

# Svezzamento dalla nutrizione enterale

M. Pizzuto, S. Conte, S. D'Anna

Dipartimento di Medicina, Stroke Unit, Azienda Ulss 10 Veneto Orientale

O.C. San Tommaso dei Battuti

## NUTRIZIONE ENTERALE: SNG, PEG O NPT?

Per disfagia si intende difficoltà o sensazione di fastidio nella deglutizione di solidi e/o liquidi.

La disfagia si differenzia in orale, faringea o esofagea a seconda delle diverse fasi della deglutizione coinvolte. La disfagia è una possibile conseguenza dell'ictus con ricadute negative sulla gestione della fase acuta, sui tempi di degenza e sull'esito (morbosità e mortalità).

La deglutizione è un processo complesso che implica l'utilizzo di diversi fasci muscolari e di 6 nervi e si divide in due fasi (orale e faringea).

Sono state selezionate diverse linee guida per la valutazione della disfagia:

- Diagnosis and Treatment of Swallowing Disorders (Dysphagia) in Acute-Care Stroke Patients (*Agency for Health Care Policy and Research*)
- Identification and nursing management of dysphagia in adult with neurological impairment (*Joanna Briggs Institute*)
- Identification and management of dysphagia (*Scottish Intercollegiate Guidelines Network*)
- Ictus cerebrale: linee guida italiane di prevenzione e trattamento (*Stroke Prevention And Educational Awareness Diffusion 2001*)

**Tutte le linee guida raccomandano la valutazione precoce (entro 24/48 ore dal ricovero) della capacità di deglutire del paziente.**

A 30 giorni dal ricovero per ictus cerebrale, la malnutrizione ingravescente è fortemente correlata alla disfagia.

## Inquadramento diagnostico

Esistono diversi metodi per valutare la disfagia, classificabili in due tipologie:

- A) valutazioni strumentali;
- B) valutazioni al letto del paziente.

A) L'esame diagnostico strumentale per elezione è la videofluoroscopia (VF). Si tratta di uno studio per immagini dinamico e videoregistrato della cavità orale, della faringe, della laringe e dell'esofago prossimale, che consente di osservare il processo della deglutizione e di valutare la presenza di aspirazione. Il rischio di tale procedura è l'aspirazione silente. In uno studio su 114 pazienti con ictus l'aspirazione silente, evidenziata alla VF, aumentava di 5,5 volte il rischio relativo di pneumopatie; l'utilità limitata della VF durante la fase acuta dell'ictus non ne giustifica l'uso routinario (SPREAD 2002). Altro test utile è la laringoscopia indiretta che permette l'osservazione dell'orofaringe, dell'epiglottide e delle corde vocali.

B) Le valutazioni attuate al letto del paziente consistono nella raccolta anamnestica e nell'osservazione clinica. Raccogliere dati relativi a:

- anamnesi patologica prossima;
- possibilità di assumere le posture a busto eretto;
- verificare la presenza di segni o sintomi clinici correlati a un maggiore rischio di inalazione; e
- valutare la capacità del paziente di bere quantità di acqua progressivamente maggiori, in assenza di sintomi. È fondamentale, nel processo valutativo, ottenere la descrizione dei problemi da parte del paziente o dei familiari, raccogliere informazioni sul trattamento dietetico seguito, valu-

tare i processi di assunzione del cibo e di deglutizione esaminando strutture e funzioni.

L'osservazione clinica comprende l'analisi degli organi deputati alla deglutizione, alla fonazione e alla respirazione. Con particolare attenzione vengono osservate le strutture addette alle varie fasi della deglutizione e l'esame obiettivo dell'apparato oro-facciale valuta la forza e la motilità delle labbra e della lingua, la funzione dell'apparato molle, l'eccezione e la velocità dei movimenti della laringe, la qualità della voce e i riflessi faringei e della deglutizione e inalazione.

### Metodi di valutazione della disfagia

Nell'ictus cerebrale è necessario un rapido inquadramento diagnostico nella valutazione della disfagia che, per essere efficace, deve essere effettuato il più precocemente possibile.

La videofluoroscopia non è proponibile come test di screening, sia perché risulta di difficile esecuzione soprattutto nella fase acuta dell'ictus, sia per la relativa invasività.

