



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Ferrara



U.M.R.
Ferrara



U.G.C.
Ferrara

Diario di bordo

**SCHEDE INFORMATIVE PER LE PERSONE ADULTE
CON DISTURBI DELLA DEGLUTIZIONE
E PER I LORO FAMILIARI**



SETTORE MEDICINA RIABILITATIVA "SAN GIORGIO"
DIPARTIMENTO NEUROSCIENZE/RIABILITAZIONE
AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI FERRARA

Diario di bordo

SCHEDE INFORMATIVE PER LE PERSONE ADULTE
CON DISTURBI DELLA DEGLUTIZIONE
E PER I LORO FAMILIARI



A cura di

NINO BASAGLIA

Presidente Comitato Tecnico-Scientifico Rete Gracer Emilia Romagna
Direttore Unità di Medicina Riabilitativa
Responsabile Settore Medicina Riabilitativa "San Giorgio"
Dipartimento Neuroscienze/Riabilitazione
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara

ANTONELLA BERGONZONI

Dirigente Medico Unità Medicina Riabilitativa
Modulo di Neuropsicologia Riabilitativa
Settore Medicina Riabilitativa "San Giorgio"
Dipartimento Neuroscienze/Riabilitazione
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara

Hanno collaborato

CARMELA GIANNONE

Logopedista
Modulo di Neuropsicologia Riabilitativa
Settore Medicina Riabilitativa "San Giorgio"
Dipartimento Neuroscienze/Riabilitazione
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara

ROBERTA BENASCIUTTI

Logopedista
Modulo di Neuropsicologia Riabilitativa
Settore Medicina Riabilitativa "San Giorgio"
Dipartimento Neuroscienze/Riabilitazione
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara

SUSANNA PONTI

Infermiera Unità Gravi Cerebrolesioni
Settore Medicina Riabilitativa "San Giorgio"
Dipartimento Neuroscienze/Riabilitazione
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara

AMINTA CAVALLO

Infermiera Referente Unità Medicina Riabilitativa
Settore Medicina Riabilitativa "San Giorgio"
Dipartimento Neuroscienze/Riabilitazione
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara

FRANCESCA FILIPPINI

Fisioterapista Referente Unità Gravi Cerebrolesioni
Settore Medicina Riabilitativa "San Giorgio"
Dipartimento Neuroscienze/Riabilitazione
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara

RITA MANDRIOLI

Fisioterapista Referente Unità Medicina Riabilitativa
Settore Medicina Riabilitativa "San Giorgio"
Dipartimento Neuroscienze/Riabilitazione
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara

Ringraziamenti

Si ringraziano per la fattiva collaborazione, per i consigli e gli stimoli durante la realizzazione del "DIARIO" tutti i pazienti, i famigliari e gli Operatori del Settore di Medicina Riabilitativa "San Giorgio" del Dipartimento di Neuroscienze/Riabilitazione, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara.

Si ringrazia il Centro Perez, Città del Ragazzo di Ferrara, per l'impaginazione e la stampa.

Ferrara, aprile 2011

PRESENTAZIONE

Prof. Nino Basaglia

Referente Settore di Medicina Riabilitativa
Dipartimento di Neuroscienze/Riabilitazione
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara

Continua il nostro percorso nell'ambito dell'"empowerment" delle persone disabili prese in carico dal nostro Centro di Medicina Riabilitativa. L'empowerment, per l'Organizzazione Mondiale della Sanità discende dal profondo rispetto dei valori della singola persona nella sua completezza socio-relazionale e nel vederla come titolare piena di propri poteri o diritti. Esso si raggiunge mediante interventi di educazione sanitaria finalizzati a fornire alle persone gli strumenti critici per prendere le decisioni migliori e comunque condivise per il loro benessere. Persone che diventano partecipi alle decisioni inerenti i loro processi di cura e, quindi, attive nei processi di recupero.

Da quando, ormai diversi decenni fa, ho iniziato a dedicarmi alla Medicina Riabilitativa, sono andato sempre più convincendomi del ruolo essenziale di una corretta e continua informazione al paziente ed ai suoi familiari, durante tutte le fasi del percorso riabilitativo. Ritengo che ogni minuto speso per aiutare il paziente ed i suoi familiari a comprendere quali siano le cause della sua disabilità, e che cosa si vorrebbe fare insieme a lui per aiutarlo, sia sempre ampiamente ripagato da ore risparmiate nello svolgimento del progetto riabilitativo e da una maggiore efficacia nel rispondere ai bisogni di coloro che siamo chiamati ad aiutare.

Questo può essere visto come una sorta di "terapia informativo-educativa" volta a ristabilire per quanto possibile un giusto equilibrio



nel rapporto tra i professionisti della sanità, la "persona servita" (il cosiddetto "paziente") e le persone per lui significative. Ciò porta anche ad espandere gli obiettivi della riabilitazione dalla massimizzazione delle abilità fisiche, cognitive e comportamentali alla fornitura di pari opportunità per l'inclusione in ambito comunitario.

L'informazione assume un valore ancora più cruciale quando ci troviamo di fronte a disabilità gravi e complesse, come nel caso delle turbe della deglutizione che hanno importanti connotazioni non solo sul versante biologico, ma anche e soprattutto sul versante psicologico e relazionale portando le persone ad una grave restrizione della partecipazione e del mondo delle relazioni.

Una corretta informazione deve essere inserita nel contesto di un rapporto di comunicazione continua fra il team dei professionisti della riabilitazione, la "persona servita" e la sua famiglia, in cui debbono trovare spazio anche momenti di supporto emotivo e di ascolto.

La preparazione della prima edizione di questo "Diario di Bordo" per le persone adulte con disturbi della deglutizione e per i loro familiari è stata resa possibile dall'impegno di tutti i professionisti delle Unità di Medicina Riabilitativa e Gravi Cerebrolesioni del Settore di Medicina Riabilitativa "San Giorgio" del Dipartimento Neuroscienze/Riabilitazione della nostra Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara rappresenta un'ulteriore prova del nostro impegno verso un modo di fare riabilitazione che vede il paziente e la famiglia come primi componenti del team riabilitativo, e che per fare ciò cerca di accompagnarli continuamente durante il percorso di cure e di fornire loro gli strumenti e le conoscenze necessarie a divenire soggetti consapevoli e partecipi del progetto di recupero.

A tutti coloro che hanno contribuito a questa realizzazione, e in particolare alla dott.ssa Antonella Bergonzoni, perno del "Programma di sfagia" del nostro Centro di Riabilitazione, va il mio e il vostro ringraziamento.

