, si chiede al paziente di bere un bicchiere di acqua e quindi di produrre la vocale "a". Analogamente in questo caso, se la voce non si modifica e non si presenta tosse, il test riceve come esito la dicitura "pass".

- ***Volume-Viscosity Test (V-VST)*** *(Clavè et al., 2008):* è un test clinico per identificare i segni di alterazione deglutitoria, con una sensibilità dell'88% e una specificità del 64%. Per aumentare la sensibilità del test durante la somministrazione è stata aggiunta la misurazione della saturazione con pulsossimetro. Il test è stato validato mediante il confronto con videofluoroscopia su 97 pazienti. Il test prevede la valutazione della performance deglutitoria durante l'ingestione di boli di volume e consistenza variabili. Le consistenze testate sono il liquido, il semiliquido e semisolido. I volumi di presentazione delle varie consistenze sono 5,10 e 20 ml. ✔ Sono stati considerati segni di scarsa sicurezza deglutitoria:
  - tosse,
  - diminuzione della saturazione di almeno tre punti percentuali, - cambiamenti della qualità della voce.

  ✔ Sono stati considerati segni di alterazione dell'efficienza deglutitoria:
  - deglutizione frazionata,
  - presenza di residui nella cavità orale e in faringe.

  ✔ La somministrazione del test richiede la disponibilità dei seguenti materiali:
  - acqua,
  - addensante in bustine preconfezionate di 4,5 grammi e 9 grammi,
  - un bicchiere,
  - una siringa da 20 ml, - un cucchiaio,
  - un pulsossimetro.

La prova viene effettuata con il pulsossimetro posizionato sull'indice della mano destra. Il valore di base rispetto a cui rilevare eventuali desaturazioni viene rilevato 2 minuti prima dell'inizio del test. La somministrazione dei boli prosegue dal volume più piccolo a quello più grande. Le consistenze vengono somministrate secondo la sequenza di semiliquido, liquido e semisolido. Un diagramma di flusso regola la modalità di somministrazione del test nelle varie condizioni cliniche che possono essere riscontrate. La durata della somministrazione è, secondo le indicazioni degli autori, inferiore a 6 minuti.
I criteri di accesso allo screening sono: pazienti di età superiore ai 75 anni, pazienti con patologia respiratoria, pazienti con patologie neurologiche.

- ***Royal Brisbane and Woman Hospital (RBWH)*** *(Cichero, Heaton, Bassett, 2009):* è un test di screening validato su una popolazione di pazienti di un ospedale generale per acuti. Il RBWH è uno strumento infermieristico ed è applicabile a popolazioni eterogenee di pazienti in unità di ricovero per acuti. Il test necessita di un breve corso di formazione specifica della durata di circa 30 minuti. Ha una sensibilità del 95% e una specificità del 97%. E' suddiviso in due fasi, di cui la seconda è ulteriormente suddivisa in tre step. Il tempo totale di somministrazione è di circa 9 minuti, di cui circa 2 minuti sono necessari per la somministrazione della prima fase e circa 5-7 minuti per la seconda. Nella prima fase viene rilevata la presenza di condizioni comunemente associate a disfagia: nel caso in cui il paziente non presenti nessuna delle condizioni cliniche comunemente associate a disfagia, l'infermiere ferma lo screening e il paziente viene alimentato con dieta normale. Se invece il paziente presenta una delle condizioni cliniche comunemente associate a dsfagia, si procede con la seconda fase del test, il cui primo step prevede l'intervista con il paziente o con i familiari, il secondo rileva la presenza di disfagia o segni di aspirazione. Se il paziente non presenta nessun segno di disfagia, si procede con la prova del bicchiere di acqua compresa nel terzo step del test. In caso contrario, cioè nell'eventualità in cui il paziente presenti segni di disfagia, l'infermiere ferma lo screening, mette il paziente in regime di nulla per os e lo invia al logopedista per un'ulteriore valutazione.

- ***Gugging Swallowing Screen (GUSS)*** *(Trapl et al., 2007):* è stato validato mediante il confronto con FEES (Fiberoptic Endoscop Evaluation of Swalloning) su 892 pazienti con stroke in fase acuta. Ha una sensibilità del 100% e una specificità del 50%. Il test si suddivide in due parti: la prima parte comprende prove indirette di deglutizione; la seconda impiega 3 subtest che analizzano la capacità di deglutire del paziente con tre diverse consistenze somministrate secondo un ordine ben preciso. Le parti di cui il test si compone vanno somministrate in maniera sequenziale. Ogni item prevede l'assegnazione di un punteggio alla prestazione effettuata dal paziente. Il punteggio più alto viene assegnato alla prestazione migliore, viceversa il più basso alla prestazione peggiore. Il punteggio massimo del test è 20, ognuno dei quattro subtest ha un punteggio massimo di 5. Il test viene somministrato con il paziente seduto in un ambiente tranquillo. le consistenze e i device utilizzati durante la prova devono essere presentati in posizione frontale. Nella prima sezione vengono valutati prerequisiti necessari per l'effettuazione delle successive prove di alimentazione. Se il

paziente ottiene un punteggio adeguato alla prova di vigilanza (presenza di tosse e deglutizione della saliva), si passa la seconda sezione: il punteggio 5 totalizzato nella prima sezione permette di passare alla seconda; in caso contrario, si sospende la prova, il paziente viene messo a "nulla per os" e si programma la successiva, ulteriore valutazione. La seconda sezione comprende le prove di alimentazione che vengono effettuate prima per i semisolidi (acquagel), poi per l'acqua (liquidi), poi per i solidi (pane secco). Se ognuna delle tre prove viene superata senza segni di disfunzione, ossia senza tosse, cambiamenti della voce e scialorrea, si passa alla consistenza successiva. Il test viene fermato in qualsiasi punto si verifichi tosse o un altro dei fenomeni disfunzionali. A seconda dei punteggi ottenuti al test, viene individuata una dieta per l'alimentazione del paziente. Il punteggio 20 orienta verso una dieta normale, senza restrizioni. Il punteggio da 10 a 14 indirizza verso una dieta cremosa che non comprende i liquidi. Il punteggio da 0 a 9 non consente alcuna alimentazione orale.

- ***Dysphagia Risk Score 2 (DRS 2)****:* è una versione aggiornata e semplificata del DRS *(Amitrano e Pezzella, 2009)*. Il DRS 2 è stato validato mediante confronto con FEES in 1006 pazienti. E' un modello di scala che ha come finalità il calcolo del rischio di insorgenza di complicanze della disfagia: si tratta di una scala gerarchica che prevede l'esecuzione di semplici prove che fanno parte della pratica del nursing. La scala si compone di 8 item:
  - Età del paziente: si attribuisce un punteggio 1 ai soggetti che hanno compiuto o superato i 75 anni d'età;
  - Livello di coscienza: in caso di assenza di vigilanza si attribuisce un punteggio 1 e si interrompe la somministrazione della scala, attribuendo al paziente il valore massimo di rischio;
  - Tosse volontaria: la mancata capacità del paziente di tossire su richiesta verbale o su imitazione determina l'attribuzione del punteggio 3;
  - Test dell'acqua: al paziente viene richiesto di bere un bicchiere d'acqua di circa 90 cc. se si verifica tosse durante la prova o entro un minuto dalla somministrazione dell'acqua si attribuisce un punteggio pari a 3. la prova viene interrotta nel caso il paziente inizi a tossire;
  - Qualità della voce: alla presenza di cambiamento della qualità vocale, dopo la somministrazione del bicchiere di acqua, si attribuisce il punteggio di 3;
  - Presenza di scialorrea: si attribuisce il punteggio di 0,5;
  - Emissione di saliva: se durante l'intera osservazione il paziente autonomamente sputa la saliva, a tale comportamento viene attribuito il punteggio 2;
  - Dispnea: in caso di chiara difficoltà respiratoria si attribuisce punteggio 2.

Tutti i punteggi ottenuti, escluso lo zero, attivano ulteriori procedure di valutazione della deglutizione e comportano la sospensione cautelare dell'alimentazione per via orale. In altri termini lo screening è superato ("pass") con punteggio zero e fallito ("fail") in tutti gli altri casi.

Nella tabella 1 vengono elencati i principali test di screening validati:

TEST DI SCREENING	VALIDAZIONE	SENSIBILITÀ	SPECIFICITÀ	ALTRO
Toronto Bedside Swallow Screening Test (TOR-BSST)	Si, attraverso una popolazione di pazienti con stroke	91,3%		test soggetto a copyright
Volume-Viscosity Test (V-VST)	Si, mediante il confronto con videofluoroscopia su 97 pazienti	88%	64%	
Royal Brisbane and Woman Hospital (RBWH)	Si, su una popolazione di pazienti di un ospedale generale per acuti	95%	97%	
Gugging Swallowing Screen (GUSS) GUSS-ITA (vers. italiana)	Si, mediante il confronto con FEES (*Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swalloning*) su 50 pazienti con stroke in fase acuta	**100%**	**50%**	Tradotto in lingua italiana (**v. allegato 5**)
Dysphagia Risk Score 2 (DRS 2)	Si, mediante confronto con FEES in 1006 pazienti			modello di scala che ha come finalità il calcolo del rischio di insorgenza di complicanze della disfagia

Il panorama dei test di screening comprende anche il Bedside Swallow Assessment Scale (BSA), Mealtime Assessment tool for dysphagia (M.A.T.), Three-oz water swallow test (3-oz WST), Standardized Swallowing Assessment (SSA), Acute-Stroke Dysphagia Screen (ASDS).

2. **VALUTAZIONE CLINICO-FUNZIONALE NON STRUMENTALE O CLINICAL SWALLOW EXAMINATION (CSE)**

I pazienti positivi allo screening necessitano di un ulteriore livello di valutazione, somministrato da personale con preparazione specifica sui disturbi di deglutizione e cioè dal logopedista.

La valutazione clinico-funzionale non strumentale effettuata dal logopedista, ha l'obiettivo di confermare il sospetto di disfagia emerso durante lo screening e se possibile, individuare i meccanismi disfunzionali che generano la disfagia. La valutazione clinica non strumentale si compone di tre diverse fasi:

- raccolta storia clinica del paziente;
- analisi morfo-dinamica delle strutture e degli organi implicati nella deglutizione;
- prove di alimentazione.

Nella raccolta della storia clinica del paziente, vengono raccolte le informazioni che il paziente e/o i suoi caregiver forniscono sulla tempistica e le modalità di insorgenza del disturbo di deglutizione, nonché sulla localizzazione dei sintomi: elementi orientano la successiva analisi dei singoli organi implicati nella deglutizione.

Relativamente all'analisi morfo-dinamica delle strutture coinvolte nella deglutizione si dovranno osservare la motricità delle labbra, della lingua e la motricità del velo palatino. E' invece impossibile, con metodica clinica, analizzare la motricità faringea e laringea. Nell'esecuzione della CSE per l'analisi delle strutture più interne del tratto deglutitorio, il valutatore deve ricorrere ad adeguate inferenze come la valutazione acustica della qualità della voce che darà informazioni sulla funzionalità laringea. Nella CSE l'attenta analisi percettiva dei parametri vocali può evidenziare diverse disfunzioni a carico delle diverse strutture anatomiche coinvolte (velo palatino, piano glottico, laringe, ecc.). Anche l'analisi della funzionalità faringea viene effettuata in gran parte ricorrendo a inferenze come rilevazione di tosse post deglutitoria o sensazione di corpo estraneo in gola che possono essere segnali di disfunzione faringea. L'osservazione della motricità del tratto faringo-laringeo necessita di tecniche strumentali di analisi.

Le prove di alimentazione sono la fase della valutazione più rischiosa, in quanto il paziente è esposto al rischio di aspirazione; per tale motivo le prove di alimentazione vengono sempre somministrate dopo la valutazione degli organi deglutitori e gli alimenti vengono proposti in sequenza predeterminata: liquidi, semisolidi, semiliquidi e solidi. Gli alimenti solidi vengono testati per ultimi in quanto espongono il paziente in una condizione di rischio di aspirazione maggiore rispetto alle altre consistenze. Il logopedista valuterà se testare tutte le consistenze a seconda dei segni o sintomi che presenta il paziente durante le prove. La presenza del riflesso della tosse è molto importante perché permette all'esaminatore di inferire la presenza di penetrazione di cibo nelle vie aeree. In assenza di tosse sarà impossibile valutare fenomeni di penetrazione. Nella CSE è quindi di fondamentale importanza la valutazione dei meccanismi di difesa fisiologici come la tosse e il raclage.