Tra i test di screening più utilizzati troviamo:

- Three-oz Water Swallow Test;
- Bedside Swallowing Assessment Scale;
- il test di Burke
- Water Swallow Test sensibilizzato con pulsossimetro;
- Water Swallow Test sensibilizzato con auscultazione cervicale;
- test di deglutizione a tempo;
- Northwestern Dysphagia Patient Check Sheet;
- test di tosse riflessa.

Tutti i test associano la valutazione delle condizioni generali del paziente alla capacità di deglutire. Nessuna linea guida consiglia di valutare la presenza della disfagia nel paziente solo con la deglutizione. Infatti i pazienti con deficit sensitivo o motorio possono non avvertire l'inalazione dei liquidi e non mostrarne i segni: tale fenomeno è indicato come inalazione silente.

Alcuni Autori hanno individuato come variabili predittive indipendenti di disfagia l'età superiore ai 70 anni, il sesso maschile, un indice di Barthel inferiore a 60, l'asimmetria del palato, lo svuotamento

orale incompleto e una reazione debole faringea (tosse-gorgoglio).

**Three-oz Water Swallow Test:** al paziente seduto in posizione comoda ed eretta si richiede di bere senza interruzione 3 sorsi d'acqua da un bicchiere. Si valuta la presenza di segni di disfagia: tosse (fino a 1 minuto dopo la deglutizione), gorgoglio o cambiamenti nella voce.

**Bedside Swallowing Assessment Scale:** è un metodo abbastanza complesso, che valuta la presenza di disfagia analizzando molte variabili. In sintesi vengono valutati: il livello di coscienza, il controllo della testa e del tronco, i nervi cranici e la muscolatura oro-facciale, il riflesso della tosse; si richiede poi di bere acqua, in quantità crescenti con la comparsa dei segni classici di disfagia (tosse e gorgoglio). A ogni rilievo viene dato un punteggio, dal quale sarà definita o meno la presenza di disfagia (Tabella 1).

**Test di Burke:** è un questionario che indaga la presenza anamnestica di fattori predisponenti la disfagia, associato a una prova di deglutizione di 90 cc d'acqua. La positività anche di un solo item è indice di disfagia (Tabella 2).

**Water Swallow Test sensibilizzato con pulsossimetro:** prevede, durante la somministrazione di un bicchiere d'acqua, una valutazione pulsossimetrica della saturazione d'ossigeno; il test è positivo se la saturazione di ossigeno scende di almeno il 2%. Si deve interrompere il test se la diminuzione raggiunge il 5%.

**Water Swallow Test sensibilizzato con auscultazione cervicale:** prevede la somministrazione di un bicchiere d'acqua con una contemporanea valutazione mediante fonendoscopia dei rumori patologici durante e dopo la deglutizione.

**Test di deglutizione a tempo:** valutano la quantità d'acqua che il paziente tollera nel tempo, utilizzando precisi parametri di riferimento. Per esempio valutando la quantità di acqua ingerita in un sorso (ml), la velocità di deglutizione (s) di un sorso d'acqua, quindi la capacità di deglutizione (ml/s).

**Northwestern Dysphagia Patient Check Sheet:** è un questionario con 28 item che prende in considerazione variabili cliniche comportamentali, posturali, compromissione della muscolatura bucco-facciale, osservazione della deglutizione.

**Test di tosse riflessa:** valuta l'efficacia della tosse dopo stimolazione con una soluzione di acido tartarico in soluzione fisiologica.

**Tabella 1** *Bedside Swallowing Assessment Scale*

|                                    |   |
|------------------------------------|---|
| Coscienza                          | 1: vigile<br>2: soporoso ma risvegliabile<br>3: risponde a stimoli verbali, non apre gli occhi<br>4: risponde solo a stimoli dolorosi |
| Controllo del tronco e della testa | 1: tronco normale<br>2: posizione del tronco non mantenuta<br>3: controllo solo della testa<br>4: non controllo della testa           |
| Respirazione                       | 1: normale<br>2: patologica   |
| Chiusura delle labbra              | 1: normale<br>2: patologica   |
| Movimento del palato               | 1: simmetrici<br>2: asimmetrici<br>3: minimi-assenti  |
| Funzione laringea                  | 1: normale<br>2: ridotta<br>3: assente  |
| Gag reflex                         | 1: presente<br>2: assente   |
| Riflesso della tosse               | 1: normale<br>2: ridotto<br>3: assente  |