Ferrara, 2 marzo 2011

INDICE

Presentazione	pag. 5
---------------	--------

Informazioni generali

Che cosa si intende per deglutizione e come avviene?	pag. 11
Può essere alterato il meccanismo della deglutizione? Quali sono le cause più frequenti ?	pag. 12
Quali sono le complicanze a cui una persona disfagica può andare incontro se non gestisce adeguatamente il disordine della deglutizione?	pag. 13
Cosa si intende per “stato nutrizionale”, quali sono le condizioni nelle quali può essere alterato?	pag. 15
Cosa si intende per alimentazione equilibrata?	pag. 15

Valutazione della persona con disfagia

Quali sono le tipologie di disfagia che si possono riscontrare?	pag. 19
Come è possibile evidenziare problemi di deglutizione: quali sono i “sintomi sentinella”?	pag. 20
Chi sono i professionisti a cui è possibile rivolgersi quando si hanno problemi nel deglutire?	pag. 22
Sono disponibili anche tecniche strumentali per la valutazione della deglutizione oltre a quelle cliniche?	pag. 24

Gestione della persona con disfagia

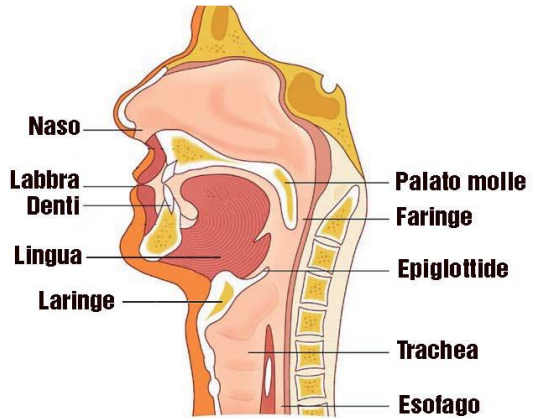
Come alimentare in sicurezza la persona disfagica?	pag. 29
Quanto è importante l’igiene del cavo orale?	pag. 32
Quali sono le caratteristiche che differenziano la presa in carico di una persona disfagica a bassa responsabilità?	pag. 34
Come si gestisce una cannula tracheostomica durante l’assunzione di cibo per via orale?	pag. 41
Come si suddividono gli alimenti in base alle loro caratteristiche?	
Quali sono gli adattamenti dietetici che si possono utilizzare nella persona disfagica?	pag. 43
Quali sono gli ausili che possono essere utilizzati per alimentarsi?	pag. 46
Come si possono somministrare i farmaci ad una persona disfagica?	pag. 47
Come si alimenta la persona che non assume cibo per bocca?	pag. 49



Che cosa si intende per deglutizione e come avviene?

Per deglutizione si intende quel meccanismo che consente il passaggio del cibo dalla bocca allo stomaco.

L'atto deglutitorio, che ci sembra così automatico in quanto lo ripetiamo senza rendercene conto più volte nell'arco della giornata, in realtà è molto complesso e coinvolge diverse strutture: la bocca (costituita da labbra, lingua, palato, denti e gengive), il faringe (tratto delle vie digestive che segue la bocca), l'esofago, lo stomaco.

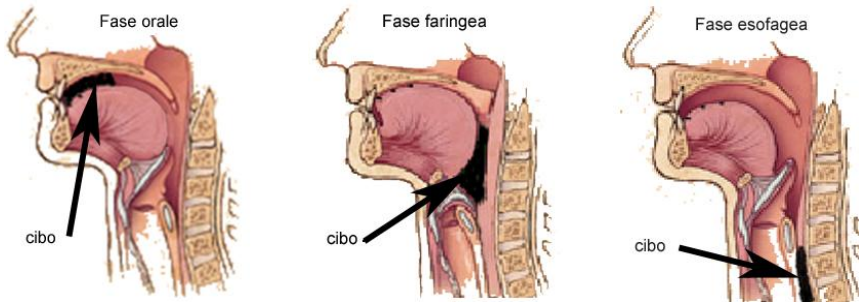


Questa funzione coinvolge però anche la respirazione, infatti ogni volta che deglutiamo blocchiamo la respirazione (si parla di *coordinazione respirazione-deglutizione*).

È importante sapere che la deglutizione comprende una prima fase che noi possiamo controllare volontariamente (volontaria) e una seconda fase che invece si avvia e “procede” senza il nostro controllo (riflessa), ma guidata da un “programma” che si trova all'interno del nostro cervello e che coinvolge in una fine coordinazione diversi muscoli.

La deglutizione è quindi un meccanismo così complesso che possiamo dividere in diverse fasi:

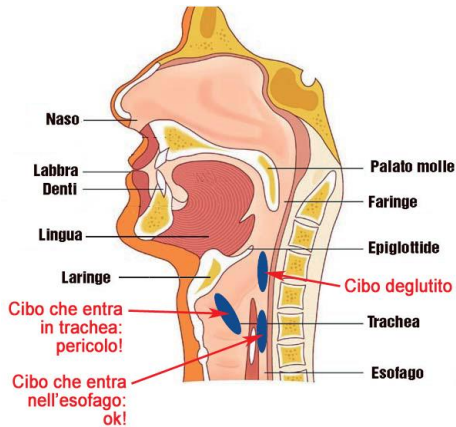
1. inserimento del cibo nella bocca, masticazione, trasformazione del cibo in bolo e spinta attraverso la lingua verso la “gola” (*fase orale volontaria*)



2. attivazione del riflesso della deglutizione, interruzione della respirazione, apertura delle vie digestive che determina il passaggio del cibo dal faringe all'esofago (*fase faringea involontaria*)
3. passaggio del cibo dall'esofago nello stomaco (*fase esofago-gastrica involontaria*)

Può essere alterato il meccanismo della deglutizione? Quali sono le cause più frequenti?

Si parla di **DISFAGIA** ogni volta che è presente una alterazione del funzionamento corretto delle strutture coinvolte nell'atto deglutitorio: bocca, faringe, laringe (primo tratto delle vie respiratorie che, attraverso l'abbassamento di una sua parte chiamata epiglottide, le protegge da eventuali passaggi di cibo nei polmoni). Questa alterazione può essere dovuta a tantissime cause: malattie neurologiche (traumi cranio encefalici, patologie vascolari cerebrali come gli ictus cerebrali, malattie degenerative come la Sclerosi Laterale Amiotrofica, etc.), interventi otorinolaringoiatrici, malattie muscolari, malattie del canale digestivo, etc.



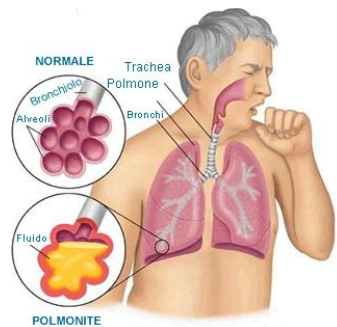
La disfagia può avere caratteristiche diverse a seconda della fase che viene prevalentemente coinvolta ed interessata. Sentirete pertanto parlare di :

- DISFAGIA ORALE
- DISFAGIA FARINGEA
- DISFAGIA ESOFAGEA

Ognuna di queste può essere riconosciuta perché è caratterizzata da sintomi ben precisi che gli operatori della riabilitazione provvederanno ad illustrarvi e che verranno di seguito descritti.

Quali sono le complicanze alle quali una persona disfagica può andare incontro se non gestisce adeguatamente il disordine della deglutizione?

