

residenze SANITARIE

CASE DI CURA CASE DI RIPOSO RSA

ALZHEIMER

I benefici
dell'arteterapia

TECNOLOGIA

La robotica al servizio
del recupero riabilitativo



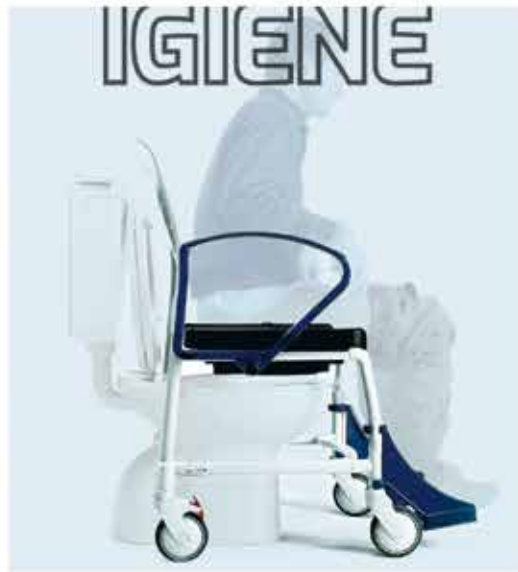
ALIMENTAZIONE E SALUTE

Il pasto
tra aspetti psicologici
e funzionali

TRASFERIMENTO



IGIENE



RIABILITAZIONE



CHINESPORT SPA

Via Croazia, 2 • 33100 Udine
Tel. 0432 621 621 • chinesport@chinesport.it



www.chinesport.it

Richiedi catalogo 2020

Le cadute
nell'anziano:
valutare
per prevenire

rs100strutture.it

RS100 STRUTTURE



2020

Udine
20 marzo

**Friuli
Venezia Giulia**

Trento
26 giugno

**Trentino
Alto Adige**

Ancona
23 ottobre

Marche

“Un unico fornitore in grado di fornire
le migliori soluzioni per soddisfare
al meglio ogni tipo
di esigenza”



SYS-DAT SANITA'

Soluzioni gestionali per la sanità

Case di Riposo, Centri Diurni, R.S.A., Fondazioni,
Assistenza Domiciliare, Poliambulatori, Case di Cura

www.sysdatsanita.it



SYS-DAT SANITA' srl - Saronno tel. 02.96718.1 - info@sysdatsanita.it



5 EDITORIALE

6 PRIMO PIANO

Tumori maschili:
la prevenzione
per gli over 60
Francesco Schittulli

10 ALIMENTAZIONE E SALUTE

Quando l'alimentazione
diventa difficile
Roberto Antenucci,
Lia Rusca

19 Recuperare il piacere
del pasto
Rosanna Margheriti

21 Alzheimer, un approccio
interprofessionale
Michela Bentivegna,
Silvia Zuccolin

25 Malnutrizione
e sarcopenia
Cristiano Capurso

30 L'APPUNTAMENTO
Casa Alberta,
RSSA e polo formativo
La Redazione

32 LA STRUTTURA
La presa in carico globale
del malato di Parkinson
Paolo Viana

36

ALZHEIMER

Arteterapia *contro* Alzheimer
Silvia Ragni,
Oliviero Rossi

40

TECNOLOGIA

Robotica e riabilitazione:
summit a Roma
IRCSS S. Raffaele Roma

43

Start-up italiane vincono
l'EIT Health Headstart
La Redazione

46

PET THERAPY

Pet e over 65,
"Una carezza
in una zampa"
Fondazione Don Gnocchi

49

TERAPIA OCCUPAZIONALE

La terapia occupazionale
stimola l'autonomia
Chiara Russo

52

FORMAZIONE

Favorire la formazione
continua
Antonio Di Lascio

62

VETRINA

Segreteria commerciale



le vostre esigenze sono il nostro obiettivo

- ✓ perfetta igiene
- ✓ rispetto della cute
- ✓ praticità d'uso
- ✓ sicurezza

BIODERM[®]
LINEA DERMATOLOGICA ISODERMICA



METODICA APPLICATIVA

approvata ogni giorno da oltre 250.000 cuti sensibili

CAMBIO NOTTURNO SERENO

SALVIETTE con total gen
SPECIFICHE PER IGIENE SENZA ACQUA
DI CUTI DELICATE - SENSIBILI - FRAGILI

pH AUTOEQUILIBRANTE
CLINICAMENTE TESTATE



40 pz.