**Tabella 2** *Test di Burke*

|  | Presente | Assente |
|--|----------|---------|
| Stroke bilaterale                                    |          |         |
| Stroke del tronco                                    |          |         |
| Polmonite nella fase acuta dello Stroke              |          |         |
| Tosse durante ingestione di cibo o di 90 cc di acqua |          |         |
| Incapacità a consumare metà dei pasti                |          |         |
| Tempo prolungato per il pasto                        |          |         |
| Necessità di programmare nutrizione non orale        |          |         |

**Orientamento del supporto nutrizionale**

Dopo l'inquadramento del paziente disfagico, stabilito il grado di disfagia, viene prescritto lo schema dietetico per fornire un supporto nutrizionale adeguato.

L'istituzione del supporto nutrizionale, aspetto gestito dal medico, si articola nelle seguenti fasi:

- valutazione dell'assetto nutrizionale;
- calcolo dell'apporto calorico e dei substrati;
- calcolo dell'apporto proteico;
- "timing" e scelta della via di somministrazione;
- gestione delle complicanze.

La scelta della via di somministrazione è orientata verso: la via orale con integrazione, il SNG, la PEG o la NPT (nei pazienti con disfagia di grado 1-2 della scala DOSS l'alimentazione viene somministrata utilizzando le ultime tre alternative).

Di ciascuna via alternativa di nutrizione vanno considerati vantaggi e svantaggi. Studi scientifici hanno evidenziato che la NPT non trova molte indicazioni nella maggior parte dei pazienti disfagici; la scelta preferenziale è data dalla *nutrizione enterale, SNG e PEG*, in quanto consente il manteni-



## Articolo originale

mento del trofismo della mucosa intestinale e della sua funzione immunitaria e di barriera riducendo la traslocazione batterica. Inoltre, ha minori complicanze infettive e metaboliche e, infine, è meno costosa. La nutrizione per sonda può essere l'unica forma

di alimentazione complementare a un'insufficiente alimentazione orale. Attraverso il SNG o la PEG vengono somministrati preparati dietetici che presentano specifiche caratteristiche sul piano calorico e dei nutrienti presenti.

**RACCOMANDAZIONE 11.19 A GRADO C**

Nel soggetto affetto da ictus in fase acuta la terapia nutrizionale artificiale di scelta è rappresentata dalla nutrizione enterale.

**RACCOMANDAZIONE 11.10**

La nutrizione enterale tramite sondino nasogastrico e con l'ausilio di pompe peristaltiche è ritenuta più appropriata rispetto alla nutrizione parenterale per il supporto nutrizionale a breve termine in pazienti con grave disfagia dovuta a ictus; l'uso del sondino nasogastrico può essere problematico, specie nei pazienti anziani.

**RACCOMANDAZIONE 11.20 GRADO D**

Nei soggetti con disfagia persistente post-ictus (di durata superiore a due mesi), entro 30 giorni va presa in considerazione la messa in posizione di PEG (gastrostomia percutanea endoscopica).

**RACCOMANDAZIONE 14.78 C GRADO D**

Nel soggetto con malnutrizione proteico-energetica, in presenza di rilevazioni confermate nel tempo di assunzione dietetica insufficiente, è indicato considerare la nutrizione artificiale per mezzo di sondino nasogastrico o gastrostomia percutanea endoscopica (PEG).

**SINTESI 11.10**

La nutrizione enterale tramite sondino nasogastrico e con l'ausilio di pompe peristaltiche è ritenuta più appropriata rispetto alla nutrizione parenterale per il supporto nutrizionale a breve termine in pazienti con grave disfagia da ictus; l'uso del sondino nasogastrico può essere problematico, specie nei pazienti anziani.

**RACCOMANDAZIONE 11.19 B GRADO D**

La nutrizione parenterale è indicata esclusivamente laddove la via enterale non sia realizzabile o sia controindicata, o quale supplementazione alla nutrizione enterale qualora questa non consenta di ottenere un'adeguata somministrazione di nutrienti.

**SVEZZAMENTO DALLA NUTRIZIONE ENTERALE**

La nutrizione enterale (NE) con SNG, in particolare la gastrostomia percutanea endoscopica (PEG), è una modalità di nutrizione sicura, affidabile e tollerata dai pazienti.

