

Disfagia e imbocco

corso per i volontari dell'APSP della Val di Fassa

Dott.ssa Log. Nessi Silvia

LEZIONE 1

PRESENTAZIONE

E

PARTE TEORICA

Fare i volontari in APSP della Val di Fassa...



alcune premesse
organizzative

L'organizzazione dei pasti

C **d** **f**
o **i** **r**
n **a** **a**
c **p** **z**
e **a** **i**
t



Caffè del mattino (per chilo gradisce)



Colazione



Idratazione a metà mattina e merende speciali



Pranzo



Merenda del pomeriggio (alcuni ospiti ne hanno due)



Cena



Idratazione della sera



Ora parliamo dei problemi legati
all'alimentazione e ai loro rischi...



**sapere
per saper fare
per saper essere**

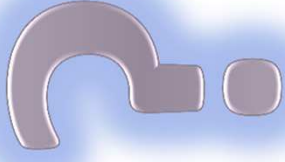
Cos'è la disfagia?

Disfagia è il termine medico utilizzato per qualsiasi tipo di difficoltà o disagio al momento della deglutizione... può essere alterato uno o più momenti che compongono l'atto deglutitorio.

Per disfagia si intende quindi una difficoltà alla progressione del bolo

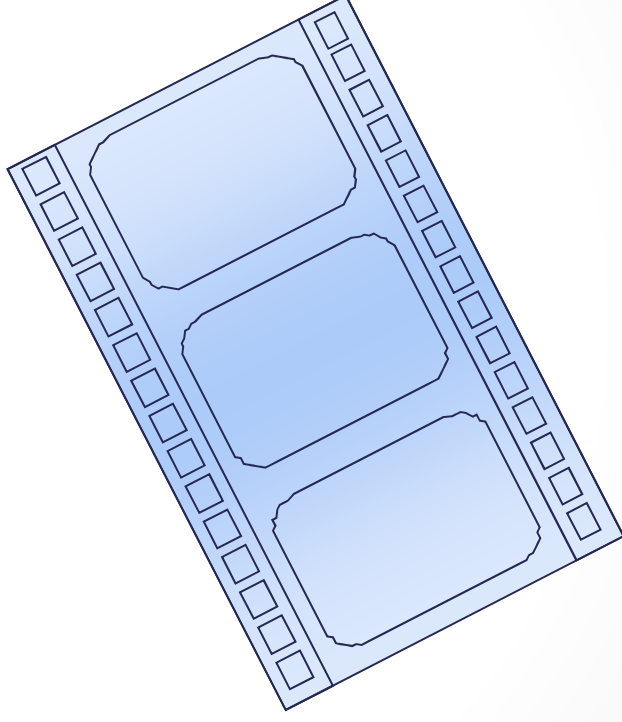
Non è una malattia ma un sintomo espressione di varie patologie

*Come siamo fatti?
Un po' di anatomia*

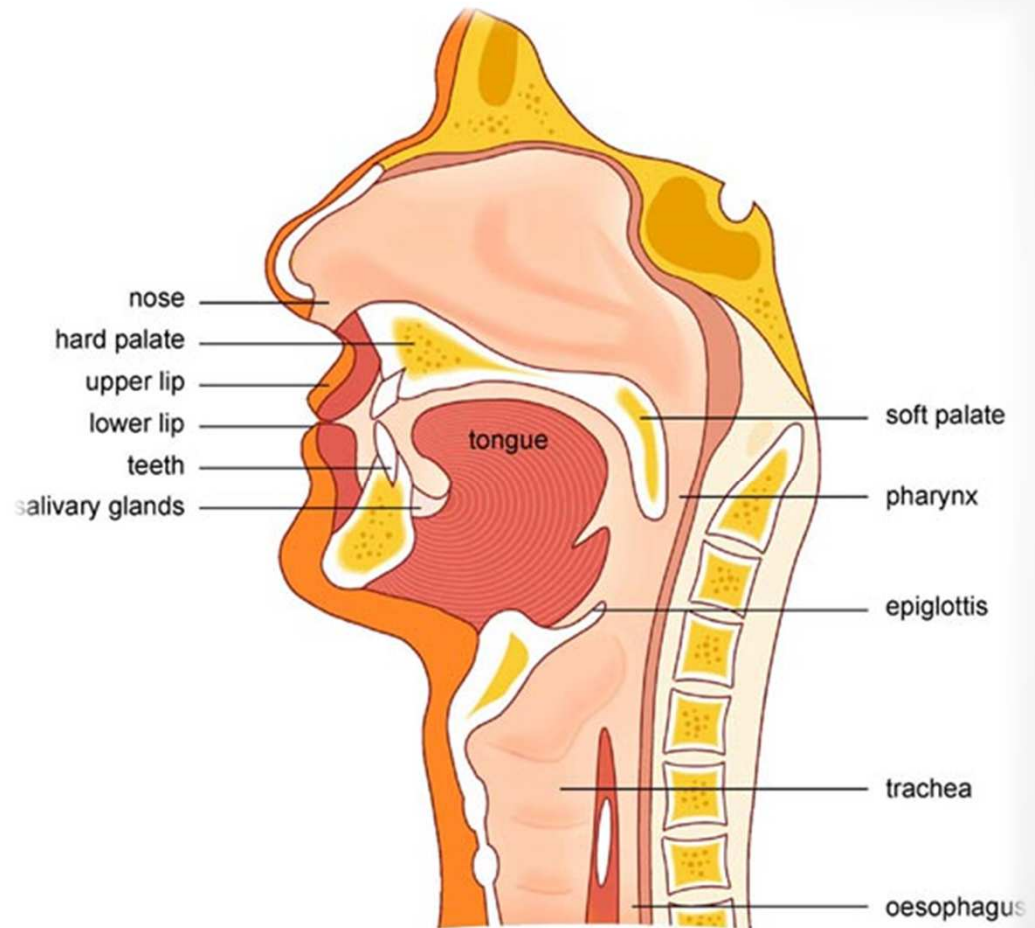


- **Malnutrizione:** è lo stato di squilibrio tra rifornimento di nutrienti ed energia – troppo scarso (m. da carenza), incongruente (m. da squilibrio), eccessivo (m. da eccesso alimentare) – e il fabbisogno del corpo per assicurare il mantenimento, la funzione, la crescita e la riproduzione. Si comprendono quindi sotto questo termine sia i problemi di deficienza alimentare caratteristici dei paesi in via di sviluppo e sia quelli di eccesso, più frequenti negli ambienti altamente urbanizzati e industrializzati.
- **Disidratazione:** perdita eccessiva di acqua da parte dei tessuti, ad esempio a causa di una esagerata evaporazione cutanea e polmonare o di una nutrizione a base di soli cibi solidi.