Il paziente disfagico presenta il rischio che il cibo gli “vada di traverso” cioè che tenda ad entrare nelle vie respiratorie. Naturalmente questo può succedere anche ad una persona non disfagica ma in questo caso la persona tossisce ed in genere non si creano complicanze. Nella per-



Source: <http://stanford.wellsphere.com>

sona disfagica invece la tosse potrebbe non essere sufficientemente forte o addirittura, in alcuni casi non esserci e pertanto il cibo non verrà espulso ed entrerà nelle vie respiratorie (laringe, trachea, bronchi). Nel caso in cui questo accada frequentemente si possono avere delle complicanze respiratorie fino a quadri di polmoniti (*polmoniti ab-ingestis*) che possono nei casi più gravi portare ad una insufficienza respiratoria (difficoltà per il paziente a respirare). Nei casi più lievi potrebbe comparire una febbre che però non deve mai essere sottovalutata.

Un'altra complicanza alla quale il paziente può andare incontro riguarda il rischio di non nutrirsi od idratarsi adeguatamente, si parla in questo caso di *malnutrizione* e di *disidratazione*. Queste due situazioni non devono essere sottovalutate in quanto possono provocare, oltre al dimagrimento del paziente, anche gravi scompensi all'interno del suo organismo (ad esempio una riduzione delle difese immunitarie, un ritardo nella guarigione delle ferite o delle infezioni).

La malnutrizione deriva da un apporto non equilibrato nella introduzione delle sostanze nutritive, così come la disidratazione deriva da uno scarso apporto di liquidi o da una eccessiva loro eliminazione. Come è possibile accorgersene: in genere il primo segno che allarma il paziente ed il familiare è la perdita di peso, mentre i segni clinici della disidratazione sono meno riconoscibili (cute secca, urine scure e maleodoranti, etc.) e sono meglio visibili agli occhi di un operatore sanitario.



Cosa si intende per “stato nutrizionale”, quali sono le condizioni nelle quali può essere alterato?

Ogni volta che viene mantenuto l’equilibrio tra l’introduzione nel nostro organismo di sostanze nutritive ed il loro consumo si parla di “buon stato nutrizionale”. C’è la possibilità di valutare, attraverso l’esecuzione di alcuni “esami del sangue” (*esami ematochimici*), quanto il paziente sia nutrito adeguatamente. Lo scopo di tali valutazioni è quello di prevenire o trattare una eventuale condizione di malnutrizione.

Così anche per quello che riguarda la disidratazione, alcuni valori ematochimici, associati a quelli clinici precedentemente descritti possono aiutare il medico a riconoscere e trattare un quadro di scompenso.

In alcuni casi è necessario utilizzare diversi sistemi di alimentazione e di idratazione per arrivare ad un equilibrio: ad esempio possiamo utilizzare oltre la via orale anche quella “enterale” che non passa direttamente dalla bocca (si vedranno più avanti tali concetti) o infine quella endovenosa.

Cosa si intende per alimentazione equilibrata?

Una alimentazione si definisce equilibrata quando è costituita da tutte le sostanze necessarie al buon funzionamento dell’organismo. Tali sostanze sono : le proteine, i grassi (*lipidi*), gli zuccheri (*glucid*i), le vitamine, i sali minerali e l’acqua.

Le **PROTEINE** sono contenute nelle carni, nel pesce e nelle uova, costituiscono i “mattoni” del nostro organismo.





I **GRASSI** sono contenuti principalmente negli oli, nel burro, nella margarina, costituiscono delle importanti riserve di energia per il nostro organismo.

Gli **ZUCCHERI** sono contenuti in forma complessa negli amidi (cereali), mentre quelli semplici sono contenuti nei prodotti di pasticceria, nella frutta e nel latte. Anch'essi costituiscono una fonte di energia e forniscono la metà delle calorie fornite dai grassi.



Le **VITAMINE** sono contenute negli alimenti di origine animale (vit. A,D,E,K), nella frutta e nella verdura (vit. B, C), permettono il buon funzionamento dell'organismo.

I **SALI MINERALI** svolgono funzioni importantissime per l'organismo (es. il calcio per le ossa, il ferro per i globuli rossi, il sodio e il potassio per i muscoli)



L'**ACQUA** è fondamentale per la vita. Dobbiamo tenere conto che più della metà dell'acqua assunta dall'esterno è contenuta negli alimenti, quindi ci basta bere circa 1 litro/1 litro e mezzo di liquidi al giorno.

Le **FIBRE** sono contenute nella frutta, nella verdura, nei legumi (fagioli, ceci, piselli, fave, lenticchie), sono importanti perché permettono il buon funzionamento della flora batterica intestinale.





**Valutazione
della persona
con disfagia**

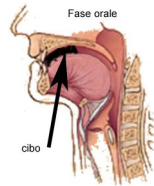
Quali sono le tipologie di disfagia che si possono riscontrare?

Sappiamo che i disturbi disfagici possono interessare una o più fasi della deglutizione, pertanto la loro definizione necessita di una accurata valutazione clinica ed in alcuni casi, a completamento, anche di metodiche strumentali specifiche (che verranno descritte di seguito).

Possiamo elencare diversi tipi di disfagia legati alla fase che viene prevalentemente compromessa, ricordiamo brevemente le fasi della deglutizione: fase orale, fase faringea e fase esofagea.

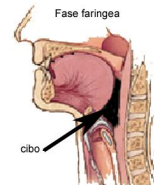
L'alterazione della corretta funzionalità delle strutture all'interno della bocca determina la **disfagia orale**, caratterizzata da segni tipici quali:

- perdita di saliva dalla bocca (*scialorrea*);
- sensazione di lingua impastata;
- fuoriuscita del cibo dalla bocca a causa di movimenti della lingua verso l'esterno;
- rallentamento della masticazione;
- tendenza del cibo a distribuirsi su tutto il cavo orale o da un solo lato.



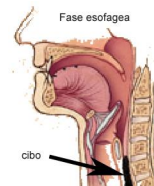
L'alterazione della funzionalità delle strutture situate dopo la base della lingua determina la **disfagia faringea**, caratterizzata da:

- fuoriuscita di liquidi o di cibo dal naso;
- suono nasale della voce;
- difficoltà ad iniziare la deglutizione, con presenza di ripetuti tentativi deglutitori;
- tosse e/o sensazione di soffocamento prima, durante o dopo la deglutizione.



La sensazione di difficoltoso transito del cibo dietro allo sterno è sintomo di **disfagia esofagea**.

Nei pazienti con esiti di patologie neurologiche si ha frequentemente una associazione di disfagia orale e di disfagia faringea: **disfagia oro - faringea**



Come è possibile evidenziare problemi di deglutizione: quali sono i “sintomi sentinella”?



Qualora cibo o bevande finiscano nei polmoni (**inalazione**) si possono avere pericolose infezioni (polmoniti), che possono mettere in serio pericolo la vita di una persona.