La ***prova delle tre dita*** permette di stabilire in quale fase del transito oro-faringeo del bolo, insorga la tosse. L'esaminatore utilizza tre dita della propria mano: l'indice, il medio e l'anulare. L'indice viene posizionato sotto il mento del paziente, mentre il medio e l'anulare sono posizionati sul collo, il medio sul margine superiore della cartilagine tiroidea, l'anulare sul margine inferiore della cartilagine cricoide. Al paziente vengono somministrati i boli della consistenza testata.

In questa posizione sarà possibile, per l'esaminatore, rilevare la caduta predeglutitoria nelle vie aeree, la caduta intradeglutitoria e post deglutitoria dell'alimento somministrato.

Stabilire l'esatto momento dell'insorgenza della tosse aiuta l'esaminatore a collocare meglio la disfunzione nello svolgersi dell'atto deglutitorio.

La prova delle tre dita non sostituisce le necessarie indagini strumentali ma consente di chiarire meglio la disfunzione deglutitoria. Inoltre, durante lo svolgimento del programma riabilitativo, la prova delle tre dita, consente di fornire un feedback continuo al logopedista e al paziente stesso.

Durante il pasto, anche ***l'uso del saturimetro*** è utile per avere ulteriori elementi sull'andamento della capacità deglutitoria del paziente.

La valutazione clinica non strumentale si basa sulla somministrazione di protocolli specifici. Molti sono gli strumenti reperibili in letteratura, solo due sono validati come:

- ***Mann Assessment of Swallowing Ability (MASA)*** *(Mann, 2002; Kwon et al., 2019):* è un test di valutazione clinica della disfagia con buone caratteristiche psicometriche. E' uno strumento per l'identificazione dei disturbi di deglutizione in pazienti con stroke. Il test si compone di 24 item che indagano 4 principali aree:
  - stato generale del paziente (costituita da 8 item);
  - fase di preparazione orale (6 item); - fase orale (4 item); - fase faringea (6 item).

A ogni item viene assegnato un punteggio massimo di 5 o 10 punti. Le prestazioni peggiori ricevono un punteggio più basso, a seconda dell'entità della compromissione. Il punteggio massimo ottenibile al test è di 200 e il cut off è di 177 per la disfagia e 170 per il rischio di aspirazione. A seconda del punteggio, sarà possibile classificare la disfagia come assente, lieve, moderata o severa. Il punteggio ottenuto permette la classificazione del rischio di aspirazione che risulterà assente, lieve, medio o grave. In pazienti con stroke, il MASA ha una sensibilità del 71% e una specificità del 72% per la predizione di disfagia, mentre una sensibilità del 93% e una specificità del 55% per la predizione di aspirazione.

- ***Functional Oral Intake Scale (FOIS)*** *(Crary, Mann, Grother, 2005):* è una scala ordinale a sette livelli che descrive il livello di dieta del paziente. E' stata tradotta e validata per la lingua italiana (*Battel, Calvo, Walshe, 2018).* E' una scala ordinale a sette livelli che descrive il livello di dieta del paziente: livello 1 (nulla per os) rappresenta il livello di maggiore gravità, mentre il livello 7 (alimentazione completamente orale, senza alcuna limitazione) costituisce naturalmente quello di minore gravità. I livelli intermedi descrivono situazioni diverse: i livelli 1-3 descrivono vari tipi di alimentazione con sonda nutrizionale, i livelli da 4 a 7 definiscono invece i vari gradi di alimentazione orale.

Tra i test di valutazione clinica sono comprese anche altre ***scale di livello della dieta*** (Dysphagia Outcome Severity Scale – DOSS, National Outcome Measurement System – NOMS). Questi strumenti descrivono il livello di dieta attuale del paziente e informano poco sulla sede anatomica della disfunzione deglutitoria, ma consentono di stratificare il livello di dieta del paziente. Queste scale sono utili per quantificare l'outcome e nei follow up dei pazienti disfagici.

Anche le ***scale di autovalutazione*** potrebbero completare la valutazione, come: Autovalutazione della disfagia (MD Anderson Dysphagia Inventory) e DHI (Deglutition Handicap Index).

Ulteriore livello di valutazione è l'***OSSERVAZIONE AL PASTO*** *(Amitrano, Crinelli, 2005)* che negli ultimi anni è stata proposta come integrazione ai suddetti livelli di valutazione in quanto la deglutizione è un fatto dinamico che impegna un tempo variabile e si realizza in un contesto. Durante il pasto infatti, si può analizzare il comportamento deglutitorio/alimentare per tutta la durata del pasto stesso, rilevando anche

l'affaticabilità del paziente nello specifico momento della vita quotidiana e verificare anche il setting in cui il paziente consuma il pasto. Osservare quindi quello che effettivamente avviene quando il paziente consuma i pasti è di aiuto nel raggiungere il non sempre facile obiettivo di arrivare all'esatta definizione del disturbo di deglutizione del soggetto osservato, in quanto la finalità ultima del processo valutativo quella di documentare la performance deglutitoria nel modo più veritiero possibile (*Lambert et al., 2003*). Diversi sono gli strumenti che si possono utilizzare per l'osservazione del pasto:

a. ***Griglia di osservazione al pasto*** *(Amitrano e Crinelli, 2005):* strumento di analisi qualitativa del pasto. L'esaminatore è il logopedista o un caregiver specificamente formato.
b. ***McGill Ingestive Skills Assessment (MISA)*** *(Lambert et al., 2003):* è una scala progettata per la valutazione e il trattamento di adulti/anziani con disfagia neurogena piuttosto che chirurgica o neoplastica.
c. ***Mealtime Assessment Scale (MAS)*** *(Valentini et al., 2015):* è uno strumento quantitativo che consente la valutazione di un soggetto con disfagia sospetta o conclamata. La MAS viene abitualmente somministrata dal logopedista.
d. ***Mealtime Assessment Tool (MAT)*** *(Rossi et al., 2020):* è uno strumento di analisi quantitativa e qualitativa dei pasti. E' uno strumento validato ed è stato concepito dagli autori come una guida pratica di osservazione del pasto per i non professionisti.
e. ***Diario alimentare****:* non apporta conoscenze sulla capacità deglutitoria del paziente ma è utile a monitorare la quantità effettiva di cibo che lo stesso assume.

Altri sono gli strumenti a disposizione tra i quali EAT-10, Test per il monitoraggio della capacità deglutitoria, SSQ (validato per i diverticoli di Zenkers) e SDQ (Swallowing Disturbance Questionnaire).

Riferimenti bibliografici

Amitrano Antonio, *Disfagia e Alimentazione - il pasto del paziente con disturbi di deglutizione*, Carocci editore Faber, 2021

B. Travalca Cupillo, S. Sukkar, M. Spadola Bisetti, *disfagia.eat,* Omega Edizioni, 2001

Spread, VIII edizione, Ictus cerebrale, Linee guida italiane di prevenzione e trattamento, Luglio 2016

REGIONE DEL VENETO

Servizio Socio Sanitario Regionale
In Universum Salus

Allegato 5 - Test GUSS-Ita per lo screening della disfagia nel paziente adulto

G U S S-ITA

(Gugging Swallowing Screen)

Nome: _____

Data: _____

Ora: _____

1. Indagine preliminare / Prova indiretta di deglutizione

	SI'	NO
Vigilanza (*Il paziente deve essere vigile per almeno 15 minuti*).	1 ☐	0 ☐
Tossire e/o schiarire la voce (*tosse volontaria*) (Il paziente deve tossire o schiarirsi la voce due volte)	1 ☐	0 ☐
Deglutizione della saliva • Deglutizione senza difficoltà	1 ☐	0 ☐
• Perdita di saliva	0 ☐	1 ☐
• Modifica della voce (rauca, gorgogliante, velata, debole)	0 ☐	1 ☐
TOTALE		(5)
	1 – 4 = Indagare ulteriormente * 5 = Continuare con la 2° parte	

2. Prova diretta di deglutizione (Materiale: acqua, cucchiaino da thè, addensante alimentare, pane)

Nel seguente ordine:	1 ? SEMISOLIDO*	2 ? LIQUIDO**	3 ? SOLIDO***
DEGLUTIZIONE:			
• Deglutizione non possibile	0☐	0 ☐	0 ☐
• Deglutizione ritardata (> 2 sec.) (Consistenza solida> 10sec.)	1☐	1 ☐	1 ☐
• Deglutizione avvenuta correttamente	2☐	2 ☐	2 ☐
TOSSE (involontaria): *(prima, durante o dopo la deglutizione – fino a 3 minuti dopo)*			
• Sì	0☐	0 ☐	0 ☐
• No	1☐	1 ☐	1 ☐
PERDITA DI SALIVA:			
• Sì	0☐	0 ☐	0 ☐
• No	1☐	1 ☐	1 ☐
MODIFICA DELLA VOCE: *(ascoltare la voce prima e dopo la deglutizione – Il paziente deve pronunciare "O")*			
• Sì	0☐	0 ☐	0 ☐
• No	1☐	1 ☐	1 ☐
TOTALE	(5)	(5)	(5)
	1 – 4 = Indagare ulteriormente * 5 = Continuare con i cibi liquidi	1 – 4 = Indagare ulteriormente * 5 = Continuare con i cibi solidi	1 – 4 = Indagare ulteriormente * 5 = Nella norma

PUNTEGGIO TOTALE: Prova indiretta di deglutizione e Prova diretta di deglutizione _____ (20)

*	Per prima cosa somministrare da ? fino a ½ cucchiaino d'acqua con addensante alimentare (consistenza di un budino). Se non insorgono sintomi, somministrare da 3 a 5 cucchiaini. Valutare dopo il 5° cucchiaino.
**	3, 5, 10, 20 ml d'acqua – se non ci sono sintomi, continuare con 50 ml d'acqua (Daniels et al 2000;. Gottlieb et al 1996.). Valutare e fermare le indagini quando uno dei criteri viene osservato.
***	Clinico: Pane secco; FEES: Pane secco inzuppato in liquido chiaro.
¹	Utilizzare le indagini funzionali come la valutazione endoscopica della deglutizione con registrazione video (VFES) o la valutazione endoscopica della deglutizione con fibra ottica flessibile (FEES).

REGIONE DEL VENETO

REGIONE DEL VENETO
Servizio
Socio Sanitario
Regionale
In Universum Salus

G U S S-ITA

(Gugging Swallowing Screen)

GUSS – VALUTAZIONE

RISULTATI		CODICE DI GRAVITA'	RACCOMANDAZIONI
20	Cibi di consistenza semisolida / liquida e cibi solidi deglutiti senza difficoltà	Lieve disfagia / disfagia assente minimo rischio di aspirazione.	• Dieta normale • Liquidi regolari (La prima volta sotto la supervisione di un logopedista o di un infermiere esperto)
15-19	Cibi di consistenza semiliquida o liquida deglutiti senza difficoltà mentre i cibi solidi con difficoltà	Lieve disfagia con basso rischio di aspirazione.	• Dieta per la disfagia (frullati e cibi morbidi) • Ingerire liquidi molto lentamente – un sorso alla volta • Valutazione funzionale della deglutizione come Valutazione endoscopica della deglutizione con fibra ottica flessibile (FEES) o Valutazione endoscopica della deglutizione con registrazione video (VFES) • Fare riferimento a un logopedista
10-14	Cibi semisolidi deglutiti senza difficoltà mentre i liquidi con difficoltà	Moderata disfagia con rischio di aspirazione.	La dieta per disfagia inizia con: • cibi di consistenza semisolida come alimenti per neonati e nutrizione parenterale supplementare • Tutti i liquidi devono essere addensati! • Le compresse devono essere tritate e mescolate con liquido denso • Niente medicinali liquidi! • Ulteriori valutazioni funzionali della deglutizione (FEES, VFES) • Fare riferimento a un logopedista Integrazione con sondino naso-gastrico o con nutrizione parenterale
0-9	Indagine preliminare fallita o deglutizione dei cibi semisolidi fallita	Grave disfagia con alto rischio di aspirazione.	• NPO (nulla per os = niente per bocca) • Ulteriori valutazioni funzionali della deglutizione funzionale (FEES, VFES) • Fare riferimento a un logopedista Integrazione con sondino naso-gastrico o con nutrizione parenterale

Allegato 6 - Stimolazione motoria

Stimolazione motoria

Esercizi linguali, con beneficio quello di aumentare la forza linguale, il miglior controllo del bolo e la facilitazione dell'apertura dello sfintere esofageo superiore.