Le fasi della deglutizione



hard palate	Palato duro
nose	Naso
upper lip	Labbro superiore
lower lip	Labbro inferiore
teeth	Denti
salivary glands	Ghiandole salivari
tongue	Lingua
soft palate	Palato molle
pharynx	Faringe
epiglottis	Epiglottide
windpipe	Trachea
oesophagus	Esofago



FASE ANTICIPATORIA

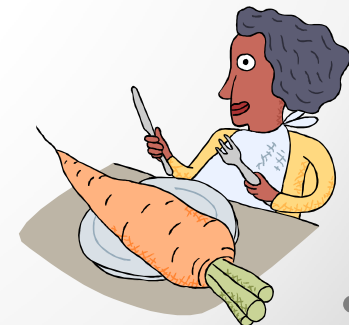
In cui l'informazione sensoriale proveniente dagli alimenti, il ricordo o il pensiero di cibo o bevande, il parlare di sostanze ingeribili, determina non solo il desiderio, repulsione o indifferenza, ma attiva modalità secretoria (per es. salivari) e schemi motori ingestivi differenziati quali-quantitativamente.

Consiste in quelle modificazioni che coinvolgono il cavo orale e faringeo prima che il cibo oltrepassi lo sfintere labiale.



FASE 0: Preparazione extraorale delle sostanze

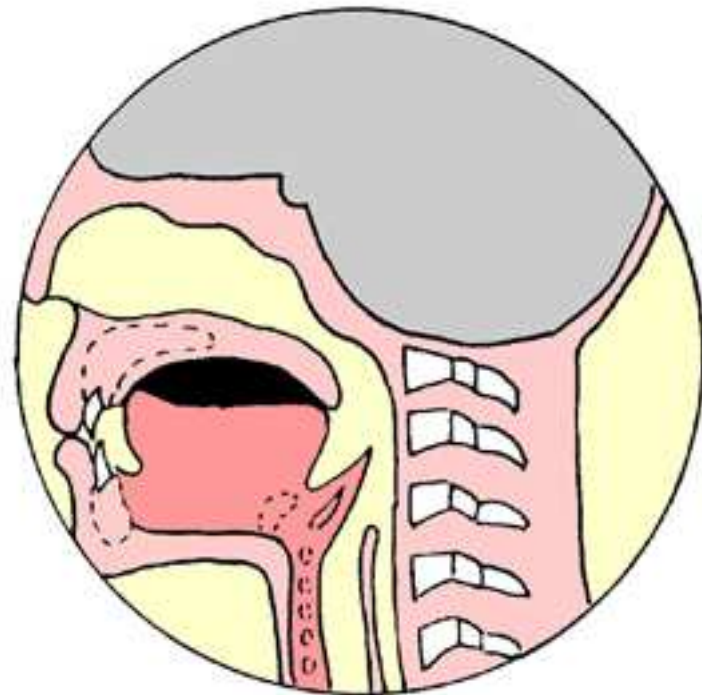
Comprende le modificazioni di consistenza, viscosità, temperatura e dimensione del cibo che deve essere introdotto nel cavo orale.



Fase1: fase buccale o di preparazione orale

DELLE SOSTANZE DA INGHIOTTIRE O PREPARAZIONE ORALE DEL BOLO

Superamento dell'ostio
bilabiale da parte delle
sostanze
Comprende salivazione e
masticazione

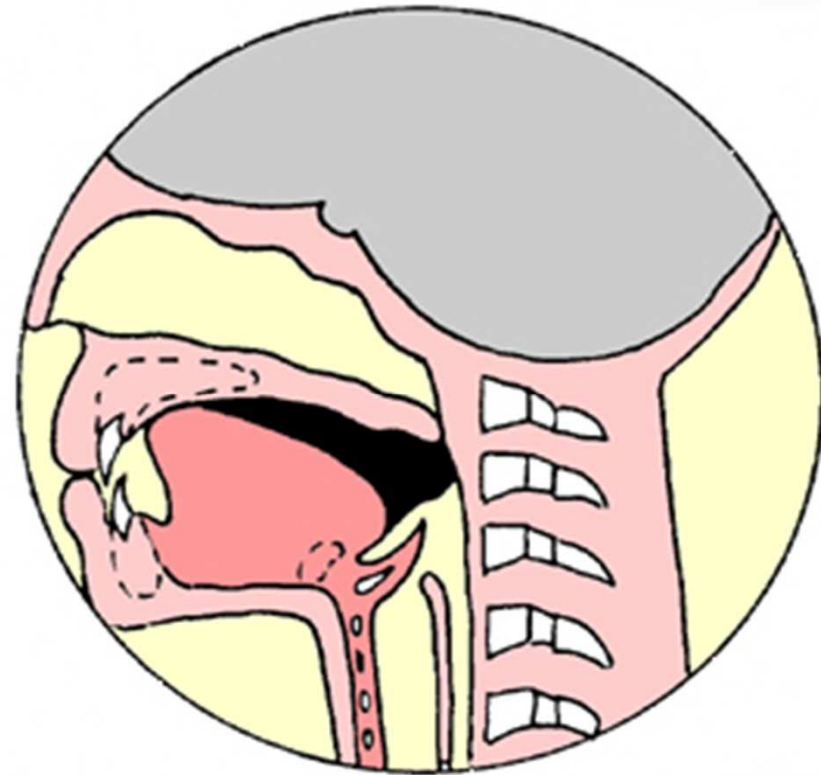


FASE 2: stadio orale

O CONVOGLIAMENTO DEL CIBO VERSO L'ISTMO DELLE FAUCI ED ELICITAZIONE

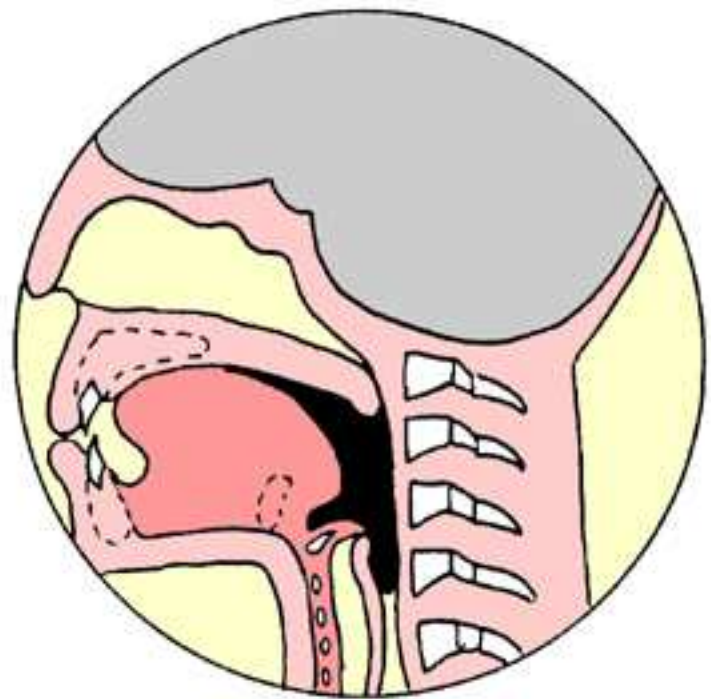
DEL RIFLESSI DELLA DEGLUTIZIONE FARINGEA

Inizio della deglutizione



Elicitazione del riflesso deglutitorio

Trasporto del bolo dal cavo orale al faringe.



