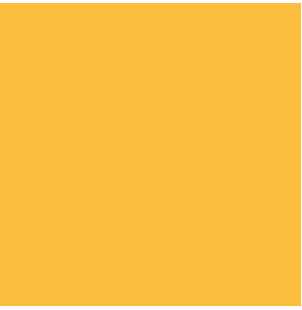




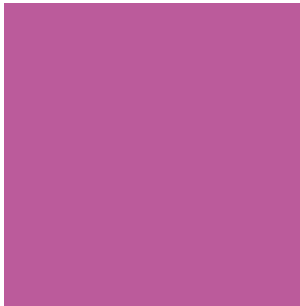
zerocento ed oltre...



Alimentazione sicura,
primo soccorso,
manovre di disostruzione,
rianimazione cardiopolmonare
con uso del defibrillatore
per tutte le età



Prefazione a cura del
Prof. Walter Ricciardi



A cura di
Marco Squicciarini
Ersilia Troiano
Alessandro Petrolini
Chiara Cadeddu
Umberto Scognamiglio

zerocento ed oltre...

A cura di

Marco Squicciarini
Ersilia Troiano
Alessandro Petrolini
Chiara Cadeddu
Umberto Scognamiglio

Prefazione a cura di

Walter Ricciardi

Con la collaborazione di

Andrea Vania
Marina Aimati
Federica Luisi
Alfonso Barbieri
Marianna Ludovisi
Miriam Boccacciarì

Crediti fotografici

Studiomaker.it
La creatività al servizio della scienza

Progetto grafico

Studio Phaedra

Si ringraziano gli istruttori dell'International Training Center American Heart Association "Squicciarini Rescue", centro di formazione internazionale accreditato al 118 regionale e specializzato in primo soccorso aziendale, BSLD (adulto e pediatrico), manovre di disostruzione:



**Rossella Anelli, Salvatore Buonino, Luca Carboni,
Stefano Fabbi, Claudia Lorusso, Simona Pandolfi**
per l'impegno e la disponibilità per la realizzazione
delle foto inserite nel manuale a scopo didattico
(www.squicciarinirescue.org)

Tutti i diritti sono riservati.

Gli Autori hanno rinunciato ai diritti di autore ed alla vendita per poterne garantire una distribuzione etica e promuovere percorsi di sensibilizzazione, informazione e formazione sulle tematiche trattate.

Stampato nel mese di dicembre 2020

ISBN 979-12-200-6532-0

Questo è un estratto del manuale "Zerozero ed oltre", consultabile e scaricabile gratuitamente in formato .pdf. Tutti i diritti sono riservati.

Gli Autori hanno rinunciato ai diritti di autore ed alla vendita per poterne garantire una distribuzione etica e promuovere percorsi di sensibilizzazione, informazione e formazione sulle tematiche trattate.

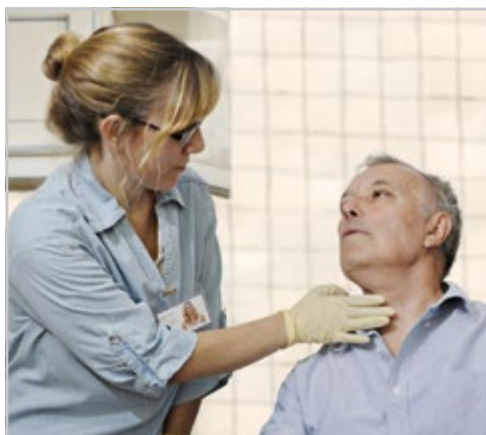
La versione completa in formato cartaceo del manuale viene distribuita gratuitamente nel corso di eventi di sensibilizzazione, formazione e informazione sul tema della prevenzione primaria e secondaria del soffocamento da cibo, grazie al contributo di sponsor (aziende pubbliche e private, enti, istituzioni, associazioni, ecc.) che desiderano supportare il progetto di diffusione e donazione alla società di questo prezioso strumento, affinché - attraverso tutti i canali di distribuzione possibili - chiunque possa diventare il *primo anello della catena del soccorso*, ovvero una persona consapevole e con nozioni di primo soccorso per proteggere il valore della vita.