- Spinta contro il palato: il paziente spinge con la lingua contro il palato mantenendo la pressione per alcuni secondi.
- Spinta contro uno strumento: utilizzo di dispositivi (es. IOPI – Iowa Oral Performance Instrument) per misurare e rinforzare la forza linguale.
- Protrusione e retrazione linguale: ripetute estensioni e retrazioni della lingua.
- Movimenti laterali della lingua: toccare gli angoli della bocca o premere contro le guance.
- Esercizi con resistenza: spingere la lingua contro una spatola o contro il dito del logopedista.

Esercizi orofaringei con beneficio quello di migliorare la contrazione faringea, la protezione delle vie aeree e l'aumento dell'escursione laringea.

- Deglutizione forzata (Effortful Swallow): il paziente deglutisce contraendo volontariamente con maggiore intensità la muscolatura della gola.
- Manovra di Mendelsohn: mantenere la laringe in posizione elevata per alcuni secondi durante la deglutizione.
- Deglutizione sovraglottica: inspirare, trattenere il respiro, deglutire e subito dopo tossire per proteggere le vie aeree.
- Masako Maneuver (Tongue Hold): il paziente blocca la lingua tra i denti e deglutisce, per rinforzare la parete faringea posteriore.

Esercizi sopratiroidei e cervicali, con beneficio il miglioramento della trazione ioidea e dell'apertura cricofaringea.

- Manovra di Shaker: sollevare la testa da posizione supina mantenendo lo sguardo sui piedi (isometrico e isotonic).
- Chin Tuck Against Resistance (CTAR): flessione del capo contro una resistenza elastica o palla posizionata sotto il mento.
- Esercizi di sollevamento del capo: rafforzano i muscoli che contribuiscono all'apertura dello sfintere esofageo superiore.

Esercizi respiratori e fonatori associati, con l'incremento della protezione delle vie aeree e la riduzione del rischio di aspirazione.

- Blow-bottle e respiro forzato: per migliorare la coordinazione respiro-deglutizione.
- Esercizi con fonazione prolungata ("ahhh", "eee"): rinforzano i muscoli laringei.

Expiratory Muscle Strength Training (EMST): soffiando con forza contro una valvola a resistenza variabile si rinforzano i muscoli espiratori e le strutture laringee.

REGIONE DEL VENETO

Servizio Socio Sanitario Regionale
In Universum Salus

Allegato 7 - Intervento educativo del caregiver, percorso educativo per la gestione dei deficit deglutitori e per la prevenzione delle polmoniti da aspirazione e inalazione

FASI	ATTIVITA'	VALUTAZIONE
LA PRESA IN CARICO DEL CARE GIVER ED ACCERTAMENTO DEL BISOGNO EDUCATIVO	**1. Instaurare la relazione terapeutica** - Spiegare che non si sta mettendo alla prova le conoscenze individuali ma di rivedere insieme i contenuti della brochure; - Spiegare che il percorso di addestramento seguirà un percorso di graduale apprendimento e che ci sarà modo di ripetere più volte i concetti necessari; - Spiegare che sentirsi a disagio o impauriti è un sentimento condiviso da altri care giver e che l'obiettivo del percorso educativo è progettato per tempo in vista di una possibile dimissione; - Indicare le figure professionali di riferimento per la fase di formazione; - Indicare tempi ed obiettivi che si intende raggiungere; - Inviare il care giver a porre domande senza timori di censure.	Prova qualche timore in previsione della gestione a domicilio del suo assistito? Saprebbe indicarmi quali aspetti la preoccupano di più? Ha mai conosciuto altre persone che si siano trovate a gestire un problema di salute a casa che necessità di addestramento come nel suo caso?
	2. Gestione del colloquio **Utilizzare come guida la brochure informativa** - Spiegare il meccanismo del fenomeno di aspirazione/inalazione quale esordio per un quadro di polmonite; - Spiegare il meccanismo della deglutizione e cosa si intende per difficoltà deglutitoria. Definizione della disfagia di solidi e/o liquidi. - Spiegare come la disfagia rappresenta la principale causa di polmoniti da aspirazione; - Illustrare a quali rischi è esposto l'assistito in nutrizione enterale o con disfagia accertata;	Leggendo l'opuscolo che le abbiano fornito e quello che le è stato spiegato a voce quale punto ha necessità di chiarire? Saprebbe indicare quali sono i rischi maggiori ai quali è esposta una persona con deficit della deglutizione? Mi dice come si deve preparare il cibo, cosa

	- Indicare quali accorgimenti adottare nel paziente in nutrizione enterale; - Identificare quali cibi si possono somministrare al paziente disfagico in nutrizione orale; - Indicare quale consistenza devono avere i cibi; - Indicare quali accorgimenti per favorire la masticazione; - Descrivere come si deve posizionare l'assistito per il pranzo; - Come di deve imboccare la persona? - Cosa si deve osservare quando il cibo è nella bocca? - Cosa si deve controllare tra un boccone e l'altro? - Cosa fare per stimolare la corretta deglutizione? - Come somministrare la terapia orale? - Come posizionare la persona dopo il pasto? - Quali segni e sintomi osservare anche a distanza dal pasto?	controllare prima di somministrare il pasto e a cosa prestare attenzione durante la somministrazione del pasto? Quali ulteriori accorgimenti deve attuare per evitare episodi di inalazione/aspirazione? Esempio come si deve posizionare la persona? Come gestisce la somministrazione dei farmaci?

EDUCARE IL CARE GIVER PER LA GESTIONE DEL PROCESSO DI ALIMENTAZIONE	**1. La gestione del cavo orale** - Spiegare e dimostrare (tempi e metodi) la corretta esecuzione del cavo orale e del suo valore: - Spiegare l'importanza della masticazione e invitare a promuovere l'utilizzo di eventuali protesi dentarie. **2. L'utilizzo di addensanti** - Spiegare come si utilizza l'addensante e il rispetto delle dosi; - Spiegare preparazione e conservazione dell'addensante ricostituito; **3. La gestione dell'infusione della nutrizione enterale** - Fornire istruzioni circa il funzionamento del circuito nutrizionale; - Indicare e dimostrare come si sostituisce il circuito infusionale e le sacche nutrizionali; - Spiegare come gestire la somministrazione dei farmaci orale attraverso il circuito nutrizionale; - Raccomandare il mantenimento della corretta postura durante l'infusione nutrizionale e gli accorgimenti da adottare per mettere in sicurezza la persona onde evitare episodi di inalazione; **4. La gestione di episodi di inalazione/aspirazione/soffocamento** - Indicare le manovre tempestive da effettuare; - Indicare segni e sintomi da osservare per identificare il livello di emergenza; - Spiegare come si esegue l'aspirazione del cavo orale in caso di presenza a domicilio di un aspiratore; - Spiegare l'importanza del supporto ventilatorio qualora disponibile un erogatore di ossigeno; - Fornire indicazioni per allertare la centrale operativa di emergenza urgenza territoriale	

MONITORAGGIO RAGGIUNGIMENTO COMPETENZE (Attività prevista sia dal personale in ambito ospedaliero per dimissione che in ambito domiciliare dal personale ADI)	- Il care giver gestisce il posizionamento idoneo alla somministrazione del pasto. - Il care giver rispetta il ritmo e modalità di somministrazione del pasto - Il care giver scandisce chiaramente le sequenze della somministrazione del pasto e stimola il paziente a seguire le indicazioni - Il care giver identifica gli alimenti non adatti alla tipologia di deficit deglutitorio e ne chiede la sostituzione - Il care giver conosce gli interlocutori a cui rivolgersi in caso di necessità.	

TIMING	PRINCIPALI BISOGNI EDUCATIVI DEL CAREGIVER	OBIETTIVO CON LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO
PRIMA DELLA DIMISSIONE	Riconoscimento segni e sintomi della disfagia e principali complicanze	E' in grado di riconoscere segni e sintomi della disfagia e principali complicanze; livello: No / Parziale / Si
	Esecuzione di manovre disostruttive	E' in grado di eseguire manovre disostruttive; livello: No / Parziale / Si
	Preparazione pasti e scelta alimenti adeguati, secondo le prescrizioni del team nutrizionale	E' in grado di preparare i pasti e scegliere gli alimenti adeguati, secondo le prescrizioni del team nutrizionale; livello: No / Parziale / Si
	Allestimento ambiente idoneo per l'assunzione del pasto	E' in grado di allestire un ambiente idoneo per l'assunzione del pasto; livello: No / Parziale / Si
	Posizionamento corretto per l'assunzione del pasto	E' in grado di posizionare il famigliare in modo corretto per l'assunzione del pasto; livello: No / Parziale / Si
	Procedura igiene orale	E' in grado di eseguire correttamente l'igiene orale; livello: No / Parziale / Si
	Preparazione e somministrazione farmaci in sicurezza	E' in grado di preparare e somministrare i farmaci prescritti in sicurezza; livello: No / Parziale / Si
	Riconoscere precocemente segni e sintomi di aspirazione	E' in grado di riconoscere precocemente i segni e sintomi di polmonite; livello: No / Parziale / Si

AL RIENTRO A DOMICILIO	Stessi bisogni che vanno rivalutati periodicamente dall'operatore sanitario Nuovi bisogni specifici insorti a domicilio	Valutare periodicamente il livello di raggiungimento/mantenimento e rinforzo degli obiettivi.

Si ricorda che i pazienti o i caregiver hanno bisogno di tempo per imparare a gestire l'assistenza a lungo termine e gli obiettivi hanno diversi livelli di raggiungimento; i loro bisogni di salute sono sia oggettivi sia soggettivi e quindi la tabella sopra riportata non può ritenersi esaustiva, soprattutto degli aspetti soggettivi. Gli obiettivi e il livello di raggiungimento degli stessi vanno indicati nel "Documento a supporto della continuità assistenziale tra setting di cura".

REGIONE DEL VENETO

Servizio Socio Sanitario Regionale
In Universum Salus

Allegato 8 - Opuscolo delle indicazioni comportamentali per la persona disfagica

DISFAGIA?

Parliamone insieme!

INDICAZIONI COMPORTAMENTALI PER LA PERSONA DISFAGICA, I SUOI FAMILIARI - CAREGIVER



Gentile assistito/caregiver, l'opuscolo nasce dall'esigenza di fornire alla persona affetta da problemi di deglutizione e ai suoi familiari e caregiver uno strumento di facile lettura e facilmente fruibile nel quotidiano.

Riconosciamo nella partecipazione attiva del paziente e nella presenza del caregiver un ruolo fondamentale per preservare e favorire il comfort, la sicurezza, la dignità e l'autostima della persona assistita e tale prospettiva si realizza attraverso un'alleanza terapeutica con professionisti sanitari.

Con il supporto del personale sanitario, in preparazione al rientro a casa, vogliamo fornire le informazioni utili a gestire le difficoltà nella deglutizione.

La invitiamo a porre le domande necessarie per chiarire i dubbi e le incertezze. Non abbia timore di chiedere più volte e utilizzi lo spazio dedicato agli "***appunti***" per annotare i quesiti che vorrà esplicitare ai sanitari prima della dimissione.

Grazie.

Questo Opuscolo appartiene a:

Cognome: _____

Nome: _____

Chi contattare in caso di necessità?

Medico di Medicina Generale: il suo medico…….

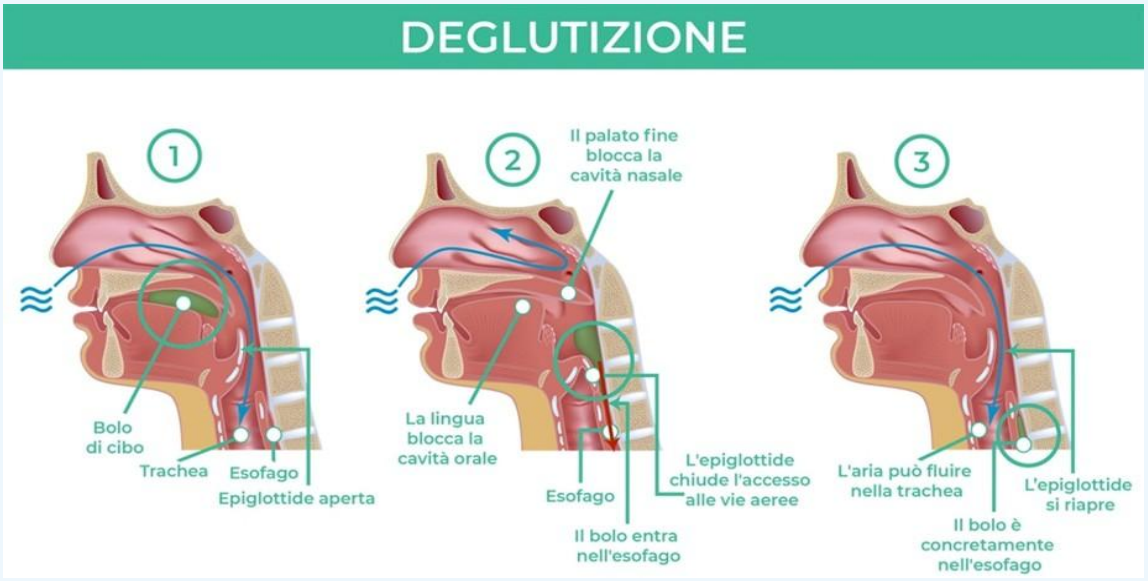
Medico di Continuità assistenziale : nei giorni prefestivi e festivi a partire dalle ore 08 alle ore 20 per eventuali necessità di consulenza e visita medica è possibile rivolgersi al Medico di Continuità Assistenziale per informazioni circa orari, sede e per contatti telefonare

REGIONE DEL VENETO

Servizio Socio Sanitario Regionale
In Universum Salus

LA DEGLUTIZIONE

La deglutizione è la capacità di convogliare materiale solido, liquido o misto dall'esterno allo stomaco. La deglutizione è un processo articolato che include una componente volontaria ed una componente di stimolo riflesso che prevedono la coordinazione di molti muscoli della bocca e del collo al fine di far progredire il cibo nell'esofago verso lo stomaco e contemporaneamente proteggere le vie aeree da eventuali fenomeni di inalazione.