FASE 3 STADIO FARINGEO

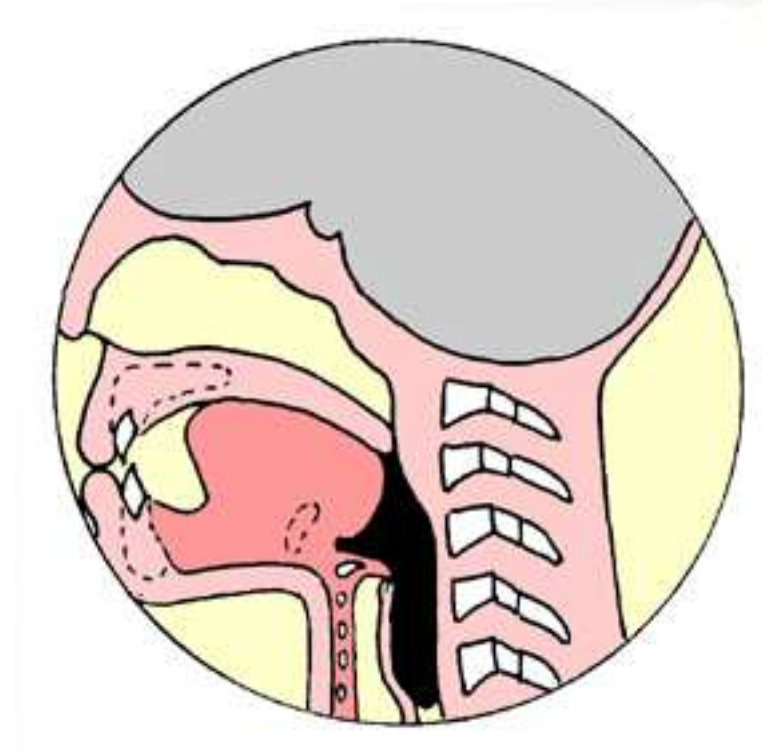
O TRANSITO DEL QUADRIVIO FARINGEO O ONCROCIO DELLA VIA

RESPIRATORIA E DEGLUTITORIA

Bolo nell'ipofaringe

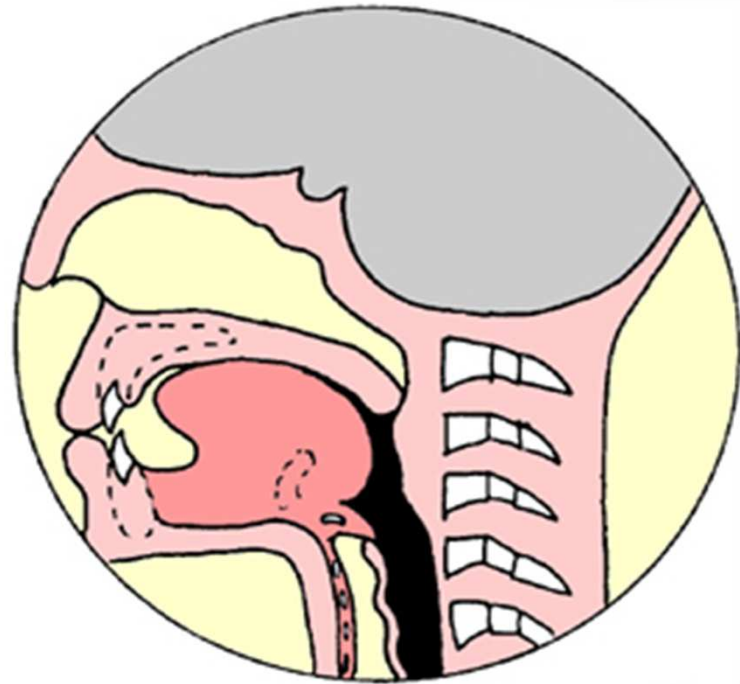
elicitazione del riflesso
peristaltico

(apnea deglutitoria)



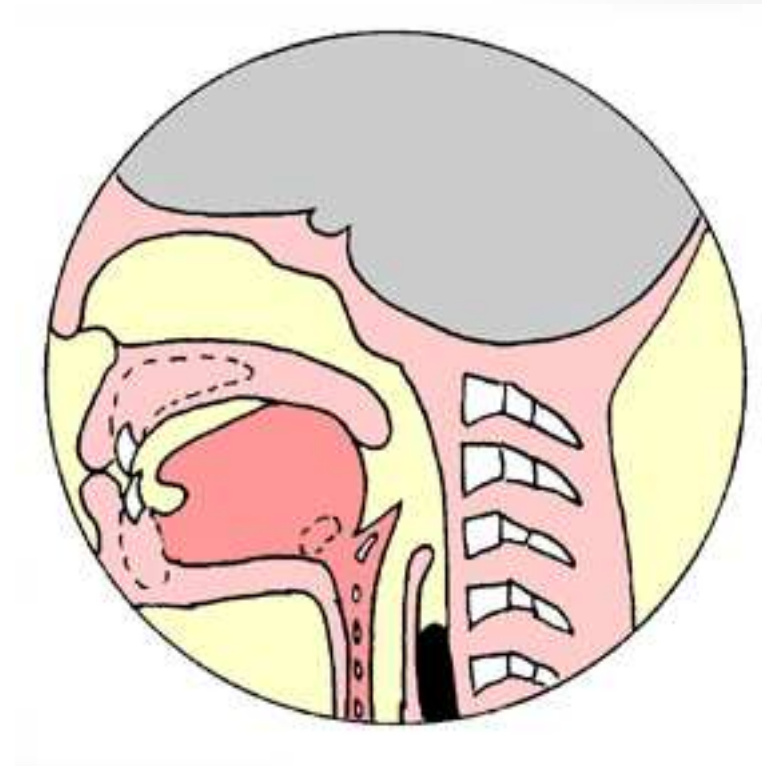
Fase faringea

Bolo nel segmento
faringeo-esofageo.



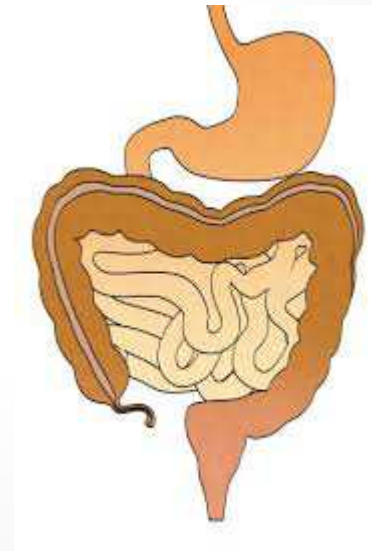
FASE 4: Fase esofagea

Bolo in esofago



FASE 5: fase gastro-duodenale

Il lasso di tempo in cui il cibo oltrepassa lo sfintere esofageo inferiore e permane all'interno della tasca gastrica fino al suo scaricarsi in duodeno



Un soggetto normale
deglutisce dalle 600 volte
alle 1000 volte nel corso
delle 24 ore