SALVIETTE XXL
TESSUTO EXTRA SOFT

BIODERM[®]
MOUSSE
DERMOTERGENTE
con creatina e pantenolo

**INNOVATIVA
SCHIUMA DETERGENTE
DERMOPROTETTIVA**

PER LA DELICATA IGIENE
DI PELLI MOLTO SENSIBILI
E FACILMENTE IRRITABILI



AEROSOL NON INFIAMMABILE



IGIENE EFFICACE E PRATICA

da sempre vicino alla tua pelle

www.farmoderma.it

Privacy? Una questione di responsabilità

Maria Giulia Mazzoni
Direttore Responsabile



La tecnologia, lo abbiamo detto molte volte, rappresenta un prezioso alleato per la nostra salute, in modo particolare se ci riferiamo agli strumenti capaci di monitorare in tempo reale le nostre condizioni di salute. Questo vale soprattutto per i device adottati all'interno delle strutture sanitarie che ospitano pazienti anziani. Da anni, e in modo sempre più massivo, le Residenze Sanitarie adottano infatti sistemi tecnologicamente avanzati per migliorare la qualità dell'assistenza ai loro ospiti, la tempestività degli interventi e per agevolare il lavoro dei professionisti che vi operano. Ma in questo scenario, apparentemente privo di punti deboli, si annida una criticità: esistono dei rischi di privacy? E perché il dato sanitario è tanto appetibile per i male intenzionati? La risposta a queste domande non è univoca, ma per comprendere la portata del problema ci basterà pensare che questo tipo di dato è il più cercato (rubato e venduto) dai cosiddetti 'cybercriminali'. Serve per profilare, a loro insaputa, una grandissima quantità di persone. Un business che, i numeri lo dimostrano, vale molti soldi. Se è vero infatti che per usufruire degli straordinari vantaggi offerti dalla tecnologia di monitoraggio questa deve avere accesso ai nostri parametri biometrici, e lo accettiamo di buon grado, siamo purtroppo poco attenti nell'assicurarci che questi dati ('sensibili' per giurisprudenza e per definizione) siano al sicuro da occhi indiscreti. A porsi il problema sono invece, per nostra fortuna, gli esperti di sicurezza informatica, i quali assicurano che i device wearable in campo medico saranno il vero 'game changer' della vita quotidiana nel prossimo futuro: "Il dato sanitario deve essere protetto sia nell'accesso, che nell'autorizzazione, che nel trattamento in diversi momenti e quindi al giorno d'oggi in diversi luoghi, fisici o virtuali che siano", assicura l'esperto Alberto Zannol. "Il dato deve essere protetto quando viene creato, quando viene salvato, quando viene usato e/o modificato". Diventa dunque indispensabile rivedere il modello di sicurezza di questi dispositivi, salvaguardando ogni fase del ciclo di vita del dato (dall'acquisizione all'archiviazione). Un passaggio sempre più indispensabile per chiunque si avvalga di questo tipo di tecnologia e un compito che diverrà addirittura cruciale per tutte le strutture sanitarie tenute a garantire, a 360 gradi, i propri ospiti. Dovremmo tutti, questo il messaggio che deve passare, maturare una maggiore consapevolezza nell'utilizzo della tecnologia abbandonando la, certamente radicata, convinzione che le questioni di privacy riguardino solo i cosiddetti fanatici del computer.

Buona lettura.