È necessario quindi per il paziente ed i familiari:

- evitare di prendere iniziative personali nel somministrare liquidi e cibo se non dopo aver sentito il personale di assistenza (medico, infermiere),
- essere attenti alla comparsa durante l'alimentazione dei seguenti sintomi:



sensò di soffocamento
tosse insistente
comparsa di colorito rosso o bluastro sul volto



In modo meno evidente può verificarsi il passaggio di piccole quantità di alimenti nei polmoni, spesso non avvertito neppure dal paziente stesso; si parla di “**inalazione silente**”, è una condizione subdola e come tale grave.

Devono pertanto indurre sospetto che saliva, bevande e cibo vadano “di traverso” :

- la comparsa di alcuni colpi di tosse entro 2-3 minuti dalla deglutizione del boccone; la tosse rappresenta un meccanismo di difesa nei confronti del passaggio di un corpo estraneo nella via respiratoria
- la comparsa di velatura o raucedine nella voce (voce umida o gorgogliante)
- la fuoriuscita di liquidi o cibo dal naso
- la comparsa di starnuti e/o la necessità di soffiare il naso durante l'alimentazione
- la fuoriuscita di saliva dalla bocca (scialorrea)
- la presenza di “catarro”
- la presenza di febbre anche non elevata (rialzo di $37,5^{\circ}$ – 38°C), quale segno di infiammazione o irritazione dovuta al passaggio di alimenti nelle vie aeree.



La comparsa di tali segni deve allertare il paziente, i familiari e gli operatori, i quali attiveranno le figure specialistiche competenti per la diagnosi del disturbo deglutitorio e la programmazione della sua gestione.

Chi sono i professionisti a cui è possibile rivolgersi quando si hanno problemi nel deglutire?



L'approccio al paziente disfagico deve essere condotto da varie figure professionali che collaborano insieme per diagnosticare il disturbo della deglutizione e gestirlo nelle modalità adeguate.

La presa in carico del paziente avviene, in prima istanza, da parte del medico specialista competente nei disordini della deglutizione (**fisiatra, foniatra e otorinolaringoiatra**) e del **logopedista**; quest'ultimo è considerato l'operatore dotato di maggior familiarità ed esperienza riguardo a questo tipo di problema. Non è possibile però che possa gestire da solo una persona che ha difficoltà a deglutire.

Mentre il logopedista, infatti, insieme al medico, si occuperà di valutare e trattare il disturbo di deglutizione, è necessario l'apporto delle altre figure professionali (**infermiere, fisioterapista, terapeuta occupazionale**), le quali in base alle loro competenze metteranno in atto le indicazioni fornite dal logopedista per permettere la ripresa della alimentazione orale nei diversi contesti ospedalieri.

Non meno importante l'apporto e la collaborazione dei **familiari** oltre a quella del **paziente** (quando possibile) che dovranno essere addestrati su come raggiungere una alimentazione orale sicura.



È fondamentale che si porti avanti un lavoro di team evitando che i singoli operatori o i familiari prendano iniziative non concordate insieme.



Altri specialisti possono intervenire nella gestione del paziente disfagico:

Otorinolaringoiatra: medico specialista che nella diagnosi del disturbo deglutitorio si avvale di una diagno-

stica strumentale quale la fibroendoscopia che verrà di seguito presentata.

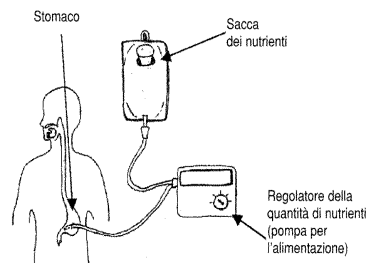
Nutrizionista: medico specialista che con l'ausilio di una valutazione clinica e di esami del sangue mirati, valuta lo stato nutrizionale del paziente e definisce il piano di alimentazione più appropriato cercando di mantenere o ristabilire un corretto stato nutrizionale, in collaborazione con il Dietista.

Dietista operatore sanitario che si occupa di stendere un adeguato "piano dietetico" sulla base delle informazioni ricevute dal logopedista circa la dieta e la consistenza dei cibi che il paziente può assumere.



Radiologo: medico specialista che si può occupare della valutazione radiologica dei disordini della deglutizione attraverso la videofluoroscopia, indagine strumentale che verrà presentata nel paragrafo successivo.

Gastroenterologo: medico specialista, che in presenza di specifiche alterazioni della deglutizione non modificabili, può intervenire chirurgicamente con il posizionamento della gastrostomia endoscopica percutanea (PEG); si occupa anche della gestione delle disfagie che interessano la fase esofagea.



Neurologo: medico specialista che si occupa della diagnosi e terapia delle malattie del sistema nervoso centrale e periferico.

Sono disponibili anche tecniche strumentali per la valutazione della deglutizione oltre a quelle cliniche?

Nella maggior parte dei pazienti che presentano disfagia, in cui si rilevano segni e sintomi importanti o vi sia il sospetto che il cibo “vada per traverso” senza attivare il riflesso protettivo della tosse (inalazione silente), alla valutazione clinica e all’osservazione del pasto, effettuate dal logopedista, si affianca la valutazione strumentale.



Il medico specialista nei disturbi della deglutizione può avvalersi di diverse metodiche:



Fibroendoscopia a fibre ottiche (FEES) – metodica strumentale di cui si avvale il medico otorinolaringoiatra. Permette la valutazione anatomica e funzionale della base della lingua, della laringe e della faringe; attraverso la somministrazione di cibo si può osservare se questo va di traverso e passa nelle vie respiratorie.



Videofluoroscopia (VFS) - studio radiologico che permette la valutazione in movimento (dinamica) di tutte le fasi della deglutizione, dalla fase orale alla fase esofago-gastrica; attraverso l’impiego di questa metodica si può valutare l’entità di cibo che passa in trachea e poi nei polmoni (inalazione).



Nel corso della diagnostica è possibile valutare, in collaborazione con il logopedista, particolari manovre di compenso che facilitano la deglutizione rendendola più efficace e quindi sicura.

Ecco alcuni esempi di posizioni (*posture*) del capo che possono facilitare la deglutizione e che vengono scelte in base alla tipologia del disturbo presente nel paziente.



È importante ricordare che l'indagine strumentale deve essere sempre secondaria ad un approccio clinico da parte del medico e del logopedista. Essi dovranno anche valutare se il paziente è in grado o meno di essere sottoposto all'indagine selezionata, tenendo in considerazione il suo grado di collaborazione e la capacità di mantenere la postura seduta corretta.



Gestione della persona
con disfagia

Come alimentare in sicurezza la persona disfagica?

Nutrirsi è una funzione fondamentale alla sopravvivenza di ogni essere vivente, per la maggior parte delle persone mangiare risulta un'attività piacevole e rilassante, specie se svolta in compagnia di amici e conoscenti; mangiare insieme diventa un'occasione per incontrarsi e socializzare.



Per le persone che presentano difficoltà nella deglutizione, tale attività, per essere svolta in sicurezza, può richiedere molta attenzione e sforzo, quindi occorre prestare molta attenzione e valutare sempre, sia prima di iniziare a mangiare (o ad alimentare), sia durante il pasto, se la persona sia stanca, distratta o agitata.