Cause disfagia

- CAUSE IATROGENE (terapie farmacologiche, post-chirurgiche, radiazioni, corrosiva)
- CAUSE INFETTIVE (difterite, botulino, malattia di Lyme, sifilide, mucosite)
- CAUSE METABOLICHE (amiloidasi, sindrome di Cushing, tireotossici, morbo di Wilson)
- CAUSE MIOPATICHE (malattie del connettivo, dermatomiosite, miastenia grave, distrofia miotonica, distrofia oculofaringea, polimiosite, sarcoidosi, sindromi paraneoplastiche)
- CAUSE NEUROLOGICHE (tra cui. tumori; trauma cranico; stroke; sclerosi multipla; polio; encefalopatie metaboliche; SLA; **morbo di Parkinson; demenza**)
- CAUSE STRUTTURALI (barra cricofaringea, diverticolo di Zenker, cicatrici cervicali, tumori orofaringei, osteofiti e anomalie scheletriche, malformazioni congenite)
- Problematiche di ordine odontostomatologico, incluso il cattivo adattamento della protesi dentale
- Disfagia come effetto collaterale e secondario ad alcuni farmaci

SEGNI DI DISFAGIA PRINCIPALI:

- Tosse
- Senso di soffocamento durante i pasti
- Polmonite ab ingestis
- Asfissia dovuta all'occlusione delle vie aeree da parte di un bolo solido
- Rigurgito nasale
- Schiarimenti frequenti della gola
- Voce bagnata (voce gorgogliante)
- Ritenzione di particelle di bolo in faringe
- **Perdita di peso e/o disidratazione (dovuti all'impossibilità di alimentarsi o bere adeguatamente)**
- **Frequenti infezioni toraciche** (cioè frequenti bronchiti e polmoniti) **e/o presenza costante di catarro**

Dopo la consumazione del cibo o bevande:

- Sonorità della voce bagnata o rauca (voce gorgogliante)
- Affaticamento
- Modificazione della modalità di respirazione
- Cibi o bevande che fuoriescono dalla bocca o che restano in bocca anche dopo l'atto deglutitorio

Talvolta lo scompenso può essere
asintomatico, specie in assenza di
sensibilità laringea o faringea.

DISFAGIA SILENTE

Presbifagia: disfagia dell'età involutiva



40%

della popolazione al di sopra
dei 65 anni

è affetta da **disfagia**.

L'invecchiamento provoca un progressivo declino delle varie funzioni fisiologiche, che si manifesta anche con un generale rallentamento funzionale ed una ridotta forza, coordinazione e resistenza degli apparati coinvolti nella deglutizione.

La deglutizione dell'anziano è una attività sostanzialmente integra.

Le **differenze con la deglutizione giovanile** riguardano in modo particolare il prolungamento dei tempi e le ridotte riserve funzionali, con una conseguente diminuita capacità di adattamento a condizioni di stress.

Più specificamente...

- Aumento del volume della lingua
 - Edentulia e atrofia del tessuto osseo alveolare
 - Ipotrofia dei muscoli masticatori
 - Ridotta secrezione salivare
 - Abbassamento laringeo
 - Aumento della soglia del riflesso della tosse
 - Riduzione della sensibilità faringea e sopraglottica
 - Allettamento
-

ANZIANO FRAGILE

- individuo anziano cui manca la forza ed è suscettibile a malattia
- aumento di rischio per esiti di salute avversi ed infermità



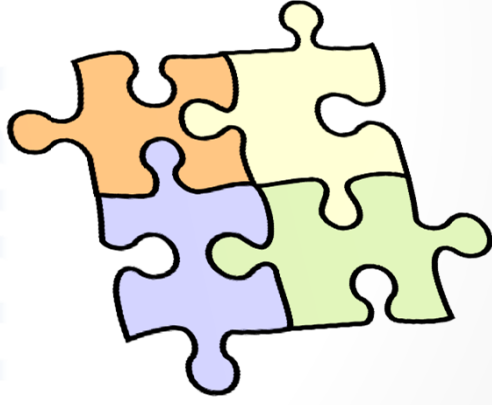
Effetti della disfagia sulla salute

- Malnutrizione e disidratazione
- Rischio di aspirazione con conseguenti soffocamenti/polmoniti e patologie polmonari croniche.
- Perdita del piacere di alimentarsi e bere
- Sentimenti di imbarazzo e di esclusione sociale in attività che prevedano momenti conviviali

•

•

L'APPROCCIO AL
SOGGETTO
DISFAGICO DEVE
PERTANTO ESSERE
MULTIDISCIPLINARE





Ruolo del logopedista

- Valutare la forza e la motilità dei muscoli e degli organi coinvolti nella deglutizione
- Osservare il paziente durante il pasto per valutare le posture, i comportamenti e i movimenti
- Eseguire prove specifiche per valutare la deglutizione
- Al termine di un bilancio completo della deglutizione dare indicazioni relative a modificazioni dietetiche e a tecniche di compenso (posture e manovre).
- **Nei pazienti con disfagia devono essere valutate sempre le abilità comunicative, le funzioni cognitive e le capacità decisionali**
-

Ruolo dell'infermiere

- Ridurre il **rischio di aspirazione** e mantenere la nutrizione e l'idratazione attraverso pratiche sicure di alimentazione valida.
- Per l'**identificazione precoce** e la richiesta di consulenza, deve osservare, valutare, monitorare e riferire.
- Assicurarsi che sostanze, consistenza e tipo di cibo e liquidi siano forniti come **prescritto**
- Assicurarsi che l'alimentazione sia intrapresa in accordo con le **tecniche specifiche** raccomandate o insegnate dal logopedista o dal medico esperto
Assicurarsi che i **farmaci** siano somministrati con sicurezza
- **Monitorare** l'assunzione orale ed assicurare un adeguato livello di idratazione e nutrizione.
- Assicurarsi che tutti i membri del team coinvolti nella cura dell'individuo, siano **consapevoli del livello di rischio**, e che siano usate cibo/liquidi di consistenza appropriata e tecniche di alimentazione specifiche.



Il ruolo di chi si prende cura

- Informarsi correttamente ed il più possibile sulla natura del problema
- Diventare parte attiva nello svolgimento del programma di recupero funzionale
- Collaborare nello svolgimento di esercizi ed attività eventualmente raccomandate

- Preparare i cibi e le bevande seguendo le indicazioni riguardanti le consistenze
- Assicurarsi che l'assunzione del cibo avvenga in condizioni di sicurezza
- Registrare e tener conto delle quantità di cibo e di liquido ingerite

Come coordinarsi tra volontari e oss?

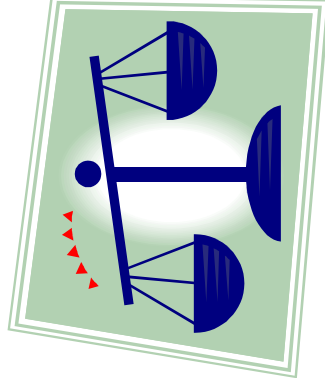
- Chiedere sempre informazioni riguardo all'ospite... potrebbero esserci novità riguardo la situazione medica o assistenziale.
- Assicurarsi che non abbia già fatto colazione o che non debba prendere farmaci prima del pasto.
- Controllare il dietetico se ci sono dubbi (sono esposti dietro le ante in cucina per motivi di privacy); vi è scritta sia la consistenza dei cibi e dei liquidi, sia se ci sono specifiche modalità di somministrazione (ausili ecc.).

- Informate gli OSS se ci sono stati problemi o se qualcosa durante l'imbocco vi ha messo dei dubbi.