La disfagia

Il termine disfagia deriva dal greco 'dys' (disordine, disturbo) e 'phago' (mangiare). La disfagia è infatti un **disturbo della deglutizione**, cioè della capacità di far progredire in modo corretto dalla bocca allo stomaco qualsiasi sostanza (alimenti, liquidi, saliva, farmaci, ecc.).

La disfagia non è una malattia ma un sintomo e non va confusa con il "bolo isterico", ossia la sensazione di avere una massa nella gola che, però, non è in relazione con la deglutizione e si verifica senza alterazione del trasporto.

La disfagia può essere causata da diverse patologie o essere la conseguenza di normali processi involutivi dell'anziano (in questo caso si parla di presbifagia). Infatti, il fenomeno della disfagia è più frequente negli anziani, ma le cause che possono provocare difficoltà di deglutizione sono molteplici e possono insorgere in persone di tutte le età.



Si stima che i disturbi della deglutizione riguardino circa l'8% della popolazione mondiale e che tale percentuale salga all'11-16% negli anziani

➔ **Nonostante la disfagia orofaringea possa essere diagnosticata tramite metodi clinici ben definiti e da indagini complementari, nei diversi setting di cura questo disturbo raramente viene ricercato e trattato perché il livello di consapevolezza tra il personale medico e paramedico è scarso.**

Esistono diversi tipi di disfagia a seconda della localizzazione dei disturbi e della fase in cui si manifesta il malfunzionamento della deglutizione. Le due principali tipologie di disfagia sono:

- **disfagia orofaringea:** difficoltà ad iniziare la deglutizione e far passare il cibo dalla bocca all'esofago
- **disfagia esofagea:** difficoltà nel passaggio del cibo attraverso l'esofago

Il più delle volte la disfagia orofaringea compare in pazienti con patologie neurologiche (ictus, Morbo di Parkinson, Sclerosi multipla) o disturbi muscolari che colpiscono i muscoli scheletrici (Miastenia gravis, Distrofia muscolare, ecc.).

La disfagia esofagea, invece, deriva da un disturbo della motilità dell'esofago (acalasia, Malattia di Chagas, Sclerosi sistemica, Esofagite eosinofila) o da un'ostruzione meccanica (neoplasie esofagee, stenosi da radiazioni, compressione ab estrinseco).

La Disfagia orofaringea: una sindrome geriatrica

La disfagia orofaringea è la difficoltà a far passare il materiale dall'orofaringe all'esofago ed è causata da un'anomalia funzionale dell'esofago.

Per le sue caratteristiche e per l'elevata prevalenza nella popolazione geriatrica (interessa tra il 27 ed il 91% degli ultrasessantenni), la disfagia orofaringea è stata recentemente riconosciuta come sindrome geriatrica.

La prevalenza della disfagia orofaringea varia in relazione al setting di cura: tra gli anziani che vivono a domicilio è stata registrata una prevalenza che va dal 30 al 40%, passa al 44% tra gli anziani ricoverati nei reparti per acuti, fino a raggiungere il 60% negli anziani istituzionalizzati.

I pazienti lamentano difficoltà ad iniziare la deglutizione, rigurgito nasale, e aspirazione tracheale seguita da tosse. Il problema è che molte persone anziane non sanno di avere disturbi della deglutizione.

È stato dimostrato che la disfagia orofaringea è più frequente nei pazienti anziani ospedalizzati con declino funzionale o cognitivo. Infatti, questa condizione è strettamente associata all'età, alla limitazione funzionale, alla fragilità, alle comorbidità e alla polifarmacoterapia.

La più elevata prevalenza della disfagia orofaringea è stata osservata nei pazienti anziani affetti da patologie neurologiche (tra il 29% e il 64% nei pazienti con ictus cerebrali) e neurodegenerative (80% nei pazienti affetti da demenza e 60% nei pazienti con Morbo di Parkinson).

Cause di disfagia

Di solito la disfagia è causata da disturbi neurologici e strutturali connessi all'invecchiamento o a specifiche malattie. Dopo i cambiamenti legati all'età, le cause più comuni di disturbi motori orali sono le malattie neuromuscolari. Possono contribuire anche cause iatrogene quali alcuni farmaci (ad esempio anticolinergici e diuretici), la radioterapia alla testa e al collo e la chemioterapia, che possono ridurre la produzione di saliva. L'iposalivazione è una delle principali cause di deglutizione ritardata e compromessa.