Fare attenzione affinché la persona mangi nel modo corretto per ridurre al minimo il rischio che il cibo ingoiato vada per traverso (rischio di inalazione). Occorre pertanto rispettare le seguenti indicazioni:



Introdurre piccoli bocconi di cibo uno alla volta.



Mangiare lentamente.



Masticare bene il boccone e deglutirlo.



Non parlare sino a che il cibo non sia stato deglutito.



Ogni tanto (ogni 2 o 3 bocconi) deglutire a bocca vuota o eseguendo prima un colpo tosse o raschio (atto dello schiarirsi la voce).



Rispettare le modalità e l'utilizzo degli strumenti per l'alimentazione e l'idratazione individuati dal personale specializzato adatti a quella determinata persona (cucchiaino, cannuccia, bicchiere, etc.).



Bere solo dopo aver ripulito da ogni residuo di cibo bocca e faringe con alcuni colpi di tosse o raschio seguiti da qualche deglutizione a vuoto (cioè in assenza di cibo nel cavo orale).

RICORDARE:

Ad una disfagia causata da una qualsiasi patologia la persona, soprattutto se affetta da esiti di patologia neurologica, può avere associati altri disturbi quali *deficit dell'attenzione*, della *memoria*, della *consapevolezza di malattia*, del *comportamento*, della comprensione del linguaggio e della capacità di esprimersi (*comprensione ed espressione*) che possono interferire con la gestione complessiva delle turbe della deglutizione. In tali casi il personale che ha in carico il paziente (“team riabilitativo”) vi informerà adeguatamente e vi fornirà utili suggerimenti.

Alcuni esempi:



Se la persona tende a distrarsi molto, è consigliabile alimentarla in ambienti silenziosi e poco distraenti, per esempio evitare la televisione accesa o le visite di amici durante il pasto.



Se la persona ha difficoltà nella comprensione fornire sempre indicazioni chiare e brevi, se necessario accompagnate da gesti.



Se la persona ha difficoltà di memoria fornirle indicazioni scritte su come deve alimentarsi in sicurezza.



Se la persona tende ad assopirsi durante l'alimentazione, è meglio non insistere e rinviarla in un momento in cui sia più sveglia.

Anche come ci si siede per mangiare è molto importante e condiziona la sicurezza nell'alimentazione della persona disfagica, dovrete perciò fare in modo di favorire una postura seduta corretta:



Seduti comodi su sedia o carrozzina con busto eretto il più possibile.



Piedi appoggiati a terra, possibilmente anche se si è in carrozzina.



Avambracci appoggiati sul tavolo.

Qualora la persona non sia in grado di controllare autonomamente il proprio busto, sarà utile facilitare il suo modo di stare seduto correttamente posizionando dei cuscini tra la schiena e lo schienale della sedia o della carrozzina.



Per alcune persone potrebbe essere necessario eseguire determinati movimenti con il capo ed il collo (**compensi posturali**) che rendono più facile e sicuro il passaggio del cibo dalla bocca allo stomaco, durante l'alimentazione.

Postura con capo
flesso in avanti



Postura con capo
inclinato verso il
lato sano



Postura con capo
ruotato verso il
lato plegico



Postura con capo
esteso



È importante, perciò, che la persona che si alimenta o il familiare che lo assiste:



metta in atto le indicazioni specifiche individuate dal logopedista rispetto alla posizione della testa più efficace per garantire un'alimentazione in sicurezza.

Infine, alcune persone avranno la necessità di modificare la consistenza dei cibi assunti (**compensi dietetici**) qualora sia stato evidenziato che cibi di alcune consistenze vanno maggiormente di traverso rispetto ad altri. Tenete conto che, per quanto sembri strano, i liquidi sono meno facilmente deglutibili delle creme.

Quanto è importante l'igiene del cavo orale?

Per igiene orale si intende la pulizia interna della bocca, cioè di denti, gengive e lingua. Per tutti noi le comuni norme di igiene orale sono fondamentali per garantire salute e durata alla propria dentatura e alla bocca nel suo complesso, prevenendo infezioni batteriche, infezione da funghi (micosi) e carie. Questo è altrettanto vero se la persona ha difficoltà nella deglutizione poiché la pulizia che la lingua fa all'interno della bocca mentre ci si alimenta potrebbe non essere così accurata; piccoli residui di cibo, rimasti intrappolati tra le guance o sotto la lingua, potrebbero scivolare, trascinati dalla saliva, verso il fondo della bocca con il rischio di entrare nelle vie respiratorie.



RICORDARE:



Spazzolare i denti per almeno 2 minuti dopo ogni pasto.



Cambiare lo spazzolino spesso; quando le setole hanno perso la loro compattezza non esercitano più una efficace azione di pulizia.



Passare lo spazzolino sui denti anteriori e posteriori allo stesso modo. In genere si tende a trascurare la parte posteriore delle arcate dentarie a vantaggio dei denti davanti.



Utilizzare un dentifricio fluorato. Il fluoro esercita un'azione protettiva, disinfettante e remineralizzante sullo smalto dentale.



Usare preferibilmente spazzolini con setole di durezza media.



Effettuare lo spazzolamento dei denti con movimenti rotatori senza esercitare pressioni eccessive sulle gengive.

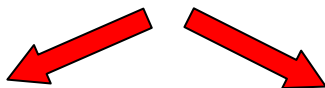
Dopo aver terminato di spazzolare i denti pulire anche la lingua. Quest'ultima è un'ottima abitudine per la prevenzione di carie e disturbi dell'alito (alitosi).

Qualora la persona non sia in grado di fare da sola, occorrerà sostituirsi a lei in quest'attività avendo cura di utilizzare preparati che non richiedano il risciacquo (colluttori liquidi o in gel preferibilmente diluiti).

Nel caso in cui l'alimentazione della persona venga fatta al solo scopo di stimolazione, l'igiene diventa fondamentale perché ha un'azione non solo di pulizia ma anche di massaggio sulle gengive, prevenendo sanguinamenti dovuti al fatto che manca loro quel massaggio naturale che avrebbero se masticassero il cibo.

Quali sono le caratteristiche che condizionano la presa in carico di una persona disfagica a bassa responsività?

CHI È IL PAZIENTE A BASSA RESPONSABILITÀ?



STATO VEGETATIVO	STATO DI MINIMA COSCIENZA
È una condizione che si presenta dopo uno stato di coma. La persona in stato vegetativo ha gli occhi aperti, alterna momenti di sonno e di veglia, può avere movimenti spontanei degli occhi, della bocca, degli arti, tuttavia questi movimenti non sono diretti ad uno scopo, e non sembrano attuati volontariamente. Il paziente non riesce ad entrare in contatto con l'ambiente che lo circonda.	Si tratta di una condizione "migliore" dello stato vegetativo e spesso precede il recupero della capacità di comunicare, parlare e di interagire appropriatamente con l'ambiente. Queste persone, pur non essendo in grado di comunicare attendibilmente con l'ambiente possono occasionalmente girare la testa quando vengono chiamate, o manipolare un oggetto con le mani.