REGIONE DEL VENETO

Servizio Socio Sanitario Regionale
In Universum Salus

LA DISFAGIA

La disfagia è il termine medico per definire la difficoltà di passaggio dei cibi e delle bevande dalla bocca fino allo stomaco.

Esistono principalmente due tipologie di disfagia:

- ✔ disfagia orofaringea: difficoltà ad iniziare la deglutizione e far passare il cibo dalla bocca all'esofago.
- ✔ disfagia esofagea: difficoltà nel passaggio del cibo nell'esofago



REGIONE DEL VENETO

Servizio Socio Sanitario Regionale
In Universum Salus

QUALI SONO LE PRINCIPALI CONSEGUENZE DELLA DISFAGIA?

- Difficoltà a bere e quindi rischio di disidratazione;
- Difficoltà a deglutire e ad alimentarsi adeguatamente con rischio di insorgenza di malnutrizione;
- Passaggio di cibo nelle vie respiratorie (bronchi e polmoni) con rischio di generare un quadro infiammatorio/infezione del polmone riconosciuto con il nome di "polmonite ab ingestis" fino al soffocamento;
- Riduzione qualità della vita e isolamento sociale.

SE IL CIBO O LE SECREZIONI PASSANO NELLE VIE RESPIRATORIE?



COMPARSA DI POLMONITE

Quali polmoniti?

✔ ***Polmoniti da Aspirazione***

Infezione ai polmoni che si verifica dopo l'ingresso anormale di **grandi quantità di secrezioni (che potrebbero essere infette)** nei bronchi o nei polmoni.

✔ ***Le Polmoniti da Inalazione***

Danno ai polmoni che è causato **dall'inalazione diretta di materiale fluido e/o solido**. Alcune sostanze possono essere **tossiche** nei confronti del polmone.

REGIONE DEL VENETO

Servizio Socio Sanitario Regionale
In Universum Salus

FATTORI DI RISCHIO

I fattori di rischio sono specifiche condizioni che aumentano la probabilità di insorgenza della malattia.

Età: con l'invecchiamento cambia anche la meccanica respiratoria.

Igiene orale: l'igiene del cavo orale risulta particolarmente importante nelle persone che soffrono di disfagia, per il rischio di portare batteri nocivi presenti in bocca all'interno delle vie respiratorie.

Una condizione da tenere particolarmente in considerazione è la malattia parodontale, che è una risposta infiammatoria a una fonte continua di infezioni da parte di batteri che, nel caso di passaggio nel sistema respiratorio, possono provocare polmonite.

Nelle persone **portatrici di protesi** dentarie, è necessario considerare che la scarsa igiene della stessa può costituire una fonte di proliferazione batterica e di funghi.

Stili di vita: l'adozione di alcune buone abitudini legate allo stile di vita come l'assenza d'uso di fumo e di alcool può contribuire a ridurre in linea generale il rischio di insorgenza di polmoniti. Il movimento quotidiano, seppur all'interno dell'ambiente domestico, unito ad una alimentazione corretta e bilanciata possono invece contribuire nel rafforzare la capacità respiratoria e contrastare l'esposizione a condizioni di malattia.

Malnutrizione: una ridotta nutrizione e la presenza di sottopeso contribuiscono a indebolire i muscoli dell'organismo, compresi quelli coinvolti nella deglutizione con il rischio di comparsa di disfagia.

Mobilita' e postura: l'immobilizzazione e l'allettamento rappresentano i fattori di rischio maggiormente coinvolti per l'aspirazione/inalazione. Per quanto possibile è importante mantenere una mobilità attiva (per esempio durante il giorno la persona

REGIONE DEL VENETO

Servizio Socio Sanitario Regionale
In Universum Salus

COME CAPIRE SE UNA PERSONA SOFFRE DI DISFAGIA?

Attenzione a queste manifestazioni:

- Aumento della salivazione durante e dopo i pasti o fuoriuscita di saliva dalla bocca;
- Voce gorgogliante (si avverte un rumore di liquido in gola che gorgoglia e rauca dopo la deglutizione). Necessità di schiarirsi frequentemente la gola;
- Comparsa di tosse durante o dopo la deglutizione;
- Febbricola anche senza una causa chiara;
- Diminuzione della capacità di movimento di bocca e lingua;
- Fuoriuscita di cibo o liquidi dal naso;
- Perdita di peso;
- Costante presenza di secrezioni (catarro)
- Tempi di masticazione più lunghi del solito, con ritardo nella deglutizione;
- Ripetute deglutizioni per un solo boccone;
- Sensazione di un corpo estraneo fermo in gola accompagnato da dolore e/o fastidio in gola;
- Accumulo di cibo nelle guance, tendenza a trattenere il cibo in bocca.

Osserva frequentemente:

- Il livello vigilanza e attenzione della persona;
- la capacita della persona di stare seduta;
- l'igiene del cavo orale;
- la capacità su comando di deglutire la propria saliva;
- la riproduzione su comando/imitazione della tosse volontaria e dello "schiarirsi" la voce;
- la durata del pasto e la quantità di cibo avanzata;
- La comparsa di tosse durante il pasto o quando la persona beve.

ACCORGIMENTI PER LA GESTIONE DELL'ALIMENTAZIONE IN SICUREZZA Affinché l'alimentazione della persona disfagica avvenga in modo sicuro è utile mettere in pratica alcune indicazioni da adottare prima, durante e dopo la somministrazione del pasto.

REGIONE DEL VENETO

Servizio Socio Sanitario Regionale
In Universum Salus

Prima del pasto

- Verificare che la persona sia vigile, reattiva, riposata e non dolorante, per garantire una partecipazione adeguata al pasto.
- Controllare che la posizione del corpo sia corretta, al fine di garantire la sicurezza durante il pasto. E' importante che la persona assistita venga imboccata in posizione seduta (sul letto o sulla sedia) con le braccia comodamente appoggiate ai braccioli della sedia o su un piano antistante.
- Procedere all'igiene del cavo orale prima della somministrazione del pasto perché questa attività può stimolare la produzione della saliva e la percezione del gusto. Inoltre tale azione consente di accertare l'eventuale presenza di residui alimentari e/o di secrezioni che potrebbero interferire con la capacità di deglutizione.
- Se il paziente utilizza occhiali, protesi acustiche o dentarie, assicurarsi che siano posizionati e funzionanti prima di presentare il cibo. E' molto importante che la persona assistita possa sentire le nostre indicazioni!
- Cercare di predisporre il tavolo da pranzo in modo da stimolare l'autonomia (anche residua) nell'alimentazione.

Gestione dell'igiene del cavo orale

Come già descritto nei paragrafi precedenti è necessario prestare particolare attenzione all'igiene del cavo orale per la prevenzione di infezioni e per preservare l'integrità della struttura dentale al fine di consentire una buona masticazione. L'igiene del cavo orale oltre alla pulizia dei denti e della bocca include la pulizia della lingua e del palato.

E' pertanto necessario garantire l'igiene orale dopo ogni pasto dedicando anche attenzione nello spazzolare la lingua e rimuovere materiale che rimane adeso al palato. Inoltre, come già descritto, è indicato ripetere almeno una fase di ispezione ed igiene anche prima della somministrazione del pasto.

Nel caso il paziente faccia uso di protesi dentaria va garantita la spazzolatura con spazzolino da denti e detergente adatto alle protesi (non abrasivo).

E' consigliato immergere quotidianamente le protesi in una soluzione detergente specifica per protesi in quanto questa azione consente di aumentare il livello di disinfezione. È importante che le soluzioni detergenti per protesi siano utilizzate solo al di fuori della bocca, secondo le indicazioni del produttore, per evitarne l'accidentale ingestione. E' altresì importante togliere la protesi durante il riposo notturno per ridurre il rischio di infezione fungina e consentire, qualora presenti lesioni, ai tessuti di guarire.

REGIONE DEL VENETO

Servizio Socio Sanitario Regionale
In Universum Salus

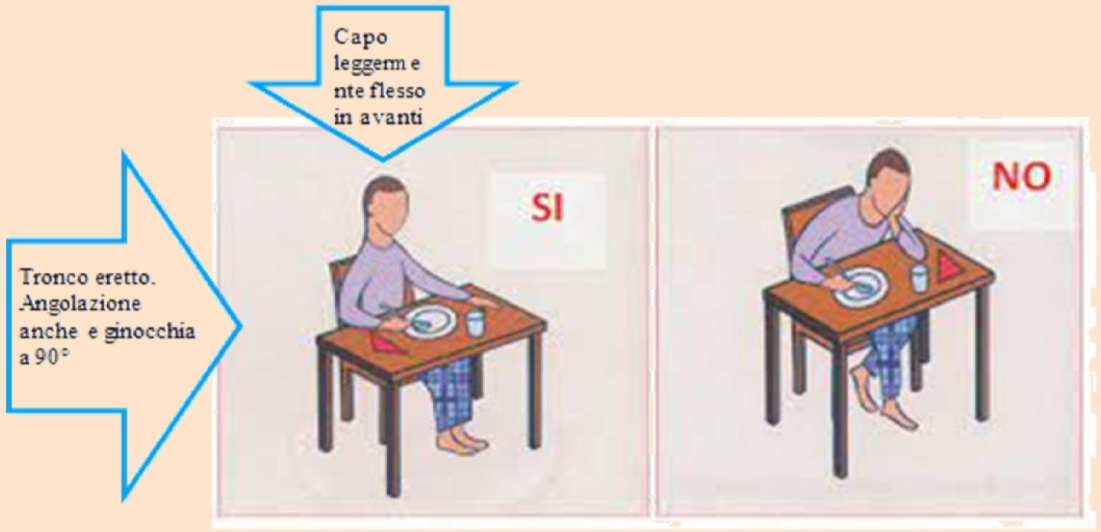
Gestione condizioni ambientali

- Garantire un ambiente tranquillo limitando le fonti oggetto di distrazione (es. televisore accesso, andirivieni di persone, etc..)
- Creare un ambiente ben illuminato e a temperatura adeguata; preparazione della postazione per il pranzo con la presenza di tutto il materiale previsto.