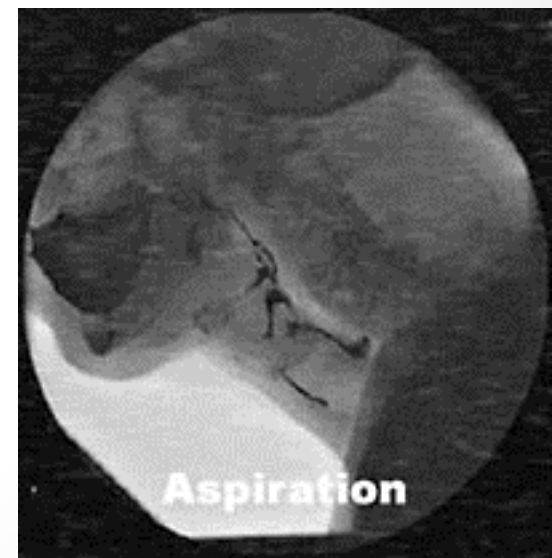
- Non assumetevi eccessivi rischi o responsabilità: se un paziente è agitato o ha molte problematiche all'imbocco chiedete aiuto, vi sarà dato.

- Se portate qualche cibo da casa e avete piacere di donarlo ad un ospite, chiedete sempre ad OSS o infermieri che non vi siano controindicazioni.

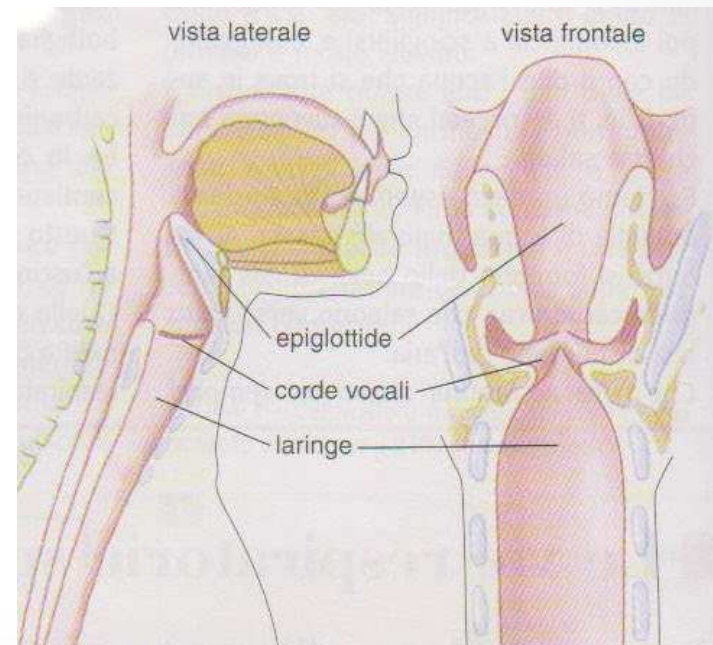
*A volte tutto non funziona
come dovrebbe....*



ASPIRAZIONE :
passaggio di alimento nel lume
laringeo al di sotto delle corde
vocali



PENETRAZIONE :
passaggio di alimento nel lume
del vestibolo laringeo al di sopra
delle corde vocali

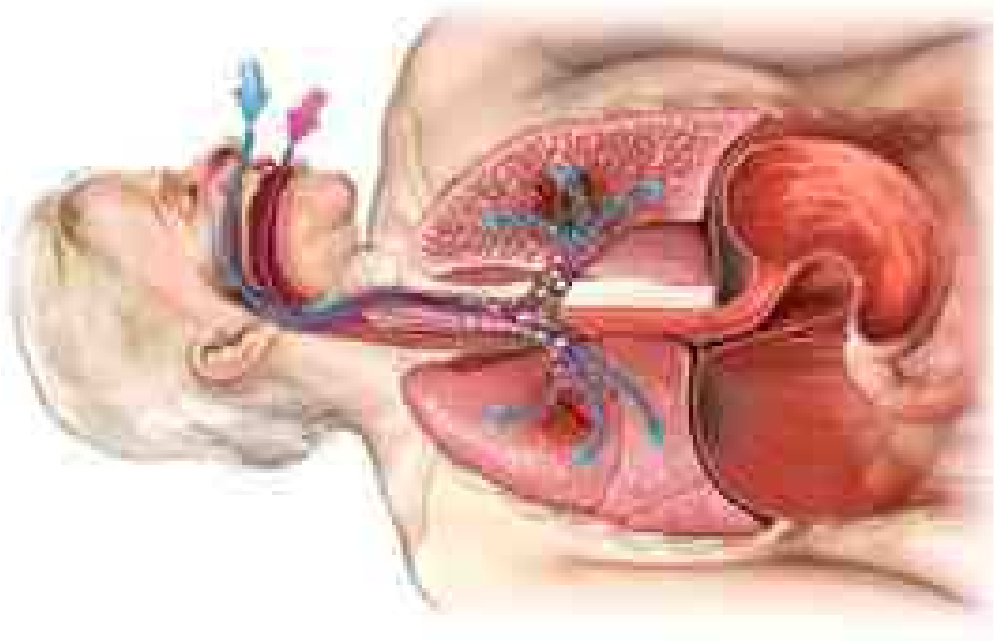


Nella disfagia...

La tosse immediatamente successiva all'atto deglutitorio è indice di aspirazione, ma l'assenza di tosse non esclude il problema disfagico, perché
l'aspirazione potrebbe essere silente

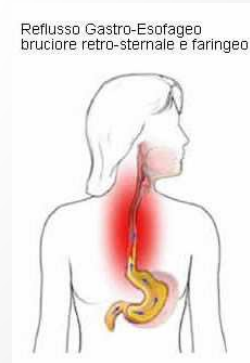
Polmonite ab ingestis

Affezione polmonare dovuta all'aspirazione di cibo contaminato nelle vie aeree che non può essere espulso efficacemente dal meccanismo della tosse e che determina un quadro polmonare infiammatorio anche grave.



Cos'è il reflusso?

- Il reflusso gastroesofageo è questo: la risalita in esofago di materiale acido proveniente dallo stomaco.
- Lo stomaco è fatto in modo da sopportare la presenza di acido al suo interno, l'esofago no. E la presenza di acido nell'esofago è dannosa perché provoca dolore, infiammazione e ferite.



Il reflusso **negli anziani** ha caratteristiche proprie e si presenta in modo un po' diverso rispetto ai giovani.

Di solito è **più severo**.

In alcuni casi è **senza sintomi**.

Come intervenire nella disfagia...

1. Metodiche di compenso
2. Tecniche riabilitative
3. Provvedimenti adattivi

.

.

1. Metodiche di compenso

Strategie che **modificano il meccanismo fisiologico** direttamente durante la deglutizione, senza eliminare il disturbo causale: vi appartengono particolari tecniche di deglutizione e le posture facilitanti, insieme ad alcune precauzioni comportamentali

Non scordarsi della
posizione di sicurezza in
sedia...