Occorre porre attenzione a diversi fattori che possono rappresentare l'unica possibilità per questi pazienti di comunicarci disagio, affaticamento, alterazioni della vigilanza: variazioni della frequenza del respiro e dei battiti cardiaci, cambiamenti del tono muscolare e della postura, modificazioni dell'espressione del volto, apertura o chiusura degli occhi, variazioni del contatto oculare.

LA “STIMOLAZIONE” rappresenta una FASE DI PREPARAZIONE ALLA DEGLUTIZIONE. Con essa si cerca di ottenere i requisiti minimi necessari per poter poi avviare l'alimentazione in presenza di un recupero della coscienza.

La stimolazione prevede diverse attività:

- 1. RICONDIZIONAMENTO DEL PAZIENTE ALLA POSIZIONE SEDUTA ADEGUATA**, che è estremamente importante e può facilitare o rendere più rischiosa la deglutizione.

Sulla carrozzina occorre:



correggere la posizione dello schienale che deve avere un'inclinazione di circa 80°- 90°, tale da fornire sostegno al dorso e garantire allineamento e stabilizzazione al bacino, utilizzando cuscini di varie dimensioni da inserire dove necessitano per allineare maggiormente il tronco.



correggere la posizione delle spalle, che non debbono essere elevate, posizionando i braccioli della carrozzina ad un'altezza idonea ed utilizzando il pianale anteriore per l'appoggio degli avambracci e delle mani.



fare attenzione alla posizione del capo che deve essere, salvo indicazioni, dritto o lievemente inclinato in avanti.



correggere l'appoggio dei piedi sulle pedane della carrozzina in modo da garantire una flessione delle ginocchia il più possibile vicino ai 90° gradi.

Nel letto occorre:



fare attenzione che lo schienale regolabile sia sollevato di 80°- 90°. Se lo schienale del letto non è regolabile si sommano tanti cuscini, a scendere dal bacino fino al capo, affinché il paziente mantenga la schiena appoggiata correttamente, con il capo allineato lievemente flesso in avanti.



correggere la posizione delle ginocchia flettendole di 20°- 30°.



appoggiare le braccia su cuscini, posti lateralmente alle cosce, per favorire il sostegno del corpo.

2. STIMOLAZIONE BUCCO-LINGUALE

che deve essere fatta in un *ambiente tranquillo, silenzioso, spiegando al paziente tutto ciò che si fa.*

Occorre formulare richieste semplici ed una per volta, frasi brevi, richiamando l'attenzione verso gli stimoli tattili, olfattivi, visivi, offerti con ampi intervalli di tempo fra uno stimolo e l'altro.

Occorre osservare se sono presenti: tosse, deglutizioni spontanee, eccessiva produzione di saliva, eccessiva secchezza della bocca, secrezioni dense o fluide, igiene del cavo orale.

Stimolazione Tattile

- delle gengive: massaggiare la gengiva superiore con l'indice, poi togliere il dito, consentire la deglutizione chiudendo la bocca, e riprendere la manovra di stimolazione sulla gengiva inferiore.



- delle guance; con il mignolo lievemente flesso, posizionato all'interno della bocca, allontanare la guancia dai denti. Se si avvertono resistenze i movimenti devono essere lenti, se invece non si avvertono resistenze i movimenti devono essere più rapidi.

Stimolazione termica

Stimolare le labbra, le guance, la lingua (se è possibile) con ghiaccio tritato, contenuto in una garza; se si utilizza acqua gelificata, o altro, è opportuno che sia conservata in frigorifero in modo che sia fredda al momento della stimolazione.

Stimolazione gustativa

Utilizzare una garza, o altro ausilio idoneo (cucchiaino di silicone, siringa cono/catetere), dopo averla intrisa di acqua gelificata aromatizzata per stimolare internamente la lingua e le guance.



Stimolazione vibratoria

Con spazzolino elettrico, sia all'interno che all'esterno delle arcate dentarie.



Stimolazione del movimento

Muovere la mandibola in apertura/chiusura, di lato e in avanti.

Muovere la lingua a destra e a sinistra, in alto ed in basso, afferrandola con una garza umida tra il pollice e l'indice, ed intervallando il movimento con delle pause per permettere al paziente di provare a deglutire.

ATTENZIONE: tutti i tipi di stimolazione possono essere eseguiti dai familiari, ma SOLO dopo un periodo di affiancamento/addestramento svolto con i professionisti.

3. STIMOLAZIONE DELLA DEGLUTIZIONE CON ASSUNZIONE DI CIBO

che avviene solo qualora i professionisti del team ritengano che il paziente abbia la possibilità di deglutire piccole quantità di alimenti.

si procede in questo modo:



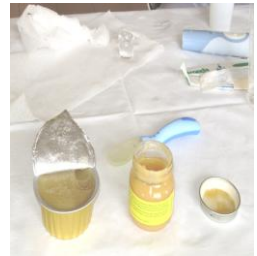
Fare attenzione che il capo non sia esteso perché tale posizione facilita l'inalazione.



Se il paziente non apre la bocca introdurre l'alimento lateralmente tra le guance e l'arcata dentale, utilizzando ad esempio una siringa da 50 cc. Quindi facilitare la deglutizione massaggiando le guance ed il collo (dal mento verso il basso).



Utilizzare acqua gelificata o addensata, e SOLO SE concordato con il medico responsabile altri alimenti di consistenza cremosa come budini e omogeneizzati, preferibilmente freddi per facilitare la deglutizione, cercando di seguire i gusti del paziente.



Se il paziente apre la bocca cercare di portare l'alimento nella parte posteriore della lingua, premendo verso il basso, quindi chiudere la bocca e massaggiare le guance ed il collo in modo da attivare l'innescò del riflesso deglutitorio.



Imboccare lentamente, con piccoli bocconi.



Facilitare più atti deglutitori per ogni singola somministrazione, con le precedenti modalità.



Eeguire l'igiene orale dopo la stimolazione per evitare che rimangano dei residui di alimento in bocca e quindi aumentare il rischio di inalazione.



Potete utilizzare i seguenti strumenti per imboccare:

- Siringa da 50 cc. (senza ago)
- Cucchiaino modificato (in silicone, con impugnatura laterale)



PRESE UTILI PER FACILITARE LA STIMOLAZIONE DELLA DEGLUTIZIONE

a) di fianco al paziente

- controllate la posizione del capo con il braccio che passa dietro al collo del paziente;
- tenete il mento del paziente tra indice e medio e la guancia con il pollice, circa in corrispondenza del centro dell'orecchio. Con l'indice si può aprire la bocca, chiudere il labbro inferiore. Con il medio si può facilitare la chiusura della bocca. Con il braccio si mantiene il capo del paziente in posizione corretta, leggermente flesso in avanti.



b) di fronte al paziente

- dovete mettervi in ginocchio o seduti, in modo che il vostro capo non guardi verso l'alto;
- dovete posizionare il pollice sul mento, l'indice sulla guancia ed il medio fra i due archi mandibolari.