Gestione della mobilità e della postura

- Mobilità: come già descritto nei paragrafi precedenti un declino delle abilità motorie può rappresentare un fattore contribuente nell'innesco di una condizione di deficit nella gestione delle attività correlate all'assunzione del pasto. Pertanto risulta importante garantire, sostenere e stimolare il mantenimento delle capacità motoria della persona assistita e dei programmi riabilitativi prescritti e chiedere eventuale supporto al personale sanitario referente qualora le condizioni lo rendano necessario.
- Postura: il corretto mantenimento del posizionamento di capo e tronco influisce sulla capacità di deglutizione in quanto favorisce un adeguato passaggio del bolo nella fisiologica via esofagea fino allo stomaco. Di seguito si elencano le posture più frequentemente assunte dalla persona:

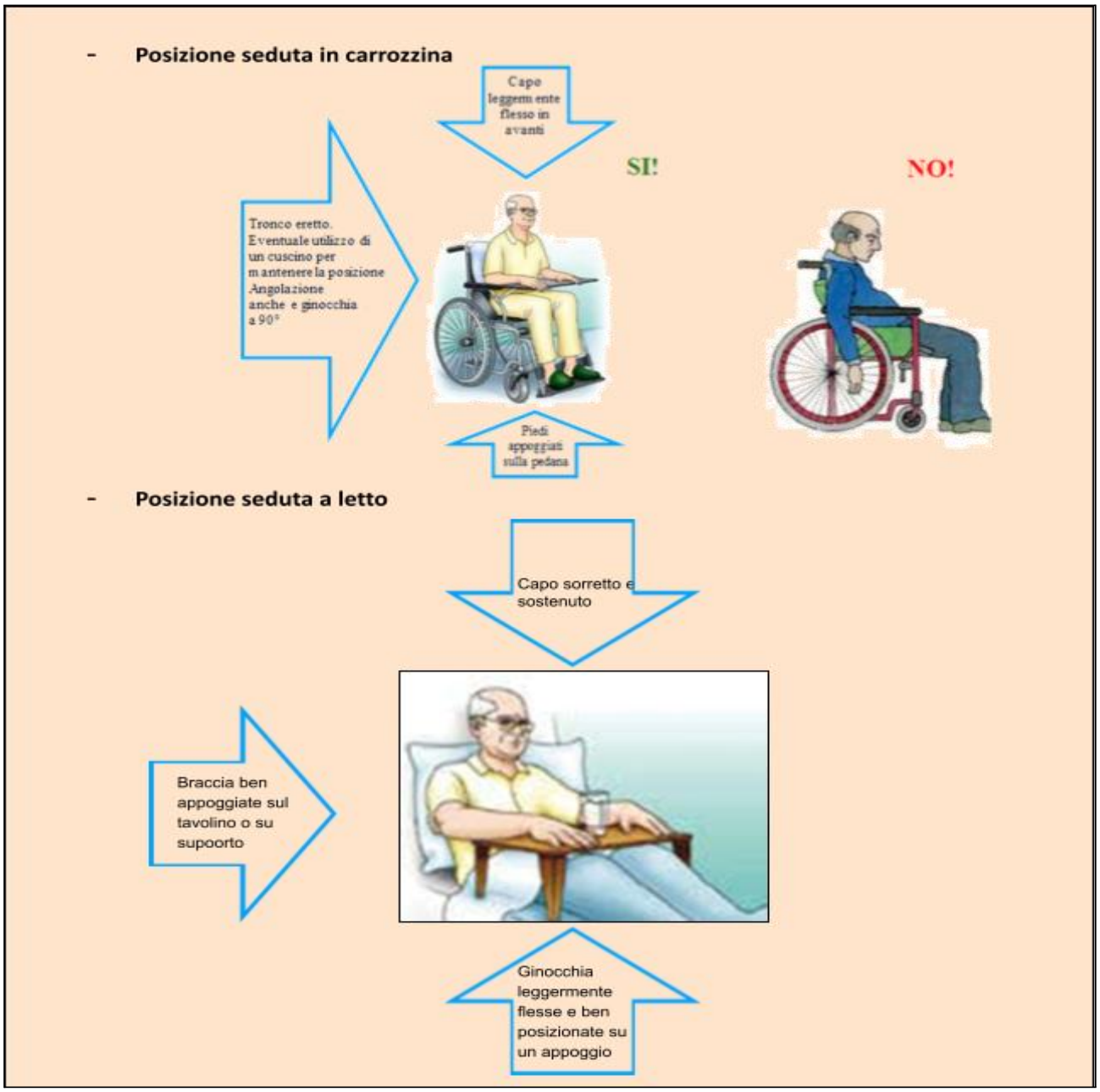
- **Posizione in sedia**



REGIONE DEL VENETO

Servizio Socio Sanitario Regionale
In Universum Salus

- **Posizione seduta in carrozzina**



REGIONE DEL VENETO

Servizio Socio Sanitario Regionale
In Universum Salus

Durante il pasto

- Posizionarsi seduti di fronte alla persona, qualora debba essere imboccata, al fine di verificare la postura del capo e la modalità corretta di imbocco con l'ausilio del cucchiaino (deve arrivare alla bocca dal basso così che la persona lo possa vedere e non dall'alto).
- Proporre i bocconi di media quantità (circa l'equivalente di un cucchiaino da thè).
- Verificare che la persona abbia deglutito il boccone precedente prima di imboccarla nuovamente.
- Posizionare il cibo nella parte sana del cavo orale, in caso di paralisi del facciale.
- Verificare che la persona, mentre mangia, non parli, né guardi la televisione, né si distragga in alcun modo.
- Interrompere spesso la somministrazione del pasto (ogni due tre atti deglutitori) e invitare la persona a raschiare la gola o tossire e poi deglutire per ripulire la gola da eventuali residui di cibo.
- Far eseguire più deglutizioni per ogni singolo boccone (per ripulire così il cavo orale da eventuali residui di cibo).
- Offrire da bere, quando è consentito e con la corretta consistenza del prodotto, quando si è sicuri che il boccone sia stato completamente deglutito (il cavo orale deve essere privo di residui di cibo). Non offrire da bene se presente la tosse.
- Non utilizzare per alimentare il paziente cannucce o siringhe. Preferire l'uso di un bicchiere con beccuccio ed evitare l'uso del classico bicchiere che non consente di regolare la fuoriuscita del liquido.
- Procedere lentamente con la somministrazione del pasto per permettere alla persona di poter assumere il pasto in sicurezza e con un tempo adeguato.
- Far mantenere alla persona il capo leggermente flesso in avanti per facilitare la deglutizione e proteggere le vie aeree.
- Evitare di alimentare la persona con cibi caratterizzati dalla contemporanea presenza di più consistenze (minestra in brodo, minestrone con i pezzi, caffelatte con fette biscottate, ecc).
- Sospendere l'alimentazione se la persona inizia a tossire o presenta altri sintomi di disfagia (es voce gorgogliante).
- Sospendere il pasto qualora si osservi un calo di attenzione, collaborazione o facile affaticamento.

ota Bene!

REGIONE DEL VENETO

Servizio Socio Sanitario Regionale
In Universum Salus

Assunzione dei Farmaci.

E' indicato concentrare, se possibile, l'assunzione dei farmaci durante il pasto con particolare attenzione nell'adottare alcuni specifici accorgimenti:

- ✔ le compresse sono frantumabili solo se hanno la dicitura "compressa divisibile" e sulla loro superficie hanno la pre-divisione in 2 o 4 parti;
- ✔ la compressa polverizzata/frantumata, piuttosto che somministrata con acqua, può essere miscelata ad un piccolo boccone semisolido (passati – frullati/ budini) o con acqua addensata/acqua gel, verificando che questi interferire con l'azione del farmaco.
- ✔ se vengono prescritti sciroppi o soluzioni orali in forma liquida, chiedere al medico se necessario addensare prima della somministrazione.

Dopo il pasto

- Attendere almeno 30'/60' prima di coricare la persona.
- Eseguire un'accurata igiene del cavo orale dopo aver mangiato (controllare che non ci siano residui di cibo tra le guance e le gengive), per prevenire l'aspirazione di particelle rimaste in bocca.
- Alla fine del pasto dopo aver fatto eseguire al paziente i colpi di tosse e le deglutizioni a vuoto.
- Monitorare la quantità di liquidi e di cibo assunti e, se possibile, rilevare settimanalmente il peso corporeo per segnalare tempestivamente la comparsa di rischio di malnutrizione e disidratazione.

REGIONE DEL VENETO

REGIONE DEL VENETO
Servizio
Socio Sanitario
Regionale
In Universum Salus

Appunti

Allegato 9 - Tecnica Teach–Back

INTERVENTI	PAROLE CHIAVE	MATERIALI/RISORSE	ENGAGEMENT E VERIFICA
COMUNICAZIONE	• Vediamo se le ho detto tutto; • Vediamo se sono stato chiaro; • Vediamo se ho dimenticato qualcosa	Materiali di stampa di facile lettura (depliant, brochure) per supportare l'apprendimento	• Voglio essere sicuro di non aver dimenticato nulla, per cui per favore mi aiuti a vedere se ho detto tutto, se sono stato chiaro? • Mi racconti cosa farà prima di somministrare il pasto? • Mi dici quale consistenza ha il cibo che prepari per i pasti?
RELAZIONE TERAPEUTICA	• Creare un contatto visivo; • Usare un tono di voce tranquillo; • Parlare lentamente; • Usare un linguaggio semplice ed abolire il gergo tecnico; • Fornire informazioni step by step; • Selezionare le informazioni essenziali (priorità) che l'utente deve apprendere in quel momento.	Identificare il luogo idoneo per stabilire una relazione terapeutica senza fonti di distrazione; Attivare qualora necessario i servizi di mediazione linguistica;	Rinforzo dei concetti critici: se ci sono più concetti da spiegare utilizzare la tecnica *"spezza e controlla"*, insegnare 2 o 3 concetti, interrompere e chiedere di ripetere.

VERIFICA	Chiedere all'utente di spiegare di nuovo, usando le proprie parole; Usare preferibilmente domande aperte ed evitare domande che prevedano una risposta con un SI o un NO; Rispiegare di nuovo e richiedere, se l'utente non è in grado di spiegare in modo corretto.		Mi può dire quello che non ha capito? Quale passaggio vorrebbe capire meglio?

Riferimenti bibliografici

- Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD, *Guide to Patient and Family Engagement in Hospital Quality and Safety*. Content last reviewed December 2017.available at .https://www.ahrq.gov/patient-safety/patients-families/engagingfamilies/guide.html
- Agency for Healthcare Research and Quality Rockville, MD (AHRQ) *Health Literacy Universal Precautions Toolkit*, Third Edition, 2023, Publication No. 23-0075 available at https://www.ahrq.gov/health-literacy/improve/precautions/toolkit.html
- Agency for Healthcare Research and Quality Rockville, MD(AHRQ), *Use the Teach-Back Method: Tool 5*. Content last reviewed April 2024. available at https://www.ahrq.gov/health-literacy/improve/precautions/tool5.html#5.

Allegato 9 A - Tecnica Show me method

	Attività da svolgere
Ruolo operatore	Spiegare e mostrare passo per passo la procedura. Creare un ambiente tranquillo e senza distrazioni. Usare linguaggio semplice, chiaro, senza gergo tecnico. Osservare e fornire feedback immediato.
Ruolo paziente/caregiver	Ripetere la procedura mostrando all'operatore come viene eseguita. Descrivere ad alta voce i passaggi. Fare domande in caso di dubbi.
Procedura operativa	1.Introduzione: "Adesso mi faccia vedere come fa lei, così sono sicuro di essere stato chiaro." 2. Dimostrazione pratica da parte del paziente/caregiver. 3. Feedback immediato: rinforzo positivo o correzione. 4. Consolidamento: ripetere fino a esecuzione corretta, usando tecnica "spezza e controlla".
Esempi di applicazione	- Somministrazione terapia orale o iniettiva. - Uso di inalatori per BPCO o asma. - Esecuzione di medicazioni o igiene personale. - Preparazione pasti a consistenza modificata.
Indicatori di efficacia	- Paziente/caregiver esegue la procedura senza errori significativi. - Riesce a spiegare i passaggi mentre li compie. - Dimostra sicurezza e autonomia. - Riduzione di errori a domicilio.

Riferimenti bibliografici

- Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD, *Guide to Patient and Family Engagement in Hospital Quality and Safety*. Content last reviewed December 2017.available at https://www.ahrq.gov/patient-safety/patients-families/engagingfamilies/guide.html
- Agency for Healthcare Research and Quality Rockville, MD (AHRQ) *Health Literacy Universal Precautions Toolkit*, Third Edition, 2023, Publication No. 23-0075 available at https://www.ahrq.gov/health-literacy/improve/precautions/toolkit.html
- Agency for Healthcare Research and Quality Rockville, MD(AHRQ), *Use the Teach-Back Method: Tool 5*. Content last reviewed April 2024. available at https://www.ahrq.gov/health-literacy/improve/precautions/tool5.html#5.

REGIONE DEL VENETO

Servizio Socio Sanitario Regionale
In Universum Salus

Allegato 10 - Opuscolo delle indicazioni dietetiche per la persona disfagica

DISFAGIA?

Parliamone insieme!