Le principali cause della disfagia si possono raggruppare in:

- **Età:** negli anziani si ha una progressiva alterazione della funzionalità nervosa e muscolare
- **Cause meccaniche**
Crescita anomala o cambiamenti strutturali dell'esofago
Malattie infiammatorie delle strutture della deglutizione
Reflusso gastrico cronico
- **Cause neuro-muscolari**
Malattie neuromuscolari e neurodegenerative (Alzheimer, Parkinson)
Ictus cerebrale
Demenza
Debolezza muscolare e sarcopenia
- **Cause strutturali a livello testa-collo**
Traumi alla testa o al midollo spinale
Alcuni tipi di tumori
Radioterapia nella zona testa-collo.

Le tre principali popolazioni di pazienti a rischio di disfagia orofaringea sono:

Pazienti anziani: la disfagia orofaringea colpisce il 30-40% dei pazienti ultrasessantacinquenni e oltre il 50% dei pazienti in RSA.

Pazienti con patologie neurologiche o neurodegenerative: il 64-78% dei pazienti con ictus è disfagico durante la fase acuta, mentre il 40-81% durante la fase cronica. La disfagia è presente nel 52-82% dei pazienti con Morbo di Parkinson in fase avanzata e nell'80-100% dei pazienti con demenza di grado severo.

Pazienti con patologie del distretto testa-collo: il 44% dei pazienti con neoplasie del distretto testa-collo sottoposti a radio-chemioterapia sviluppa disfagia orofaringea; altre condizioni associate alla disfagia sono i traumi di laringe o trachea e la tracheostomia.

Come si riconosce una persona disfagica?

I sintomi associati alla disfagia possono avere sia manifestazioni fisiche sia manifestazioni comportamentali.

Tra le manifestazioni fisiche (**Tabella 1**), è necessario prestare attenzione alla comparsa di tosse involontaria durante o dopo la deglutizione di un boccone, alla comparsa di una voce velata o gorgogliante durante la deglutizione, alla fuoriuscita di liquidi o cibo dal naso, al rigurgito di cibo non digerito, al fastidio o al dolore associato alla deglutizione, alla sensazione che parte del cibo resti in gola ed alla perdita di peso, senza causa apparente.

Le manifestazioni comportamentali associate alla presenza di disfagia (**Tabella 2**) riguardano invece la lentezza e la fatica a deglutire, l'allungamento del tempo dedicato al pasto, la modifica - improvvisa o graduale - delle proprie abitudini alimentari, ed in particolare all'eliminazione di determinati cibi o bevande, la mancanza di appetito ed il desiderio di isolarsi durante i pasti.

Il passaggio di sostanze alimentari nelle vie aeree (aspirazione) si può manifestare, in modo evidente, con **senso di soffocamento, tosse insistente, comparsa di colorito rosso o cianotico al volto** oppure silente, nei casi in cui piccole quantità di alimenti raggiungono i bronchi senza che il paziente avverta sintomi.

Tabella 1 - A quali sintomi fare attenzione?

Tosse durante o dopo la deglutizione

Perdita di saliva dalla bocca

Senso di soffocamento durante o dopo la deglutizione

Voce gorgogliante (voce umida dopo la deglutizione)

Fuoriuscita di cibo dal naso

Rigurgito di cibo non digerito

Tabella 2 - Cambiamenti comportamentali associati alla disfagia

Cambiare improvvisamente o gradualmente le abitudini alimentari (compresa l'assunzione di liquidi), evitando cibi specifici o alcune bevande

Inappetenza

Impiegare molto tempo a bere o mangiare

Isolamento sociale e/o desiderio di consumare i pasti in solitudine

Conseguenze della disfagia

La disfagia è una condizione clinica che può avere un impatto, anche grave, sulla salute e sulla qualità della vita. Spesso la persona che soffre di problemi di deglutizione tende ad isolarsi ed a non parlare dei suoi disturbi né con i familiari, né con il medico e quindi spesso la disfagia non viene riconosciuta né diagnosticata, e di conseguenza spesso non viene trattata opportunamente.