Con il pollice ed il medio si può facilitare l'apertura della bocca.

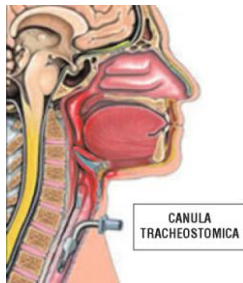
Questa presa è utile quando la stimolazione viene fatta al letto del paziente.

Come si gestisce una cannula tracheostomica durante l'assunzione di cibo per via orale?

La cannula tracheostomica è un presidio a forma di tubicino che viene posizionato direttamente in trachea attraverso un'apertura chirurgica tra la cute e la trachea (**tracheotomia**).

Il suo scopo è quello di supportare la respirazione nei pazienti che necessitano di assistenza respiratoria per tempi prolungati.

All'interno di ogni cannula vi è un altro tubicino (**controcannula**) che serve per mantenerla pulita.



Esistono diversi tipi di cannule che a seconda delle caratteristiche si dividono in:

- **cannule cuffiate**, vengono in genere mantenute finché il paziente necessita di ventilazione meccanica e sono le uniche in grado, anche se non completamente, di prevenire il pericoloso passaggio di alimenti o di saliva nella via respiratoria (inalazioni) nei pazienti con gravi disturbi della deglutizione. Richiedono una maggiore competenza nella loro gestione e possono dare maggiori complicanze dovute soprattutto alla prolungata compressione della cuffia sulla trachea
- **cannule non cuffiate**, sono quelle maggiormente utilizzate, consentono al paziente di parlare quando vengono chiuse.



- **cannule fenestrate**, scarsamente utilizzate nei reparti di riabilitazione



Attenzione per tutti i tipi di cannule occorre:



mantenere una corretta igiene della pelle attorno al foro d'ingresso della cannula (cute peristomale) attraverso medicazioni giornaliere e al bisogno;



garantire la pervietà e la pulizia della controcannula attraverso le broncoaspirazioni e il lavaggio della stessa;



valutare le caratteristiche delle secrezioni.

Il personale infermieristico del reparto vi fornirà le indicazioni necessarie affinché siate in grado di gestire la cannula qualora il vostro caro dovesse mantenerla al domicilio. Non prendete iniziative in autonomia.

RICORDARE:

Di solito la presenza della cannula tracheostomica non esclude la possibilità che il paziente si possa alimentare, sicuramente però può limitare l'efficacia della deglutizione stessa e pertanto appena le condizioni lo permetteranno si provvederà a rimuoverla. Teniamo in considerazione che la cannula può rappresentare inoltre una fonte di infezione per il paziente.



Durante la nutrizione enterale attraverso le vie artificiali (sondino naso-gastrico, sonda gastrostomica di cui si parlerà nei

prossimi capitoli), qualora la cannula sia cuffiata deve essere mantenuta la cuffiatura.



Durante l'assunzione di cibo la cannula deve essere chiusa.



La cannula è molto utile per evidenziare un eventuale passaggio di cibo nelle vie respiratorie e pertanto è preferibile alimentare il paziente con cannula non cuffiata.

Tutte le problematiche che si riscontrano durante l'alimentazione e la gestione della tracheostomia vanno sempre comunicate al medico di reparto se il vostro caro è ricoverato, al vostro medico di medicina generale qualora fosse al domicilio. Essi provvederanno a valutare la situazione e ad attuare i percorsi necessari.

Come si suddividono gli alimenti in base alle loro caratteristiche? Quali sono gli adattamenti dietetici che si possono utilizzare nella persona disfagica?

Quali alimenti scegliere per un'alimentazione sicura?
Come prepararli?



Avere difficoltà nella deglutizione dei cibi richiede attenzione anche nella loro scelta, poiché dovranno essere selezionati solo cibi della consistenza che meglio viene deglutita.

La densità o consistenza dei cibi ci permette di classificarli in:

- **Liquidi** (acqua, infusi, tisane)
- **Liquidi densi** (succhi di frutta, latte, yogurt da bere)
- **Semiliquidi** (gelati, frullati, passati, creme) leggermente più densi non richiedono di essere masticati
- **Semisolidi** (budini, gelatine, mousses, formaggi cremosi, polenta) richiedono maggiore attenzione durante l'assunzione rispetto ai semiliquidi in quanto più consistenti, ma non richiedono di essere masticati

- **Solidi** (gnocchi, pasta, soufflé) richiedono di essere masticati e per questo devono essere morbidi, omogenei e ben conditi, in modo da scivolare facilmente nel momento in cui vengono deglutiti.

Scegliere cibi adatti significa quindi selezionare alimenti che presentino le caratteristiche di:

- **Scivolosità** (non aderiscano all'interno della bocca)
- **Coesione** (non si sbriciolino in bocca)
- **Omogeneità** (non siano formati da sostanze di densità diversa, ad esempio la pastina in brodo).

Anche la **temperatura** dei cibi può facilitare la deglutizione e renderla più sicura se è diversa da quella corporea, meglio freddi o caldi in modo che vengano meglio percepiti nella bocca.

È possibile modificare la consistenza di alcuni alimenti utilizzando particolari tecniche di preparazione come la frullatura e l'omogeneizzazione.

Ancora è possibile modificare le consistenze dei cibi, per adattare alle necessità individuali, aggiungendo :

- **sostanze addensanti** (gelatine, fecola di patate, farine di cereali, addensanti istantanei che si trovano in commercio)
- **sostanze lubrificanti** (olio, burro, besciamella, salse, panna)
- **sostanze diluenti** (brodi, succhi, latte).



RICORDARE:

Esistono prodotti creati dalle case farmaceutiche che sono specifici per persone disfagiche (acque in gel, addensanti, budini, liofilizzati, integratori). Il medico di reparto potrà darvi le indicazioni per l'eventuale acquisto nelle farmacie.

Nella preparazione del pasto per la persona disfagica è importantissimo rispettare le regole ed i principi atti a garantire un'alimentazione sicura e nutriente ma risulta altrettanto importante salvaguardare il piacere di mangiare. È necessario che l'aspetto degli alimenti sia invitante quindi:



curare la presentazione delle diverse portate conservandone l'appetibilità;



tenere separate le varie pietanze;



rispettare il più possibile i gusti del paziente;



esaltare il colore ed il sapore dei cibi;



mantenere una dieta il più possibile simile a quella abituale modificando solo la consistenza delle pietanze secondo le indicazioni ricevute dagli operatori.

Sono difficili da deglutire poiché facilmente “vanno di traverso”:

- PASTINA, RISO
- CIBI CHE SI SBRICOLANO (crackers, grissini, etc.)
- CIBI SECCHI (arachidi, noccioline, etc.)
- CIBI filamentosi, con lische, semi, noccioli
- LIQUIDI “semplici” (acqua)
- CIBI A DOPPIA CONSISTENZA (pastina in brodo, minestrone con verdure in pezzi)

Quali sono gli ausili che possono essere utilizzati per alimentarsi?