Nonostante l'entusiasmo suscitato dall'aspetto poliedrico e dall'efficacia di tale metodica, la gestio-

ne della NE presenta comunque una serie di problematiche di rilevanza clinica:

- è una tecnica invasiva;
- comporta una modalità non fisiologica di alimentazione, in quanto nel corso di NE viene bypassato parte del tratto gastrointestinale implicato nella regolazione dell'appetito e del *food-intake*; gli alimenti inoltre sono somministrati in

- forma liquida e spesso in tempi diversi da quelli abituali. La sola fornitura di nutrienti tramite NE non soddisfa pienamente la sensazione di fame e non inibisce il *food-intake*;
- espone il paziente all'insorgenza di diverse complicanze in relazione alla tecnica utilizzata:
    - a) SNG: dislocazione, occlusione, decubiti, diarrea, vomito, aspirazione;
    - b) PEG: reflusso gastroesofageo con conseguente rischio di esofagite e/o aspirazione, gastriti o emorragie gastriche, infezioni dell'emergenza cutanea;
  - può essere mal tollerata durante la riabilitazione; infatti il *training* della deglutizione è meno efficace in presenza di SNG;
  - condiziona la qualità di vita;
  - influenza il setting di dimissione;
  - comporta una serie di costi.

Queste considerazioni impongono un'ottimizzazione dell'utilizzo della NE.

Lo svezamento dalla NE rappresenta un argomento di rilevante interesse nella gestione del paziente con stroke. Studi longitudinali osservazionali hanno valutato l'outcome dei pazienti con disfagia post-stroke sottoposti a NE e hanno mostrato una significativa percentuale di recupero, con ripresa della nutrizione orale sia nel breve sia nel lungo termine.

### Indicazioni allo svezamento

Il gruppo italiano di studio sulle patologie cerebrovascolari che si è occupato della revisione delle linee guida SPREAD 2003 (Stroke Prevention and Educational Awareness Diffusion) ha avuto un' apprezzabile accuratezza nell'affrontare il problema dello svezamento dalla NE in pazienti con disfagia post-stroke, redigendo le seguenti raccomandazioni:

#### RACCOMANDAZIONE 14.42 C GRADO D

È indicato valutare attentamente lo svezamento dalla nutrizione enterale nei soggetti con indici prognostici favorevoli ed eseguirlo con modalità standardizzata comprensiva di monitoraggio clinico, videofluoroscopico e/o endoscopico, eseguito da personale specializzato

#### RACCOMANDAZIONE 14.42 D GRADO D

È indicato garantire costantemente, in tutte le fasi dello svezamento dalla NE, un adeguato apporto calorico e idrico

Lo svezamento dalla NE può avvenire in qualsiasi momento del percorso riabilitativo. Il processo di recupero della disfagia post-stroke, infatti, pur se di dimensioni rilevanti nelle prime settimane (fino all'86% nei primi 14 giorni), ha un impatto significativo anche nel lungo termine.

Ecco perché:

*In tutta la fase preparatoria e di svezamento vero e proprio è indicata la prosecuzione dell'approccio riabilitativo con tecniche dirette e indirette in quanto la deglutizione ha una rappresentazione interemisferica bilaterale.*

*Dopo le prime settimane il recupero dalla disfagia post-stroke dipende dalla riorganizzazione compensatoria dell'emisfero non danneggiato: ecco la motivazione su cui basare un approccio riabilitativo alla disfagia ovvero la possibilità di inviare impulsi sensoriali alla corteccia.*

*Il feedback dalla periferia è importante per il posizionamento del bolo tra i denti e per prevenire lesioni della lingua durante la deglutizione.*

*L'applicabilità delle stimolazioni sensoriali, intese come tactile-thermal application ma anche come modificazione delle caratteristiche del bolo (sapore, viscosità, dimensione) nel modulare le fasi della deglutizione sono state recentemente rivalutate.*

#### Selezione dei pazienti eleggibili

Gli elementi da prendere in considerazione per la selezione del paziente sono:

- stabilità medica;
- stabilità nutrizionale;
- bilancio delle attività cognitive: per il passaggio all'alimentazione orale sono necessarie la capacità di apprendimento di nuovi pattern di deglutizione o di strategie di compenso e adeguate capacità di automonitoraggio;
- valutazione degli indicatori di recupero, considerando che indicatori negativi ai fini di un recu-

pero funzionale nel lungo termine sono severità dello stroke, afasia, lesioni a carico della corteccia frontale e insulare, lesioni corticali bilaterali; sul ruolo della presenza di uno stato lacunare e dell'età del paziente come fattori predittivi del recupero sussiste pieno accordo;

- bilancio clinico funzionale della disfagia e/o videofluoroscopia.