90°

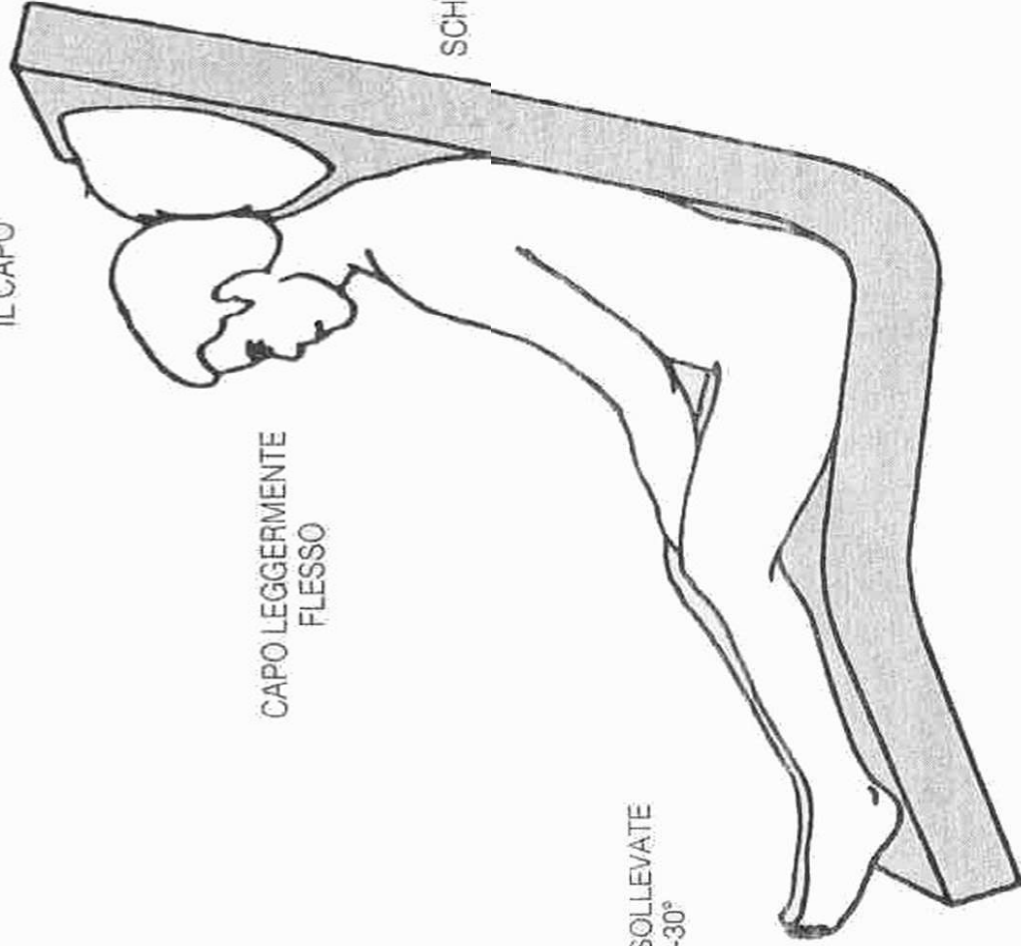


CUSCINO SOTTO
IL CAPO

CAPO LEGGERMENTE
FLESSO

SCHIENALE SOLLEVATO
di 30°

GINOCCHIA SOLLEVATE
di 20°-30°





**COME ALIMENTARE IL
PAZIENTE CON DISFAGIA**

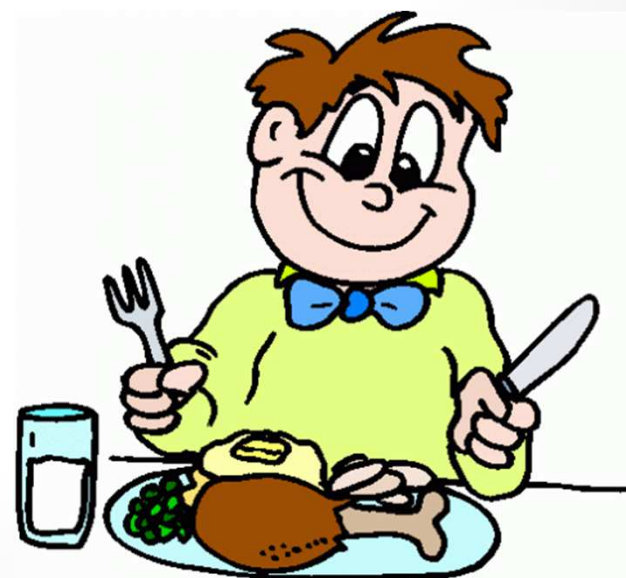
2. Tecniche riabilitative

Il trattamento varierà in base alla natura ed alle caratteristiche del problema e consisterà in:

esercizi, posture e manovre che consentono una deglutizione più agevole e sicura.

3. Tecniche adattive

- Cambio di consistenza della dieta
- Adozione di ausili
- Counseling
- Inserimento del cibo nel cavo orale in modo adeguato



LEZIONE 2

MODALITÀ DI INTERVENTO

La dieta per il soggetto disfagico...



...deve tenere conto...

- della **sicurezza** del paziente;
- delle sue **necessità** nutrizionali, cioè l'apporto calorico, idrico e di eventuali esigenze dietetiche particolari;
- dell'**autonomia** nell'alimentazione
- e delle **preferenze** alimentari individuali.

•

•

Cibi a rischio

- Liquidi (salvo precise indicazioni)
- Pastina in brodo
- Minestrone con verdure a pezzi
- Pane, fette biscottate, grissini etc.,
- Pane o fette biscottate inzuppate
- Riso, carne filacciosa ed asciutta

•

•



Consistenza degli alimenti

Le consistenze dei deglutiti sono:

- Liquidi
- Liquidi sciropposi
- Semiliquidi
- Semisolidi
- Solidi

Liquidi (con e senza scorie): non necessitano di preparazione orale (acqua, caffè, the, succo di frutta, latte)



Semiliquidi: modesta
preparazione orale (gelato,
frullato, yogurt, succo di frutta)



Semisolidi: preparazione orale
poco più impegnativa di semiliquidi
(polenta morbida, ricotta, budino,
mousse, creme, passati,
omogeneizzati)



Solidi: preparazione orale con componente masticatoria (gnocchi molto conditi, pasta ben cotta, verdure cotte non filacciose, formaggio crescenza, banana, pere, carne)



Acqua



- É l'alimento in assoluto più difficile da deglutire per qualsiasi persona disfagica
- Ma è anche l'unico alimento che se aspirato non comporta infezioni
- Viene usata nella valutazione della disfagia, ma entra per ultima (allo stato liquido) nel percorso di recupero delle varie consistenze alimentari

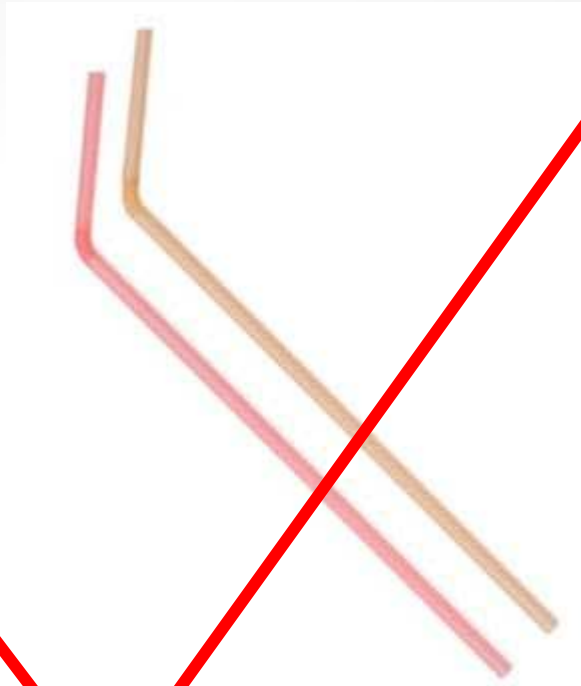
•

•

L'acqua allo stato liquido

Può essere assunta, possibilmente lontano dai pasti e comunque a cavo orale vuoto, con:

- cucchiaino,
- bicchiere con beccuccio,
- bicchiere normale.