INDICAZIONI DIETETICHE PER LA PERSONA DISFAGICA, I SUOI FAMILIARI - CAREGIVER



REGIONE DEL VENETO

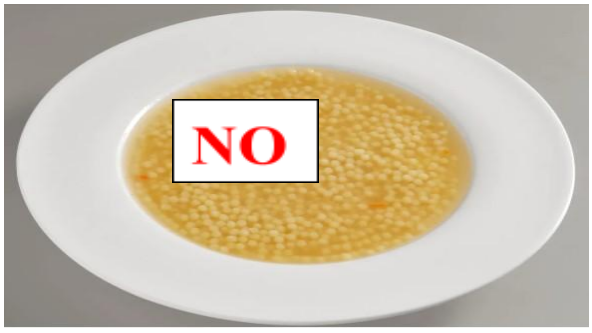
Servizio Socio Sanitario Regionale
In Universum Salus

ATTENZIONI QUOTIDIANE UTILI PER LA PERSONA DISFAGICA

Preparazione del pasto

Per valutare in modo efficace i rischi collegati alla disfagia, è importante prestare molta attenzione alla preparazione del pasto, poiché esso rappresenta un momento di grande rilievo, che può fare la differenza nel mantenere la persona in salute. E' opportuno considerare che ogni grado di disfagia necessita la preparazione dei pasti sulla base del grado di consistenza definito dagli esperti.

Qualora, durante il ricovero, sia stata accertata la presenza di disfagia, tale condizione verrà comunicata in fase di dimissione e verranno fornite specifiche indicazioni.
In questo opuscolo si propongono alcune strategie per gestire la preparazione del pasto in modo corretto.
In generale, in prima istanza, sono **da preferirsi alimenti a consistenza omogenea preferibilmente ben lubrificati come i purè e i passati.**





E' molto importante anche **garantire un corretto apporto di calorie, nutrienti e liquidi**. I disturbi della deglutizione influenzano profondamente l'assunzione di cibo a causa di diversi fattori: ridotta gradevolezza dei cibi a consistenza modificata, selettività alimentare (predilezione per alimenti dolci e grassi, limitazione di cibi ad elevato contenuto di proteine), maggiore difficoltà ad assumere i pasti per frequenti rigurgiti, tosse, aumento della faticabilità e dei tempi di assunzione.

Per il paziente disfagico, quindi, raggiungere e/o mantenere un adeguato stato di nutrizione e idratazione può comportare una vera e propria sfida! Per questo è importante monitorare la quantità di cibo che viene assunta e controllare settimanalmente il peso corporeo, per evitare l'instaurarsi di uno stato di malnutrizione, che è associato a un peggioramento delle condizioni generali della persona, a qualunque età.

L'uso di addensanti

Verifichi con attenzione se nel piano nutrizionale o nelle indicazioni sanitarie viene indicata la necessità di "***addensare***" gli alimenti. I prodotti "***addensanti"*** consentono di passare da una consistenza liquida ad una consistenza di diverso grado di densità (leggermente densa, moderatamente densa, densa o molto densa) in base alla quantità di polvere aggiunta alla bevanda. Possono essere aggiunti anche agli alimenti per raggiungere la consistenza sciropposa oppure cremosa. Infine l'utilizzo dell'addensante, soprattutto per i liquidi, facilita il mantenimento di un adeguato stato di idratazione della persona con disfagia per i liquidi.

Come Usare l'addensante:

Attenersi alle indicazioni riportate sul piano nutrizionale proposto dallo specialista.

In linea generale è consigliabile aggiungere **gradualmente (un po' alla volta)** il prodotto addensante al liquido e mescolare contemporaneamente per verificare il raggiungimento della consistenza idonea. La quantità di addensante necessaria varia a seconda dei diversi prodotti presenti sul mercato e del grado di densità che si vuole ottenere.

COSA EVITARE IN ASSOLUTO

- ☐ **Somministrare liquidi senza aver accertato le indicazioni date dagli specialisti**
- ☐ **Concedere o somministrare alcolici, caramelle, confetti o dolciumi che potrebbero essere causa di polmonite ab ingestis**
- ☐ **Concedere o somministrare cibi piccanti.**

Infine, in linea generale, si consiglia di prestare attenzione a quanto indicato nella seguente tabella, **se si riceve indicazione di assumere liquidi addensati e cibi cremosi.**

NO	SI
Liquidi non addensati Latte, brodo, succhi di frutta, acqua, tè, tisane	**Acqua gelificata o bevande con l'aggiunta di addensante**
Legumi evitare la buccia di: piselli, fagioli, ceci, lenticchie	**Omogeneizzati e passati di verdure o di legumi cremosi**
Torte secche/Biscotti secchi (si frammentano in piccoli pezzi)	**Budini, Creme, Gelati non ghiacciati e privi di pezzi di frutta secca o scaglie di cioccolato o frutta candita**
Cibi con una parte liquida e una solida minestre in brodo, macedonia, yogurt con pezzi di frutta o con cereali	**Cibi omogeneizzati o frullati pietanze passate prima al mixer o frullatore**

REGIONE DEL VENETO

Servizio Socio Sanitario Regionale
In Universum Salus

CONSIGLI ALIMENTARI PER LA PREPARAZIONE DI UN MENU' A CONSISTENZA CREMOSA

Cibi misti a due temperature: caldo-freddo es. frutta mescolata al gelato	**Cibo con unica temperatura meglio caldo o freddo**
Formaggi molli che si appiccicano al palato es: stracchino, gorgonzola…. **Verdure a fibra lunga** finocchio, carciofo, insalata, foglie di cavolo, fagiolini con il filo	**Formaggi cremosi spalmabili es: robiola, ricotta** **Passati di verdure, purea di patate cremosi e omogenei**

Colazione

Latte parzialmente scremato o intero o bevande vegetali con aggiunta biscotti solubili/granulari o pane grattugiato, disciolti a creare un composto omogeneo e cremoso.

Il latte o le bevande vegetali possono essere sostituiti con yogurt al naturale, alla frutta (omogeneo senza pezzi), greco, oppure con un budino. In tal caso i biscotti e il pangrattato potranno essere ammorbiditi con poco tè o caffè a creare una crema, oppure sostituiti da farine per creme di cereali (più facili da sciogliere in alimenti cremosi e freschi).

Per arricchire la colazione possono essere aggiunte piccole quantità di zucchero, alimenti come marmellata e crema/farina di frutta secca (purché ben amalgamati con il composto cremoso) e frutta frullata o cotta (privata della parte fibrosa).

Spuntini (da uno a tre al giorno in base alle esigenze) A

scelta tra i seguenti alimenti:

- yogurt bianco o alla frutta (omogeneo senza pezzi), yogurt greco

- crema di latte e biscotti (oppure crema di yogurt, latte e biscotti granulari con eventuale aggiunta di farina di frutta secca ben amalgamata)
- budino omogeneo alla vaniglia, al cioccolato o alla frutta, crème caramel
- frullato di frutta (frullare bene una banana ed eventuali altri tipi di frutta con latte o succo di frutta e aggiungere uno o due cucchiai di biscotto granulare. Prestare attenzione ad aver frullato tutto senza residui di frutta in pezzi).

Pranzo/Cena

Creare un pasto completo cremoso che comprenda tutti i principali macronutrienti: carboidrati (semolino, pasta frullata, creme di cereali, patate cremose), proteine (carne e pesce frullati, uova strapazzate/frullate, formaggi cremosi, passati di legumi, hummus di ceci), grassi (preferibilmente olio extravergine di oliva) e fibra (verdura e frutta frullate senza filamenti, semi e parti fibrose).

Primo piatto: semolino o creme di cereali in brodo (omogenee, dense e senza grumi) oppure un piatto di pastasciutta frullata. Condire con olio extravergine di oliva e formaggio grattugiato (attenzione a non creare filamenti e grumi di formaggio).

Secondo piatto: mousse di carne, pesce o prosciutto (aggiungere alla carne, al pesce o al prosciutto precedentemente frullati delle patate lessate e ben cotte unitamente ad olio e formaggio grattugiato, mescolare e frullare bene tutti gli ingredienti fino ad ottenere una crema omogenea), mousse di uova (frullare le uova sode con delle patate lessate, aggiungere formaggio grattugiato ed olio oppure una noce di burro e del brodo tiepido per amalgamare gli ingredienti, passare tutto al frullatore per formare una crema omogenea), formaggi freschi “non appiccicosi” (es. ricotta, robiola…), crema di legumi, oppure omogeneizzati di carne e pesce (se non possibile cucinare alimenti freschi).

Contorni: verdura cotta e frullata, soufflé di verdura, creme di verdure (cuocere le verdure a vapore o bollite, evitando quelle filamentose; scolare le verdure e aggiungere delle patate bollite, un po’ di brodo, formaggio grattugiato oppure

formaggio fresco spalmabile, poi frullare il tutto fino a creare una crema omogenea), verdure saltate e frullate (cuocere le verdure in padella con un filo d'olio, frullare aggiungendo brodo vegetale per raggiungere la consistenza adeguata). Se il primo piatto contiene verdura (es. passato di verdura) il contorno può essere rappresentato dalle patate lesse frullate o dal purè di patate.

Piatti unici: è possibile creare dei piatti unici che comprendano tutti i gruppi alimentari es. pasticcio di verdura e formaggi frullato, passato di verdura e legumi con pastina tutto frullato, piatto unico a base di semolino secondo piatto frullato e verdura frullata, crema di patate con carne/pesce e verdure (preparare una purea di patate e verdure bollite ed aggiungere formaggio grattugiato, olio o burro, un po' di latte caldo e/o brodo, frullate bene la carne bollita o cotta al vapore, unire la purea precedentemente preparata alla carne frullata, frullare nuovamente e aggiungere eventualmente ancora brodo per creare una crema omogenea; in alternative alla carne si può usare il pesce, es. merluzzo o nasello, prestando attenzione a togliere eventuali lische).

Condimenti: condire sempre con olio extravergine di oliva (oltre ad avere un'azione nutritiva ha anche un'azione lubrificante del bolo alimentare) e formaggio grattugiato. Non eccedere con il sale, preferire le erbe aromatiche (purché ben omogeneizzate).

Frutta: terminare il pasto con una porzione di frutta frullata, mousse di frutta o frutta cotta. Si consiglia di consumare 2-3 porzioni di frutta al giorno tra i pasti principali e gli spuntini.

Questi consigli sono generali e non tengono in considerazione la presenza di eventuali patologie influenzate dall'alimentazione (es. diabete, insufficienza renale, celiachia, ecc.) e/o di rischio nutrizionale (inappetenza, sottopeso e/o perdita di peso). Per un piano personalizzato rivolgersi al medico curante per richiedere una consulenza con personale sanitario qualificato (dietisti, medici nutrizionisti).

REGIONE DEL VENETO

Servizio Socio Sanitario Regionale
In Universum Salus

CONSIGLI ALIMENTARI PER LA PREPARAZIONE DI UN MENU' A CONSISTENZA TRITATA FINE UMIDA

Colazione

Latte parzialmente scremato o intero o bevande vegetali, con aggiunta di biscotti solubili/granulari o pane grattugiato, disciolti a creare un composto omogeneo e cremoso. Se i liquidi possono essere assunti liberi, è possibile inzuppare i biscotti nel latte e berlo successivamente, seguendo le indicazioni dal logopedista.

Il latte o le bevande vegetali possono essere sostituite con yogurt al naturale, alla frutta (senza pezzi), greco, oppure con un budino. In tal caso i biscotti potranno essere ammorbiditi con poco tè o caffè.

Per arricchire la colazione possono essere aggiunte piccole quantità di zucchero, alimenti come marmellata e crema/farina di frutta secca (purché ben amalgamati con il composto cremoso) e frutta morbida tritata, frutta cotta (privata della parte fibrosa) o mousse di frutta.

Spuntini (da uno a tre al giorno in base alle esigenze) A scelta tra i seguenti alimenti:

- yogurt bianco o alla frutta, yogurt greco
- latte, bevande vegetali o tè e biscotti
- budino alla vaniglia, al cioccolato o alla frutta, crème caramel, crema catalana
- frullato di frutta (frullare bene una banana o altri tipi di frutta con latte o succo di frutta, aggiungendo uno o due cucchiai di biscotto granulare. Prestare attenzione ad aver frullato tutto senza residui di frutta in pezzi)
- frutta morbida, frutta matura schiacciata (es. banana) oppure frutta fresca grattugiata (es. mela o pera), spremuta d'arancia (eventualmente addensata in caso di difficoltà nella deglutizione dei liquidi).

Pranzo/Cena

Creare un pasto completo morbido, tritato finemente e umido (senza doppie consistenze), che comprenda tutti i principali macronutrienti: carboidrati (pastina di piccolo formato, creme di cereali, patate tritate), proteine (carne e pesce tritati finemente e inumiditi, uova strapazzate e frittata tritata, formaggi cremosi, passato di legumi), grassi (preferibilmente olio extravergine di oliva) e fibra (verdura cotta e tritata finemente e frutta morbida o tritata/grattugiata).