Le persone che accusano problemi di deglutizione spesso arrivano a mangiare e/o a bere con un costante stato d'ansia, o addirittura di paura, di non riuscire a inghiottire e che quindi alimenti e bevande vadano continuamente *di traverso*. Questo, con il passare del tempo, può portare ad uno stato di malnutrizione e/o disidratazione, oltre ad influire negativamente sullo stato emotivo del soggetto. Nei casi più gravi la disfagia può provocare anche problemi respiratori (polmoniti in particolare), in seguito all'ingresso nei polmoni di parti di cibo o liquidi.

Tra le principali conseguenze della disfagia:

- la malnutrizione e la disidratazione
- il rischio di aspirazione tracheo-bronchiale (il cibo o il liquido entrano nelle vie aeree) con conseguenti polmoniti definite *ab ingestis* e patologie polmonari croniche
- la perdita di motivazione all'alimentazione o all'assunzione di liquidi
- l'imbarazzo o l'isolamento in situazioni sociali legate ai pasti
- fragilità e disabilità
- istituzionalizzazione e l'aumentato tasso di ospedalizzazione
- aumento della mortalità

La **scarsa igiene del cavo orale** con conseguente colonizzazione dell'orofaringe, la **malnutrizione** con conseguente riduzione delle difese immunitarie dell'organismo, e l'**aspirazione** sono i 3 elementi che aumentano il rischio di polmonite *ab ingestis* tra i pazienti geriatrici e tra quelli con patologie neurologiche.

Polmonite *ab ingestis* negli anziani

Diversi studi svolti su anziani fragili hanno mostrato che più di 2 pazienti su 3 presentava residuo alimentare in orofaringe, più della metà presentava penetrazione del bolo in laringe, e nel 17% dei casi è stata dimostrata aspirazione tracheo-bronchiale. La mortalità ad un anno era significativamente più alta nei soggetti anziani fragili con disturbi della deglutizione (56% vs. 15%). **Ciò sottolinea che la disfagia è, negli anziani fragili, un fattore di rischio significativo per lo sviluppo di polmoniti *ab ingestis*.**

Nei pazienti ultrasettantacinquenni il rischio di polmonite dovuto alla presenza

di disfagia è 6 volte maggiore rispetto ai pazienti con 65 anni di età. Il principale fattore di rischio è rappresentato dalla riduzione del riflesso della tosse, che diviene via via meno efficiente con l'avanzare dell'età, ed è severamente ridotto negli anziani fragili, anche in presenza di stimoli molto forti.

Per polmonite *ab ingestis* (o polmonite da aspirazione) si intende un'infezione del parenchima polmonare, di solito causata da microaspirazioni di saliva o batteri veicolati da cibo e liquidi, in associazione ad una condizione di riduzione delle difese immunitarie dell'apparato respiratorio. Può essere diagnosticata in pazienti che hanno fattori di rischio ed un quadro clinico suggestivo, oltre al riscontro di polmonite nel tipico segmento dipendente del polmone all'imaging o all'ecografia toracica.

Il rischio di polmonite *ab ingestis* è di gran lunga più elevato dopo un ictus cerebri nei pazienti con disfagia preesistente. Per questo è fondamentale effettuare uno screening per disfagia nei pazienti geriatrici. Ciò consente di migliorare l'outcome e ridurre i costi sanitari.

Disfagia e demenza

Le persone affette da demenza sviluppano frequentemente disfagia, che le espone ad un aumentato rischio di *polmonite ab ingestis*, con conseguente necessità di ricovero ospedaliero.

Le polmoniti sono la principale causa di ricovero ospedaliero nel 55% delle persone affette da demenza.

La maggior parte di questi pazienti diventa indifferente al cibo oppure lo rifiuta, non è in grado di gestire adeguatamente il cibo nel cavo orale (disfagia orale)

oppure lo inala durante la deglutizione (disfagia faringea). Ci sono diversi fattori che possono contribuire all'instaurarsi di questi disturbi della deglutizione, come la scarsa igiene del cavo orale e l'essere totalmente dipendenti per i cambi posturali. Per questi pazienti, una volta ricoverati in un reparto per acuti, è sconsigliata un'alimentazione ed un'idratazione alternativa, ossia un vitto per disfagici, perché questo non elimina il rischio di sviluppare infezioni respiratorie. Infatti, questi pazienti hanno un elevato rischio di inalazione e di soffocamento legato alle alterazioni comportamentali proprie della demenza, come il mangiare troppo velocemente, il masticare poco, il riempirsi troppo la bocca, il deglutire grandi bocconi.