### Obiettivi della ri-alimentazione

Nel paziente affetto da disfagia il passaggio dalla nutrizione artificiale (enterale) a quella orale deve avvenire in modo graduale e personalizzato tenendo conto delle difficoltà del paziente stesso; di fronte a un paziente malnutrito la nutrizione artificiale affiancherà quella orale per evitare un peggioramento dello stato nutrizionale.

### Modalità

La fase di svezamento vera e propria prevede il passaggio dai cibi di stimolazione alla nutrizione orale (NO) fino allo svezamento definitivo dalla NE.

I cibi di stimolazione sono costituiti da alimenti di consistenza molle, somministrati inizialmente una volta al giorno, per poi passare a tre volte al giorno.

All'inizio dello svezamento la NE dovrebbe essere organizzata in modo da fornire solo il 75% delle richieste energetiche in modo da mantenere la sensazione di fame, ponendo attenzione che il paziente sia in grado di integrare il deficit calorico e di mantenere il peso.

L'elemento chiave per il completo passaggio alla NO è la capacità del paziente di raggiungere e mantenere un'adeguata idratazione, considerando che pazienti disfagici alimentati oralmente con integrazione di addensanti per i liquidi non raggiungono livelli ottimali di idratazione rispetto ai pazienti con NE e supplemento per via endovenosa di liquidi.

In relazione ai dati forniti dalla semeiotica clinica e dalle indagini strumentali, quando viene stabilito che il paziente affetto da disfagia può riprendere ad alimentarsi per via orale è fondamentale che ciò avvenga in modo progressivo con monitoraggio costante, attuando quindi un percorso personalizzato.

Durante il percorso di svezamento gradualmente l'alimentazione orale sostituirà quella enterale. Importante, in tale passaggio, è lo stato nutrizionale del paziente dal quale dipenderà la durata dell'associazione tra nutrizione artificiale e dieta orale.

### SINTESI 14-31(SPREAD 2003)

Il trattamento dietetico della disfagia prevede l'uso di alimenti e bevande a densità modificata, somministrati secondo quattro livelli progressivi: dieta pura, dieta tritata, dieta morbida e dieta normale modificata. La supplementazione con integratori dietetici è indicata nei casi in cui l'assunzione alimentare è inadeguata.

### Caratteristiche del bolo alimentare

La finalità della ri-alimentazione è quella di prevenire eventuali ristagni di alimenti nella cavità orale, nella faringe o nell'esofago e, soprattutto, di evitare possibili fenomeni ab ingestis.

A tale proposito, in relazione alle cause che hanno determinato la disfagia, assumono molta importanza le caratteristiche fisiche del bolo alimentare: la capacità di deformarsi per compressione o di allungarsi per trazione, la tendenza ad aderire alle superfici esterne, la propensione alla rottura in pezzi più piccoli.

La classificazione più completa dell'*American Dietetic Association* distingue 5 livelli che a loro volta si differenziano in 5 parametri prioritari: la consistenza, la coesività, la necessità di masticazione, il mantenimento di forma autonoma da parte del cibo e la possibilità di assumere liquidi. Questi parametri sono essenziali nella scelta della dieta da adottare a seconda delle difficoltà deglutitorie del paziente.

### Caratteristiche fisiche del bolo da considerare nel passaggio dalla NE alla NO

*Consistenza:* L'alimento può avere consistenza solida o liquida, con alcune gradazioni.

- Solida: gnocchi di patate molto conditi, pasta ben cotta e ben condita, uova sode, pesce (platessa, sogliola), verdure cotte non filamentose, banane, fragole, pesche molto mature. Va considera-

- to che alcuni alimenti, comunemente considerati solidi, sono di fatto liquidi per le caratteristiche che assumono appena giunti nel cavo orale (per esempio gelati, sorbetti ecc.).
- Semisolida: polenta morbida, creme di farine cereali, passati e frullati densi, omogeneizzati di carne e pesce, formaggi cremosi, budini, creme, mousse.
  - Semiliquida: gelati, granite, creme, passato di verdura, omogeneizzati di frutta, yogurt.
  - Liquida con scorie (succo di frutta, latte) e senza scorie (acqua, tè, tisane senza zucchero).