Primo piatto: pastina di piccolo formato al pomodoro o con altri sughi omogenei, semolino o creme di cereali in brodo/passato di verdura densi (senza grumi e filamenti) oppure un piatto di pastasciutta tritata finemente. Condire con olio extravergine di oliva e formaggio grattugiato (attenzione a non creare filamenti e grumi di formaggio).

Secondo piatto: carne, pesce o prosciutto cotti e tritati finemente (aggiungere alla carne, al pesce o al prosciutto precedentemente tritati finemente delle patate lessate e ben cotte unitamente ad olio e formaggio grattugiato, mescolare e tritare bene nuovamente tutti gli ingredienti, con aggiunta di eventuale brodo, fino ad ottenere un composto tritato finemente e umido), uova strapazzate o frittata tritata (tritare le uova sode o la frittata con delle patate lessate, aggiungere formaggio grattugiato ed olio oppure una noce di burro e del brodo tiepido quanto basta per amalgamare gli ingredienti, passare tutto al frullatore per formare un composto tritato finemente e umido), formaggi freschi “non appiccicosi” (es. ricotta, robiola…), crema di legumi oppure polpette di legumi tritate finemente con un po’ di brodo vegetale, polpette e polpettoni di carne, pesce o verdura tritati finemente con aggiunta di brodo vegetale per renderli umidi.

Contorni: verdura cotta e tritata, soufflé di verdura, creme di verdure, verdure saltate e tritate finemente (cuocere le verdure in padella con un filo d’olio, tritare con aggiunta di brodo vegetale per raggiungere la consistenza adeguata). Se il primo

piatto contiene verdura (es. passato di verdura) il contorno può essere rappresentato dalle patate lesse tritate/schiacciate o dal purè di patate.

Piatti unici: è possibile creare dei piatti unici che comprendano tutti i gruppi alimentari es. pasticcio di verdura e formaggi tritato finemente, passato di verdura e legumi con pastina tutto frullato, piatto unico a base di semolino secondo piatto tritato e verdura tritata.

Condimenti: condire sempre con olio extravergine di oliva (oltre ad avere un'azione nutritiva ha anche un'azione lubrificante del bolo alimentare) e formaggio grattugiato. Non eccedere con il sale, preferire le erbe aromatiche (purché ben tritate).

Frutta: terminare il pasto con una porzione di frutta morbida matura tritata, mousse di frutta, frutta cotta o frutta fresca grattugiata. Si consiglia di consumare 2-3 porzioni di frutta al giorno tra i pasti principali e gli spuntini.

Questi consigli sono generali e non tengono in considerazione la presenza di eventuali patologie influenzate dall'alimentazione (es. diabete, insufficienza renale, celiachia. ecc.) e/o di rischio nutrizionale (inappetenza, sottopeso e/o perdita di peso). Per un piano personalizzato rivolgersi al medico curante per richiedere una consulenza con personale sanitario qualificato (dietisti, medici nutrizionisti).

REGIONE DEL VENETO

Servizio Socio Sanitario Regionale
In Universum Salus

CONSIGLI ALIMENTARI PER LA PREPARAZIONE DI UN MENU' A CONSISTENZA TENERA SPEZZETTATA

Colazione

Biscotti, fette biscottate o pane biscotto inzuppati nel latte parzialmente scremato o intero o bevande vegetali (per l'assunzione dei liquidi seguire le indicazioni del logopedista).

Il latte o le bevande vegetali possono essere sostituite con yogurt al naturale, alla frutta, greco, oppure con un budino. In tal caso i biscotti potranno essere ammorbiditi con poco tè o caffè, oppure sostituiti da pane morbido con marmellata e/o un velo di crema di frutta secca o burro, inzuppato in una bevanda tiepida. Per arricchire la colazione possono essere aggiunte piccole quantità di zucchero, e/o frutta morbida spezzettata, frutta cotta (privata della parte fibrosa), mousse di frutta o frutta grattugiata.

Spuntini (da uno a tre al giorno in base alle esigenze) A scelta tra i seguenti alimenti:

- yogurt bianco o alla frutta (omogeneo), yogurt greco
- biscotti, fette biscottate o una fetta di torta soffice inzuppati nel latte/té
- budino o dolci al cucchiaio
- frutta morbida, frutta matura schiacciata (es. banana) oppure frutta fresca grattugiata (es. mela o pera), spremuta d'arancia (eventualmente addensata in caso di difficoltà nella deglutizione dei liquidi).
- se acconsentito dal logopedista, panino morbido (tipo pancarré) a bocconcini, farcito con formaggio cremoso e/o prosciutto cotto morbido (eventualmente tritato) o salsa tonnata, o con olio e pomodoro strofinato (senza buccia).

Pranzo/Cena

Creare un pasto completo a consistenza tenera spezzettata (senza doppie consistenze), che comprenda tutti i principali macronutrienti: carboidrati (pasta corta

ben cotta, creme di cereali, patate lesse spezzettate), proteine (carne e pesce teneri spezzettati o tritati o sotto forma di sformati e polpette, uova strapazzate e frittate soffici e spezzettate, formaggi cremosi, polpette di legumi morbide), grassi (preferibilmente olio extravergine di oliva) e fibra (verdura cotta e spezzettata e frutta morbida).

Primo piatto: pasta corta al pomodoro o con altri sughi omogenei o spezzettati teneri, semolino o creme di cereali in brodo o passati densi (senza grumi e filamenti) oppure un piatto di pastasciutta tritata grossolanamente. Condire con olio extravergine di oliva e formaggio grattugiato.

Secondo piatto: carne e pesce teneri, eventualmente spezzettati, tritati grossolanamente o ridotti a polpette morbide, uova strapazzate o frittata soffice spezzettata, formaggi freschi "non appiccicosi" (es. ricotta, robiola…), polpette di legumi, polpettoni di carne, pesce o verdura teneri o spezzettati, sfornati morbidi.

Contorni: verdura cotta e schiacciata o spezzettata (quella lunga, ad esempio gli spinaci, deve essere tritata), soufflé di verdura, creme di verdure, verdure tenere saltate e spezzettate o tritate grossolanamente. Se il primo piatto contiene verdura (es. passato di verdura) il contorno può essere rappresentato dalle patate lesse schiacciate o spezzettate o dal purè di patate.

Piatti unici: è possibile creare dei piatti unici che comprendano tutti i gruppi alimentari es. pasticci morbidi di verdura, formaggi e carne, passato di verdura e legumi.

Condimenti: condire sempre con olio extravergine di oliva (oltre ad avere un'azione nutritiva ha anche un'azione lubrificante del bolo alimentare) e formaggio grattugiato. Non eccedere con il sale, preferire le erbe aromatiche.

Frutta: terminare il pasto con una porzione di frutta morbida matura, frutta cotta o frutta fresca grattugiata. Si consiglia di consumare 2-3 porzioni di frutta al giorno tra i pasti principali e gli spuntini.

Questi consigli sono generali e non tengono in considerazione la presenza di eventuali patologie influenzate dall'alimentazione (es. diabete, insufficienza renale, celiachia, ecc.) e/o di rischio nutrizionale (inappetenza, sottopeso e/o perdita di peso). Per un piano personalizzato rivolgersi al medico curante per richiedere una consulenza con personale sanitario qualificato (dietisti, medici nutrizionisti).

Appunti

Allegato 11 - Assistenza al pasto alla persona con deficit della deglutizione

Per attivare livelli adeguati di sicurezza nella gestione della somministrazione del pasto alla persona disfagica si rappresenta che prioritariamente, prima di procedere alla fase di somministrazione, è necessario rivalutare ripetutamente le condizioni di sicurezza essenziali quali:

- presenza di un buon livello di coscienza e collaborazione;
- capacità di mantenere uno stato di vigilanza per più di 15 minuti consecutivi (interrompere la somministrazione del pasto se il paziente si assopisce);
- condizione cavo orale adeguata e che l'eventuale protesi dentale sia posizionata in modo corretto;
- capacità di mantenere per almeno 15 minuti, il controllo del capo anche con l'aiuto di eventuali supporti.

Durante la somministrazione del pasto è necessario mantenere attiva l'attenzione relativamente alle seguenti condizioni:

- il livello di coscienza – vigilanza – attenzione della persona;
- la capacità della persona di mantenere la postura;
- la capacità su comando di deglutire;
- la riproduzione su comando/imitazione della tosse volontaria e dello "schiarirsi" la voce;
- durata del pasto e la quantità di cibo avanzata;
- comparsa di tosse durante il pasto o quando la persona beve.

ISPEZIONE DEL CAVO ORALE E UTILIZZO DI AUSILI

Premessa l'importanza di garantire il mantenimento dell'igiene del cavo orale per il contrasto al fenomeno di aspirazione di germi e batteri è altrettanto suggerita tale attività, prima della somministrazione del pasto, in quanto può stimolare la produzione della saliva e del gusto.

Inoltre tale azione consente di accertare l'eventuale presenza di residui alimentari e/o di secrezioni che potrebbero interferire con la capacità di deglutizione.

Risulta altrettanto efficace, ai fini di una maggior compliance del paziente nel partecipare attivamente all'assunzione del pasto, garantire l'uso di occhiali, protesi acustiche o dentarie, assicurandosi che siano posizionati e funzionanti prima di presentare il cibo. E' molto importante che la persona assistita possa sentire le indicazioni e i comandi impartiti.

POSIZIONE DA ASSUMERE DURANTE IL PASTO

La posizione da assumere durante il pasto ha un ruolo importante nella determinazione del grado di sicurezza. La corretta postura da assumere durante il pasto considera la posizione del capo, del tronco e in generale di tutto il corpo. Il pasto può essere consumato a letto, seduto su una sedia o in carrozzina. Nelle tre diverse situazioni devono essere osservati accorgimenti specifici: è importante far sì che il paziente assuma la posizione corretta e la mantenga per l'intera durata del pasto. In particolare il capo non dovrà mai essere esteso all'indietro, ma sempre dritto o, in alcuni casi e a seconda delle indicazioni del logopedista, flesso in avanti.

La posizione a letto per la consumazione del pasto è possibile che non venga mantenuta per l'intera durata del pasto esponendo il soggetto a rischi maggiori, specie nell'ultima parte del pasto, che in genere per la stanchezza o per difficoltà a mantenere l'attenzione, costituisce il momento più delicato.

Lo schienale del letto deve essere sollevato a 90°, in modo da portare l'anca il più possibile a piegarsi ad angolo retto. Le gambe sono distese sul letto e un rotolo o un cuscino posto sotto le ginocchia le solleva di circa 30° per evitare lo scivolamento in avanti del bacino durante il pasto. Un tavolino anteriore favorisce l'appoggio degli avambracci. E' inoltre importante posizionare un piccolo cuscino o un asciugamano arrotolato dietro alla nuca, per sostenere il tratto cervicale della colonna vertebrale ed evitare così pericolose estensioni del capo.

Quando il paziente con disfagia consuma il suo pasto seduto su una sedia deve stare dritto, con comodo appoggio degli avambracci (sui femori o sul tavolino posto davanti) e piedi ben appoggiati a terra. Il baricentro del bacino dovrebbe essere distribuito su entrambi i glutei e l'anca flessa a 90°. Un cuscino tubolare di gomma piuma o un asciugamano arrotolato sotto le ginocchia può impedire lo scivolamento in avanti del bacino e aiuta a conservare una corretta postura durante l'intero pasto. La testa si trova in posizione centrale con sguardo rivolto in avanti. Tale postura è da considerarsi neutra per l'assunzione delle posture/manovre di volta in volta indicate dal logopedista, quale compenso da utilizzare durante il pasto per facilitare la deglutizione in sicurezza.

Le braccia sono appoggiate sui femori, in caso invece di instabilità del tronco, è consigliabile far appoggiare gli avambracci sulla tavola posta di fronte al paziente. L'altezza della sedia deve essere adeguata, per consentire ai piedi di stare ben appoggiati per terra e conseguentemente di piegare le articolazioni delle ginocchia e delle anche a 90°.

Anche il paziente che consuma i pasti seduto su una carrozzina deve osservare in generale, la posizione descritta sopra. Di particolare importanza è la stabilizzazione del tronco, favorita dallo schienale della carrozzina stessa, che deve avere una giusta inclinazione, eventualmente da correggere con cuscini. Le braccia invece vengono aiutate nell'assunzione della posizione corretta dai braccioli e dal tavolino di lavoro, che può essere applicato alla parte anteriore della carrozzina. Qualora il soggetto non controlli autonomamente la postura del capo, si possono utilizzare poggiatesta che, scelti nella forma adatta, anche

con l'aiuto di fibbie o fettucce elastiche contribuiscono a conservare la corretta posizione del capo per l'intera durata del pasto. Importante è anche osservare la posizione delle pedane, che devono assicurare la possibilità di un buon appoggio dei piedi e conseguentemente la flessione a 90° delle ginocchia. E' utile infine sottolineare che la corretta posizione delle gambe incide in maniera importante sulla posizione dell'intero corpo.