Modificatori di consistenza

Sono “additivi” utili a modificare la consistenza degli alimenti così come li troviamo in natura e nelle normali preparazioni



Esistono ADDENSANTI, DILUENTI e LUBRIFICANTI

Il Dietetico:

...è uno strumento indispensabile per pianificare ed ottimizzare l'intervento nutrizionale in ambito ospedaliero, deve contenere indicazioni dietetiche per vitto comune e diete elaborate considerando le diverse esigenze nutrizionali dei degenti.

Il Dietetico inoltre, deve essere di facile lettura e consultazione.

Ministero della Salute “Linee di indirizzo nazionale per la ristorazione ospedaliera e assistenziale” , 2011

Diete consigliate

ipocalorica: è indicata per obesità, sovrappeso, diabete, dislipemie;

ipercalorica: è indicata nei pazienti con fabbisogno energetico aumentato (es.: puerpere che allattano, giovani con frattura ossa lunghe, politraumatizzati, ustionati).;

priva di glutine: è indicata per i pazienti affetti da morbo celiaco; tale dieta prevede l'uso di alimenti senza glutine.

• **ipoproteica:** è indicata per i pazienti affetti da insufficienza renale cronica e nelle fasi di scompenso acuto delle epatopatie con encefalopatia porto-sistemica;

• **a ridotto apporto di fibre e di lattosio:** è indicata in alcuni casi di diarrea acuta, di riacutizzazione di diverticolite intestinale, nella preparazione di alcune indagini diagnostiche sull'apparato digerente, nella fase di preparazione alla chirurgia colica;

• **per disfagia:** è indicata nei pazienti con deficit della masticazione (es. anziani, anoressici) e in pazienti che presentano problemi meccanici o funzionali di deglutizione;

• **di rialimentazione:** è indicata dopo digiuno prolungato (es. interventi chirurgici, sospensione dell'alimentazione per patologie gastro-enteriche, ecc.);

• **ad personam:** schemi dietoterapeutici ricettati individualmente, per soggetti con problematiche nutrizionali complesse. Le diete ad personam vengono prescritte dallo specialista in Nutrizione clinica, calcolate dal dietista ed allestite utilizzando grammature, alimenti e modalità di preparazioni specifiche.

Considerazioni prima dell'alimentazione

L'igiene orale può stimolare la salivazione e il gusto



Assicurare un ambiente tranquillo e
piacevole senza distrazioni



Controllare che l'individuo sia **vigile e reattivo**, ben riposato e senza dolore; lo stato di attenzione del paziente deve essere adeguato a interrompere l'alimentazione ai primi segni di stanchezza



Controllare l'abilità dell'individuo a
comunicare le difficoltà di deglutizione
durante l'alimentazione



Se l'individuo ha la **bocca secca** provare a dare cibi/liquidi agri o acidi prima dei pasti per stimolare la produzione di saliva e mantenere così ben idratata la bocca



Come affrontare le difficoltà nell'alimentazione?

- Aiutare il malato a mantenere una certa **indipendenza**
- Fare in modo che i pasti siano **un'esperienza piacevole**
- Non preoccuparsi troppo delle buone maniere e della pulizia



Come prevenire i problemi legati all'alimentazione?

- **Organizzare i pasti** in base alle particolari esigenze del malato
- Assicurare **un'adeguata idratazione** (almeno un litro e mezzo d'acqua, 8 tazze, al giorno)
- In caso di perdita di appetito, consultare il medico
- Consultare un dentista
-

Esempi di ausili per l'autonomia



Indicazioni utili in caso di difficoltà di deglutizione

- Sedere allo **stesso livello** degli occhi di chi mangia
- Controllare che il malato sia **posizionato correttamente**, cioè seduto con comodo appoggio degli avambracci e il mento abbassato, in modo da poter bere a piccoli sorsi

- Se il paziente è allettato porlo con il **busto a 80-90 gradi con gambe lievemente flesse** ed un cuscino fra i piedi e la sponda del letto o basculato
- **Evitare** di usare le stoviglie che forzino a **piegare troppo indietro la testa**
- Durante il pasto l'ospite non deve parlare e distrarsi (es. con la TV)

- **L'alimentazione deve procedere lentamente** rispettando i tempi esecutivi di attenzione del paziente
- Dare un nuovo boccone **solo se il precedente è stato deglutito**
- Dare mezzo cucchiaino da te di solido oppure 10-5 ml di liquido alla volta

- **Evitare miscugli di alimenti** liquidi e solidi, i vegetali a struttura fibrosa o a foglia larga (cavoli, fagiolini ecc.), **oppure i cibi troppo duri e di piccole dimensioni** (nocioline, popcorn ecc.)
- **Alternare cibo e bevande**, incoraggiando il malato a **deglutire ogni boccone due volte** (anche prima di bere)

- **Evitare di toccare i denti** o di posizionare il cibo troppo indietro nella bocca
- Controllare se c'è qualche **residuo di cibo trattenuto** in fondo alla bocca
- Può essere utile fare **6 piccoli pasti al giorno** e/o fare il pasto principale all'inizio del giorno

- Il paziente a **intervalli regolari deve controllare la presenza di residuo laringeo eseguendo colpi di tosse**; la ripresa dell'alimentazione può avvenire solo dopo completa detersione; **dopo il colpo di tosse deve nuovamente deglutire la saliva**

- In caso di tosse riflessa il paziente deve ricondurre l'atto sotto il controllo volontario coordinando la respirazione e la spinta diaframmatica
- La somministrazione di acqua, quando consentita, deve avvenire anche con l'ausilio del cucchiaino **previa detersione dei residui faringei**, secondo le modalità sopra descritte

- Se vi è **paralisi unilaterale**, posizionare il cibo nel lato della bocca sana
- **In presenza di tracheostoma:** quando consentito, durante la deglutizione la cannula deve essere occlusa e tenuta costantemente sotto controllo da chi assiste il paziente durante l'alimentazione
- Il logopedista, in collaborazione con l'ergoterapista e il medico, può fornire strumenti adatti e consigliare tecniche speciali di deglutizione

Nel caso di demenza o trauma cranico

- **La stimolazione multisensoriale** prima dei pasti può migliorare la vigilanza
- **Orientare** l'individuo nell'ambiente circostante
- Predisporre un **ambiente tranquillo** per mangiare, senza interruzioni