*Coesione:* Il bolo deve essere molto coeso, per mantenere la compattezza durante il transito faringo-esofageo.

*Omogeneità:* Il cibo deve essere costituito da particelle della stessa dimensione e consistenza.

*Scivolosità:* Il bolo non deve causare attrito sulle pareti delle prime vie digestive; utile in tal caso il ricorso a condimenti untuosi.

*Volume:* Variabile secondo il deficit. Per esempio, in caso di deficit di forza nella fase propulsiva il volume del bolo deve essere grande, mentre, in caso di deficit della peristalsi faringea, piccolo.

*Temperatura:* Nel proporre il cibo, preferire temperature più calde o fredde rispetto a quella corporea.

*Sapore:* Alcuni sapori, come lo speziato e l'agrodolce, stimolano la salivazione e la deglutizione.

*Appetibilità:* L'aspetto dei cibi deve essere invitante e curato anche nella presentazione, per stimolare il paziente all'assunzione del cibo.

**ATTENZIONE** nell'utilizzo di additivi per ottenere le consistenze richieste:

- Addensanti: aumentano la coesione degli alimenti e rendono dense le bevande (ad es., acqua e succhi di frutta); dovrebbero essere inodori e insapori per poter essere utilizzate in diversi alimenti, caldi o freddi, dolci o salati. Sono usati come addensanti sia prodotti presenti sul mercato per altri fini (amido di grano, fiocchi di patate disidratati, gelatina, budini ecc.) sia preparati indu-

striali ideati appositamente (amido modificato, polisaccaridi, maltodestrine)

- Diluenti: brodo vegetale o di carne, succhi di frutta, latte vaccino o di soia
- Lubrificanti: burro, maionese, margarina, olio d'oliva, besciamella

Nel paziente affetto da disfagia vanno evitati la pasta in brodo, il minestrone con verdure a pezzi, i legumi e qualsiasi altro cibo che presenti le due componenti (liquida e solida) nettamente separate e, pertanto, difficilmente gestibili contemporaneamente.

Nei pazienti con disfagia neuromotoria grave che non sono in grado di preparare il bolo alimentare nella cavità orale e/o presentano una fase della deglutizione compromessa (per esempio, ridotta capacità di masticazione, perdita della funzione della lingua e delle labbra, riflesso della deglutizione compromesso, ridotta peristalsi esofagea), è bene iniziare l'alimentazione con una dieta in cui gli alimenti abbiano una consistenza semisolida, densa e compatta (purea); il bolo alimentare deve essere coesivo, omogeneo, con superficie liscia e umida e deve mantenere la propria consistenza nella cavità orale.