LE CARATTERISTICHE DEGLI ALIMENTI

La scelta degli alimenti per il pasto del paziente disfagico coinvolge diverse figure professionali: medico nutrizionista e dietista per gli aspetti nutrizionali, foniatra e logopedista per l'identificazione della consistenza idonea alle capacità deglutitorie del paziente e il personale addetto alla preparazione degli alimenti per la cura delle caratteristiche specifiche delle diete per disfagici in base alle indicazioni fornite dal logopedista e dal dietista. Il personale addetto all'assistenza, prima di procedere con la somministrazione del pasto deve controllare che le indicazioni date da logopedista e dietista siano siano rispettate.

Il sistema deglutitorio si comporta in modo diverso, a seconda del caso in cui debba essere deglutito un bolo solido o uno liquido.

Gli alimenti solidi devono essere preparati in maniera efficiente per transitare nel canale deglutitorio, senza causare danni al canale stesso. In questo senso, nella bocca tramite masticazione e insalivazione, avviene il processo di preparazione necessario per rendere il bolo deglutibile. Utilizzando le strategie di compenso dietetico, si modificano le caratteristiche dei boli per facilitarne lo scorrimento in sicurezza nel canale deglutitorio (Pardoe, 1993). Il logopedista individua l'adeguata consistenza dei cibi alle specifiche difficoltà del paziente (O'Gara, 1990). Infatti, la decisione sul tipo di consistenza adeguata per l'alimentazione non può che derivare dall'attenta valutazione del problema specifico di deglutizione. Inoltre, la scelta non viene definita esclusivamente in base al criterio di sicurezza, ma anche dalla capacità della consistenza prescelta di soddisfare il fabbisogno calorico e idrico del paziente. In questo senso è importante un lavoro d'équipe con medico nutrizionista e dietista. E' altresì importante il monitoraggio continuo delle prestazioni del paziente, per verificare costantemente l'adeguatezza della dieta alla mutevoli necessità del percorso clinico.

Una dei principali problemi delle diete a consistenza modificata è costituito dall'accettazione da parte dei pazienti: in diversi studi emerge come le diete a consistenza modificata costituiscono una delle prime cause di malnutrizione degli anziani istituzionalizzati (VuceaHeather et al., 2018; Scalmani et al., 2000).

Le caratteristiche dei cibi e dei liquidi che possono/devono essere modificate

Cibi solidi: è importante tener presente che la palatabilità, cioè alla bontà al palato degli alimenti compresi nelle diete a consistenza modificata, rappresenta un requisito necessario per garantire un processo nutrizionale efficace. Nella somministrazione dei cibi, in particolare quelli a consistenza cremosa, devono essere mantenute le caratteristiche cromatiche e di sapore dei singoli alimenti. Quindi va evitato di mescolare più alimenti insieme creando pietanze dal colore e dal sapore non proprio accattivanti. Rispettare le

preferenze alimentari con cibi dal sapore forte e definito (dolce, aspro, salato, non piccante), oltre che stimolare la sensibilità orale, mantiene una costante motivazione da parte del paziente. Vedere e riconoscere un alimento ne fa ricordare il gusto e anticipa il piacere che si prova nel mangiarlo; la conseguenza è che la bocca si prepara a questo piacere aumentando la salivazione.

Consistenza: l'aspetto più importante da considerare circa l'assunzione di cibi e di liquidi in presenza di difficoltà deglutitorie è la consistenza. La consistenza dei cibi/liquidi che risulta più facile da deglutire è la consistenza semisolida/semiliquida. Tale consistenza necessità di una breve fase di preparazione orale e non va ad impattare sull'affaticabilità del paziente.

Oltre alla consistenza, il logopedista può consigliare altre caratteristiche dei cibi per facilitare la deglutizione nel paziente con disfagia. E' importante quindi osservare l'omogeneità dei cibi: il controllo della omogeneità degli alimenti è una delle armi fondamentali per garantire un'alimentazione orale sicura alla persona disfagica.

I cibi con doppia consistenza (es: minestra in brodo con pastina), filamentosi o friabili, sono molto difficili da gestire nella fase di preparazione orale e quindi per un soggetto con difficoltà deglutitorie sarà più facile deglutire cibi con consistenza omogenea.

Viscosità: la viscosità è intesa come il grado di lubrificazione degli alimenti. Grazie alla viscosità il boccone scivola con facilità e non provoca attrito al suo passaggio sulle pareti del canale alimentare. Per rendere un cibo maggiormente scivoloso basterà aggiungere un po' d'olio alla pietanza.

Il boccone deve esercitare il minor attrito possibile nel suo passaggio dalla bocca verso l'esofago. Sotto questo aspetto sono quindi da evitare cibi secchi quali crackers, grissini, gallette, frutta secca.

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

Temperatura: sono da preferire cibi con temperature più alte o più basse della temperatura corporea (36°/37° C): cibi freddi, ad esempio, aumentano la forza e la velocità della deglutizione.

Anche il volume del bolo è un aspetto che sarà considerato dal logopedista per facilitare la deglutizione del paziente con difficoltà deglutitorie.

Liquidi: per quanto riguarda i liquidi invece, essendo sostanze molto difficili da gestire e da deglutire, una tecnica molto utilizzata è l'uso di addensante (amidi o gomme) che viene aggiunto al liquido e lo rende più viscoso a seconda della quantità di addensante che viene aggiunto. L'alterazione della viscosità dei liquidi è utilizzata sia nella valutazione che nel trattamento del paziente disfagico (Pardoe, 1993; O'Gara, 1990). Dalla diversa viscosità risulta una modificazione dei meccanismi deglutitori e una riduzione dell'aspirazione (Kuhlemeier, Palmer, Rosenberg, 2001). Se molti studi riportano la riduzione del numero di aspirazioni con l'utilizzo di liquidi addensati (Reimers-Neils, Logemann, Larson, 1994; Garcia, Chambers, Molander, 2005;

Kuhlemeier, Palmer, Rosemberg, 2001) è da non trascurare il rischio di disidratazione cui vanno incontro i pazienti disfagici che, molto spesso, non accettano l'idratazione con i liquidi addensati (Whelan, 2001). E' stato stimato che circa il 50% dei pazienti non utilizza abitualmente i liquidi addensati loro prescritti (Shim, Oh, Han, 2013).

E' stato riportato (Bulow, Olsson, Ekberg, 2003) che, in pazienti con disfagia neurogena, l'assunzione di acqua gassata a volumi di 5 e 10 ml comporta la diminuzione degli episodi di aspirazione rispetto all'acqua non gassata. Questo è dovuto all'aggiunta di anidride carbonica all'acqua che effettua una stimolazione di tipo chemestetico sulle afferenze sensitive degli organi deglutitori (Krival, Bates, 2012). L'acqua gassata potrà essere quindi considerata, come un'alternativa al liquido addensato qualora il paziente presenti un deficit deglutitorio di lieve entità.

Il logopedista potrà fornire specifiche indicazioni sulla base delle caratteristiche individuali e alla capacità deglutitoria del paziente, individuando le caratteristiche dei cibi e dei liquidi, più idonee.

LA GESTIONE E PREPARAZIONE DELL'AMBIENTE

L'ambiente in cui il paziente disfagico consuma il pasto deve essere tranquillo e privo di fonti di distrazione: è raccomandabile spegnere il televisore e qualsiasi altro device, che può costituire motivo di disattenzione. In particolare è necessario spegnere l'apparecchio TV quando è posto in alto su bracci sospesi, come avviene nelle stanze di ospedale. In questi casi il paziente rischierebbe di mangiare con il capo in estensione, postura che, come si è visto, se da un lato migliora la progressione del bolo nella cavità orale, dall'altro aumenta il rischio di aspirazione. È importante che l'ambiente in cui si mangia sia silenzioso e che il caregiver si limiti a interloquire con il paziente solo tra un boccone e l'altro quando si è sicuri che il boccone precedente sia stato deglutito. Porre domande costituisce una forte sollecitazione a parlare: la funzione articolatoria e quella deglutitoria, utilizzano le stesse strutture anatomiche, che però devono essere usate in momenti diversi per evitare pericolose sovrapposizioni.

Per l'alimentazione del paziente disfagico può essere utile impiegare posate speciali di materiali idonei e che si adattano alle difficoltà di impugnatura. In casi specifici si possono realizzare impugnature personalizzate con materiali termoplastici e sono inoltre disponibili piatti e bicchieri speciali. Nei pazienti con riflesso del morso è importante evitare l'uso di posate di plastica che potrebbero rompersi, e di usare il metallo, che potrebbero ferire il paziente; In questi casi potrebbe essere utile l'Impiego di posate di gomma o di plastica spessa, che non cedono alla pressione del morso.

In caso di disfagia per i liquidi sono di aiuto i bicchieri a becco di flauto cioè contenitori con un bordo più lungo o con una scanalatura che consente di bere anche con il capo in flessione anteriore. Un'utile alternativa ai bicchieri a becco di flauto, possono essere le tazze o i bicchieri di ampio diametro che ugualmente permettono lo svuotamento senza andare in estensione con il capo; sono invece da evitare i bicchieri stretti

e lunghi. Nel caso il paziente debba assumere liquidi addensati, sarà utile utilizzare il cucchiaio e non il bicchiere.

E' importante ricordare che bere dalla cannuccia NON è facilitante: infatti per bere dalla cannuccia bisogna mettere in atto schemi motori più complessi rispetto a bere dal bicchiere. Inoltre bere dalla cannuccia risulta difficile controllare il volume del bolo. Saper controllare il volume del bolo, in alcuni pazienti, risulta una strategia risolutiva dei problemi di deglutizione dei liquidi, quindi l'utilizzo della cannuccia in questi casi sarebbe deleterio.

Il caregiver o il personale sanitario che imbocca il paziente impossibilitato ad alimentarsi autonomamente sono da considerarsi parte del setting. Il paziente che viene imboccato, una volta raggiunta la postura corretta, deve mantenere il viso rivolto in avanti e non ruotarlo per avvicinarsi alla posata. Chi assiste, quando svuota la posata, deve evitare di far estendere il capo a colui che viene imboccato. Nel caso del cucchiaio, questo deve essere inserito nella bocca nel verso del diametro lungo e svuotato nel senso del diametro corto. In questo modo si evita il movimento di estensione del capo, che in genere si attua per evitare il contatto del manico della posata con il naso. Il bollo va posto, nella quantità indicata, nella parte anteriore della bocca.

E' importante avere un ritmo lento o comunque adeguato al ritmo di deglutizione del paziente rispettando per ogni singolo boccone il volume consigliato. Un boccone deve essere inserito in bocca solo quando il precedente è stato deglutito. Eventualmente interrompere ai primi segni di stanchezza.

Non far bere durante il pasto, se non quando si è completamente sicuri che la bocca sia vuota. Infatti l'introduzione nella cavità orale di un bolo liquido in presenza di boli di altra consistenza creerebbe doppie consistenze che costituiscono un elemento di notevole criticità per la buona riuscita dell'atto deglutitorio.

In alcuni casi potrebbe essere necessario stimolare il paziente a compiere, tra un bolo e l'altro, manovre di autodetersione come tosse volontaria seguita da deglutizione a vuoto).

Dopo il pasto è indicato mantenere la posizione seduta per almeno 15-30 minuti per evitare fenomeni di reflusso gastrico e conseguente penetrazione/aspirazione dello stesso.

Infine, dopo la consumazione del pasto è indicata un'accurata igiene del cavo orale per eliminare eventuali residui di cibo presenti nel cavo orale che possono successivamente penetrare nel tratto faringo-laringeo.

In generale, durante la consumazione del pasto è sempre indicato monitorare il paziente per rilevare prontamente segnali di rischio (rallentamento della fase orale, presenza di ristagni, tosse, scarsa vigilanza, segni di soffocamento…). In alcuni casi, per garantire un corretto apporto idrico e calorico è vitale stimolare il paziente a bere in più momenti della giornata, inserendo spuntini tra un pasto e l'altro soprattutto se la persona non riesce ad assumere pasti completi.

E' rilevante inoltre monitorare la presenza di cambiamenti che possono essere indice di un peggioramento delle abilità deglutitorie (febbre, calo di peso, frequenti malattie delle vie respiratorie cambiamenti nella voce, inappetenza, difficoltà a terminar

Firma RUSCITTI GIANCARLO
Data 16-11-2026