- Utilizzare **rinforzi verbali e visivi** e/o incitamenti ripetuti
- **Rimuovere cibi/utensili inutili**, per evitare distrazioni
- Offrire **piccole quantità** di cibo alla volta

Dopo l'alimentazione

- Controllare che non siano presenti **residui di cibo** e provvedere all'igiene orale
- Mantenere **l'individuo alzato** approssimativamente dai 30 ai 60 minuti

Monitoraggio

- **Controllare la quantità di cibo** e liquidi ingeriti dal paziente e il peso per riconoscere segni di malnutrizione o disidratazione
- **Monitorare i rumori respiratori** e la **temperatura** corporea per identificare segni di aspirazione
- **Rivalutare** regolarmente l'abilità nella
• deglutizione

DEMENTZA E ALIMENTAZIONE



IL MOMENTO DEI **PASTI** PUÒ ESSERE MOLTO DIFFICILE:



il malato **si sporca** mentre mangia

altre volte deve essere **aiutato** a usare coltello e
forchetta

può succedere che il malato mangi in continuazione
perché dimentica di avere mangiato o al contrario
che non voglia mangiare.



può darsi che mangi qualsiasi cosa o che mangi solo
una cosa

le sue stesse difficoltà a volte lo **turbano**

può sentirsi **imbarazzato o frustato** dalla
propria incapacità di mangiare correttamente



può soffrire di problemi di **stitichezza**,

difficoltà di **masticazione**,

disturbi del **gusto**...



rimediomeopatici.com

mangiare e bere possono diventare un problema sia per il malato sia per chi lo assiste



COME AFFRONTARE I PROBLEMI NELL'ALIMENTAZIONE

AIUTARE IL MALATO A MANTENERE UNA CERTA **INDIPENDENZA**, la cosa migliore è incoraggiarlo a fare da solo tutto.

Per esempio se non è capace di usare il coltello è meglio preparare il cibo a pezzetti prima di portarlo in tavola, consigliare l'uso del cucchiaino al posto della forchetta.



FARE IN MODO CHE I PASTI SIANO UN **MONENTO GRADEVOLE**, i pasti vanno consumati in un ambiente tranquillo, il malato deve avere tempo sufficiente per poter mangiare da solo. Utile in molti casi coinvolgere il malato nella preparazione del cibo o della tavola, un'ottima opportunità per rimanere attivo e sentirsi utile.

NON PREOCCUPARSI TROPPO DELLE **BUONE MANIERE E DELLA PULIZIA**, forse il malato non riuscirà a mangiare senza sporcarsi



SERVIRE IL CIBO **IN UN PIATTO**, evitare che il malato si serva da solo

UTILIZZARE **UN PIATTO E UNA POSATA ALLA VOLTA**, togliere dal tavolo tutto ciò che non è necessario e può creare confusione es: condimenti, posate non necessarie, il bicchiere

UTILIZZARE **TOVAGLIE COLORATE** in contrasto con il colore dei piatti, in tessuto resistente e facile da lavare



UTILIZZARE **PIATTI E BICCHIERI INFRANGIBILI**,
DAI COLORI VIVACI, CHE NON SI ROVESCINO
FACILMENTE, se necessario utilizzare una tazza, più
facile da tenere in mano negli stadi di demenza più
avanzati

PREPARARE IL **CIBO TAGLIATO IN PICCOLI
BOCCONI**, in modo da evitare l'uso del coltello, che
possano essere presi anche con le dita



ORGANIZZARE I PASTI IN BASE ALLE **ESIGENZE** DEL MALATO

ASSICURARE UN' **ADEGUATA IDRATAZIONE**

incoraggiare il malato a bere almeno 1 litro e mezzo di liquidi al giorno (8 tazze), le bevande non devono essere troppo calde o fredde, possono essere utilizzati succhi di frutta, latte, caffè d'orzo (attenzione per caffè, tè e cioccolata che hanno un effetto stimolante)



CONSULTARE IL MEDICO IN **CASO DI PERDITA DELL'APPETITO**, la perdita del peso è una naturale conseguenza della malattia, la consulenza del medico può essere utile per escludere la presenza di altre patologie e per un eventuale uso di integratori



CONSULTARE IL **DENTISTA**

MANTENERE UNA **RUOTINE**

non pretendere che il malato rispetti le regole formali (es. uso delle posate)

LASCIARE CHE IL MALATO **MANGI CON LE MANI** e si sporchi per rispettare la sua autonomia



COME AFFRONTARE LE DIFFICOLTA'

????????????

IL MALATO CHIEDE CONTINUAMENTE CIBO O SI LAMENTA CHE NON HA MANGIATO

(ANCHE SE HA APPENA TERMINATO)

Frazionare i pasti in piccoli spuntini

(concetto di finger food)

Tenere a disposizione qualche alimento di facile
somministrazione (frutta, yogurt, caramelle)

Distrarlo con attività per lui piacevoli

IL MALATO MANGIA CON VORACITÀ

Dare un cibo alla volta, una posata alla volta



SERRA LA BOCCA E RIFIUTA DI ALIMENTARSI

Cercare alimenti e bevanda particolarmente graditi
Distrarlo con attività per lui piacevoli

IL MALATO GIOCA CON IL CIBO

Ridurre le distrazioni dell'ambiente
Dare un cibo alla volta, una posata alla volta
Farlo mangiare da solo (**concetto di isolamento
terapeutico**)



AMBIENTI,PARAMETRI EDILIZI E FISICO-TECNICI

GLI AMBIENTI DEDICATI ALL'ALIMENTAZIONE, DEVONO ESSERE CONCEPITI COME AMBIENTI PROTESICI PER IL MALATO.

- Parametri dimensionali
- Materiali e finiture
- Colore
- Parametri fisico-termici
- Rumore
- Illuminazione
- Confort climatico
- Sicurezza





Progetto Finger food

- Cos'è?
 - Un progetto che vuole recuperare le autonomie al pasto degli ospiti attraverso l'uso di cibi che possono essere assunti con le mani.
- Per chi?
 - Per tutte le persone affette da demenza che faticano a riconoscere l'uso delle posate.
 - Per tutte le persone con disabilità motorie o visive che si trovano in difficoltà ad usare ausili per l'alimentazione.
 - Per chi non ha un grado di disfagia tale da non poter assumere cibi non omogeneizzati.
- Perché?
 - Per favorire l'autonomia e stimolare le abilità residue, sia motorie sia cognitive. Deve essere considerato come una strategia riabilitativa.
- Come si prepara il cibo?
 - Il cibo deve essere disposto nel piatto in modo che la persona possa facilmente prenderlo da sola.
 - Se sono cibi cremosi è possibile creare piccoli tramezzini o panini.
- Perché chiedere il permesso ai parenti e ai familiari e coinvolgerli?
 - Perché non tutti accettano con facilità questo tipo di alimentazione, che può apparire poco «decorosa.»
- Qual è il giusto atteggiamento?
 - Essere felici di ogni progresso e di ogni autonomia recuperata dall'ospite che sto aiutando.



Grazie