Esistono in commercio ausili tecnici ed oggetti di uso comune che consentono alle persone disfagiche di essere alimentati adeguatamente o di alimentarsi in autonomia, conservando il piacere del pasto.

Gli strumenti per imboccare vengono opportunamente individuati, in base alle necessità di ogni singola persona, tra:

- Cucchiaini da the o da caffè
- Cucchiaini morbidi in silicone
- Posate con manico angolato e girevole (beneficio per paziente con movimenti limitati)
- Bicchiere con beccuccio (limita la iperestensione del capo)
- Bicchiere smussato sulla porzione del bordo dove appoggia il naso (evita che il paziente estenda il capo, posizione che può facilitare il passaggio di cibo nelle vie aeree)
- Cannuccia

Per preparare i cibi delle consistenze indicate si ricorre all'utilizzo di oggetti di uso domestico come:

- frullatori
- passaverdura
- omogeneizzatori
- centrifughe



Come si possono somministrare i farmaci ad una persona disfagica?

La somministrazione dei farmaci per bocca nei pazienti disfagici non è sempre possibile; quando è consentita, richiede particolari accorgimenti al fine di garantire l'*efficacia* della terapia e la *sicurezza* per il paziente.



Dovrete informare i medici che avranno in cura il vostro caro, qualora sia al domicilio, per permettere loro di individuare, al momento di una prescrizione, la formulazione del farmaco più idonea alle capacità deglutorie del paziente. Ad es. un farmaco antidolorifico che si presenta in compresse, potrebbe essere sostituito con gocce, supposte, pomate, ecc.

Se il farmaco da somministrare deve essere preso necessariamente per bocca, allora è fondamentale rendere la sua consistenza il più possibile simile a quella dei cibi che il paziente normalmente assume con la sua dieta.

Come si presentano i farmaci e quali preferire?

I farmaci sono disponibili in forma solida (compresse, capsule, polveri, granulati) e in forma liquida (gocce, sospensioni, emulsioni, sciroppi). Questi ultimi sono maggiormente indicati per i pazienti con disturbi della deglutizione poiché, aggiungendo le *sostanze addensanti*, è possibile ottenere la consistenza desiderata adatta alle specifiche esigenze del paziente.

Particolare attenzione bisogna porre nella somministrazione dei farmaci in forma solida: in questi casi andranno seguite scrupolosamente le indicazioni date dal medico per evitare “manipolazioni” improprie, quali ad es. la frantumazione di alcune compresse che non possono essere frantumate o l'apertura di alcune capsule. Queste manovre possono provocare danni alla salute del paziente o rendere inefficace il farmaco assunto e pertanto devono essere evitate.

In particolare le compresse gastroresistenti a “lento rilascio” non vanno frantumate e le capsule gastroresistenti o gelatinose non vanno aperte. Un utile consiglio può essere quello di somministrarle intere, mescolate ad acqua gelificata o creme.

Quali sono le alternative alla somministrazione per bocca?

Quando vi è l'assoluta impossibilità di somministrare farmaci per bocca, la terapia orale può essere somministrata attraverso altre vie quali il sondino naso-gastrico (SNG) e la gastrostomia-endoscopica-percutanea (PEG), così come descritto nel capitolo successivo. In questi casi occorre ricordarsi che:



i farmaci non vanno mescolati alla miscela nutrizionale;



non vanno mai somministrati più farmaci contemporaneamente;



le compresse frantumabili e/o le capsule apribili vanno sempre miscelate con 10-15 ml circa di acqua. La somministrazione deve avvenire con una siringa idonea, dopo aver eseguito il lavaggio della sonda. Al termine della stessa occorre sempre lavare la sonda con un po' d'acqua, per evitare il ristagno di farmaci e la conseguente ostruzione della sonda;



i passaggi sopra descritti vanno ripetuti per ogni farmaco da somministrare.

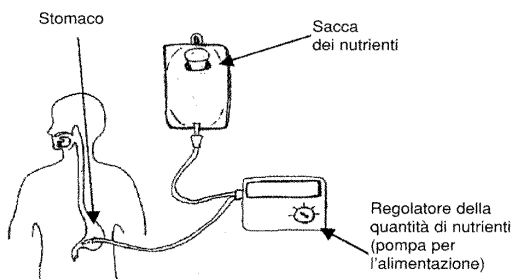
Anche riguardo a questo argomento il personale infermieristico vi fornirà le informazioni necessarie ad un loro corretto utilizzo. Evitate sempre il “fai da te”.

Come si alimenta la persona che non assume cibo per bocca?

Può succedere che la persona con difficoltà di deglutizione debba sottoporsi, per un certo periodo, a metodiche di “alimentazione artificiale”.

Può essere utilizzata la “via endovenosa” per un breve periodo e la “via enterale” per tempi anche molto lunghi.

In quest’ultimo caso verrà posizionato un piccolo tubicino nello stomaco, o passando attraverso il naso (**Sondino Naso-Gastrico SNG**), o passando attraverso la parete addominale (**GastroEnterostomia Percutanea o PEG**), tramite il quale sarà possibile somministrare delle “pappe” liquide, simili al latte artificiale dei neonati, che contengono tutti i nutrienti necessari.



La quantità di pappa e la velocità con cui somministrarla saranno indicate dal personale sanitario; è importante che vi atteniate alle loro indicazioni al fine di evitare alla persona episodi di vomito e/o diarrea. Spesso queste vie artificiali (sonde) vengono utilizzate anche se la persona si alimenta per bocca ma non in quantità sufficienti oppure se non è in grado di idratarsi per via orale.

Ogni volta che si inizia la somministrazione della pappa è necessario vedere se lo stomaco è vuoto (*ristagno assente*), per questo motivo si aspira il suo contenuto attraverso una siringa, senza ago, collegata all’estremità del tubicino (sonda). Nel caso doveste trovare una quantità di liquido superiore a 100 cc sarà utile attendere almeno $\frac{1}{2}$ ora e ripetere il controllo del ristagno prima di avviare la pappa, sempre che nello stomaco non vi sia più niente. È comunque indicato informare il medico curante di questa evenienza.

È importantissimo evitare che la sonda si ostruisca e perciò ogni volta che viene utilizzata sarà necessario iniettare una o due siringhe contenenti acqua per lavarla bene.

Il punto sull'addome da cui fuoriesce il tubo deve essere medicato con un comune disinfettante non alcolico almeno una volta alla settimana e tenuto coperto con un cerotto medicato che impedisca di stratonare la sonda durante i più svariati movimenti della persona.

Il contenitore e il filo (deflussore) che si collegano alla sonda per somministrare la pappa, devono essere cambiati ogni 24 ore e se utilizzati più volte nella giornata lavati molto accuratamente tra un utilizzo e l'altro; questo per evitare lo sviluppo di batteri che potrebbero essere causa di infezioni intestinali. Nel caso in cui resti della pappa nella confezione originale tra una somministrazione e l'altra, questa potrà essere conservata, ben tappata, in frigorifero, per una giornata e non oltre. Prima di somministrarla nuovamente è necessario riportarla a temperatura ambiente.