È stata dimostrata l'importanza di avere un protocollo locale per l'alimentazione a rischio di disfagia, come questo sia di ausilio per ridurre i tempi di pianificazione del pasto e, soprattutto, come questa riduzione impatti su una degenza più breve. In qualsiasi contesto di cura avere un protocollo che guidi ed orienti le decisioni circa l'alimentazione è ancora più importante per i pazienti con demenza. Le evidenze scientifiche dimostrano infatti che, laddove tali protocolli siano applicati, vi è una riduzione dei tempi di degenza per i pazienti dementi ricoverati per polmonite da aspirazione.

Rischio di soffocamento negli anziani

Come descritto precedentemente, con l'età si assiste ad una perdita della dentizione e ad alterazioni della forza muscolare richiesta per la masticazione e la formazione del bolo alimentare.

Un bolo di cibo solido grande e non correttamente masticato ha il potenziale di occludere in maniera fatale le vie aeree.

A tal proposito è importante sottolineare che, dopo le cadute, **il soffocamento da cibo rappresenta la seconda causa di morte potenzialmente prevenibile negli anziani**. Nonostante il rischio di soffocamento da cibo venga comunemente associato ai bambini, gli studi mostrano, infatti, che nei soggetti ultrasessantacinquenni l'incidenza di soffocamento è 7 volte più alta che nei primi 4 anni di vita.



Di particolare rilevanza è il fatto che una diagnosi di polmonite si associa con un aumentato rischio di soffocamento da cibo. L'edentulia e l'uso di farmaci sedativi ed antipsicotici aumenta notevolmente il rischio di soffocamento negli adulti.

Il rischio di soffocamento può essere considerato come correlato:

1) **alle caratteristiche del cibo:** aspetto, dimensioni e forma dell'alimento. Per esempio, cibi che sono fibrosi, duri, solidi, filanti, gommosi, appiccicosi, secchi, friabili, croccanti, oppure tagliati in un modo che può occludere le vie aeree.

2) **alle caratteristiche della persona:** dentatura inadeguata, difficoltà a mantenere la posizione seduta o il tronco eretto, affaticamento durante i pasti, limitazioni funzionali del soggetto. La perdita della dentatura interessa sia gli anziani sani che gli anziani fragili. C'è una stretta correlazione tra l'edentulia, una dentatura inadatta, patologie dentali e la morte improvvisa dovuta a soffocamento. La mancanza di una dentatura adeguata può causare disfagia orale, determinante una scarsa preparazione e formazione del bolo. Se la scarsa preparazione del bolo si associa anche alla presenza di declino cognitivo, che fa perdere la capacità di decidere se il bolo è stato adeguatamente masticato, o l'incapacità fisica di sputare un bolo alimentare non adeguatamente masticato, il rischio di soffocamento aumenta.

Infine, bisogna ricordare che il paziente anziano frequentemente assume farmaci psicoattivi, come antipsicotici, analgesici oppioidi, ansiolitici ed ipno-induttori, che agiscono sul sistema nervoso centrale e possono ridurre l'integrità della deglutizione e del riflesso della tosse.

Le modifiche temporanee nella consistenza del cibo ed un'aumentata supervisione e/o assistenza al pasto sono fondamentali per ridurre il rischio di soffocamento.

La prima guida pratica di *Primo Soccorso* per tutti: famiglie, scuole, ristorazione collettiva, luoghi di cura e di assistenza domiciliare sull'alimentazione sicura per *bambini (0-4 anni) ed anziani*. Illustra in modo semplice e chiaro le linee guida e le indicazioni pratiche sull'alimentazione sana e sicura a tutte le età, con particolare attenzione al taglio, manipolazione e somministrazione degli alimenti nei bambini da 0 a 4 anni e nei bambini con bisogni speciali, assistenza al pasto nell'anziano fragile e con patologie, manovre di disostruzione nel lattante, nel bambino, nell'adulto e nell'anziano, rianimazione cardiopolmonare ed uso del defibrillatore pediatrico e adulto. Disponibile anche in e-book.

ISBN 979-12-200-6532-0



9 791220 065320