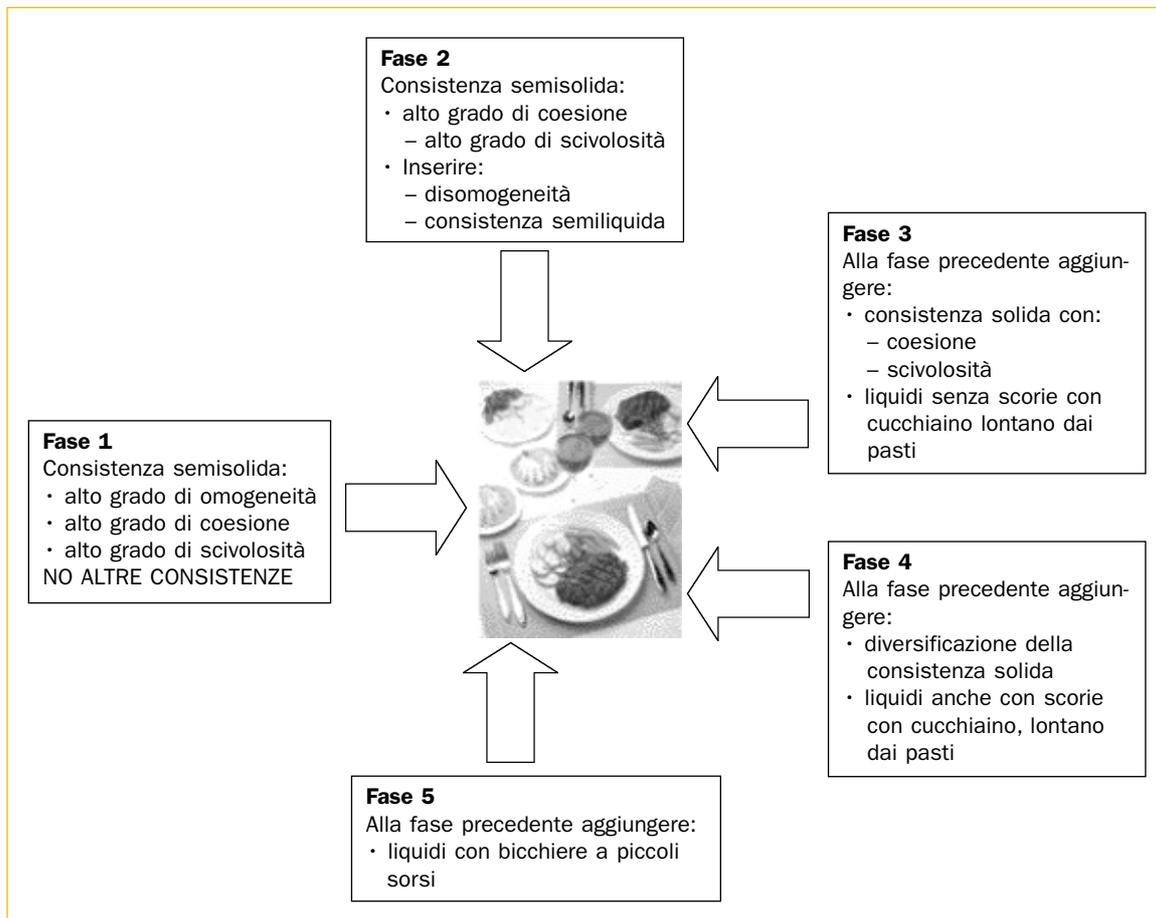
*Pericolosi e pertanto da evitare sono quei cibi che richiedono di essere masticati, che si sbriciolano (cracker, pane), che sono liquidi o che diventano liquidi nel cavo orale, quindi a doppia consistenza (zuppe di vegetali con crostini, latte e cereali), che non formano un bolo coesivo (carne tritata, riso, ecc.). Non sono permesse bevande fluide ma solo quelle con addensanti.*

Quando il paziente è in grado di seguire questa dieta senza problemi, è possibile aggiungere alcuni alimenti che richiedono un minimo di masticazione (aumentando in tal modo la varietà di sapori).

Ulteriore progresso (ma che nei pazienti con disfagia meno grave può rappresentare un punto di partenza) è la dieta morbida, in cui il bolo non è particolarmente coesivo.

Gli alimenti devono avere consistenza morbida ed essere tritati o tagliati in piccoli pezzi (vanno rimossi semi, buccia, parti fibrose); l'uso degli addensanti deve essere occasionale. Inoltre, l'assunzione dei liquidi dipende dalla tolleranza individuale.

Successivamente si passa a una dieta in cui gli alimenti sono sempre morbidi, ma i pezzi di maggiori dimensioni.



**Figura** Fasi di passaggio dalla NE alla NO

**Comportamenti facilitanti l'alimentazione del paziente disfagico (salvo diverse indicazioni)**

- Il paziente deve mangiare seduto con comodo appoggio degli avambracci.
- Mentre mangia non deve parlare.
- L'alimentazione deve procedere lentamente rispettando i tempi esecutivi e di attenzione del paziente.
- Il paziente a intervalli regolari deve controllare la presenza di residuo faringeo eseguendo colpi di tosse; la ripresa dell'alimentazione può avvenire soltanto dopo completa detersione.
- 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 consen-

tita, deve avvenire con l'ausilio del bicchiere, previa detersione da residui faringei, secondo le modalità sopra descritte.

- Quando il paziente ha finito, deve restare seduto per 20 minuti.
- Prestare attenzione in caso di aggiunta di addensanti agli alimenti. Procedere sempre gradualmente, evitando di aggiungere grandi quantità in una sola volta: alcuni agenti hanno un effetto addensante quasi istantaneo, altri possono avere un effetto graduale che dura vari minuti, nel qual caso il cibo rischia di diventare troppo denso.
- Per stimolare l'appetito il cibo deve avere un aspetto invitante. I pasti vanno preparati mescolando la carne e le verdure separatamente in modo da servire un piatto dai colori vivaci.