Quando l'alimentazione diventa difficile



Roberto Antenucci
Responsabile Medicina Riabilitativa
Intensiva Ospedale di Castelsangiovanni
AUSL Piacenza
A nome della Sezione SIMFER Disfagia



Lia Rusca
Direttore SC Medicina Riabilitativa
ASL BI Biella
A nome della Sezione SIMFER Disfagia

Alimentarsi è un atto essenziale per la sopravvivenza. Ma nell'evoluzione della specie umana il cibo è diventato molto più che un'esigenza fisica in quanto coinvolge anche la sfera sociale, affettiva e del piacere. È importante e gratificante mangiare ciò che più fa piacere dedicando al cibo attenzione, cura e tempo.

"...in quel che mangiamo è racchiuso un desiderio, qualcosa di bello e di buono che ci portiamo dietro e ricordiamo nel tempo. Per questo il diritto al cibo dovrebbe essere costituzionale e il diritto alla buona cucina universale. La creatività può aiutare a dare un senso a certe cose che si fanno per gli altri. È così che la medicina diventa speranza e quello del medico può essere il mestiere più bello del mondo. Perché cerca di restituire una normalità a chi l'ha perduta, con la tecnica, le terapie, l'ascolto, la comprensione. Poi ci vogliono anche affetto e solidarietà".
[G.G. Schiavi]

A tutte le età è tuttavia indispensabile ali-

mentarsi e idratarsi in sicurezza, in quantità sufficiente per consentire la vita e il funzionamento del metabolismo tessutale e corporeo, ma va conservato il più possibile il piacere legato alla soddisfazione di questi bisogni.

Con l'età che avanza ci possono essere molte condizioni che rendono difficile alimentarsi. Proprio perché alimentarsi è un atto volontario occorre che ci sia la motivazione e la capacità di riconoscerlo come un atto essenziale al benessere. Quando queste condizioni mancano si entra nella sfera psico-emotiva con i quadri di disturbo del comportamento alimentare (anoressia, iporessia, bulimia...).

Il soggetto che non mangia

Le cause di una ridotta alimentazione sono varie:

- stato di coma o di ridotta vigilanza;
- incapacità di portarsi il cibo alla bocca;
- patologie organiche (ad esempio gastroenterologiche, neoplastiche ecc.);

Mangiare non è semplicemente un'esigenza fisica, ma un'azione che coinvolge la sfera sociale e psicologica di ciascuno di noi. Sappiamo bene però che con l'avanzare dell'età possono presentarsi condizioni che rendono difficile alimentarsi. Grazie agli esperti della SIMFER prendiamo quindi in esame uno dei disturbi più critici: la disfagia. Come è opportuno affrontarla?

- farmaci (steroidi, oppioidi, neurolettici...);
- patologie psichiatriche;
- depressione;
- cibi non graditi;
- disfagia (non trattata);
- varie (ad esempio ascessi faringei, problemi odontoiatrici ecc.).

Nel nostro articolo focalizziamo l'attenzione sulle difficoltà ad alimentarsi secondarie a quell'insieme di condizioni che portano a un disturbo di preparazione del bolo e di deglutizione, accennando anche alle difficoltà del transito del bolo dal cavo orale allo stomaco.

La deglutizione e la disfagia



È l'atto finemente coordinato volto a convogliare le sostanze dal piatto allo stomaco: è essenziale per

fornire un adeguato apporto nutrizionale, per saziare la sete e per provare il piacere dello stare insieme agli altri mangiando (la parola convivio deriva da "cumvivere", ovvero vivere insieme).

Per disfagia si intende la difficoltà o l'impossibilità di masticare il cibo, preparare il bolo e deglutirlo, garantendo il corretto percorso dalla bocca verso lo stomaco. Vi sono molte condizioni che compromettono l'adeguata preparazione del cibo in cavo orale, la sua propulsione verso la faringe, la progressione verso l'esofago evitando l'inalazione del cibo nelle vie aeree. Nell'anziano il rallentamento dell'esecuzione motoria, la sua minore coordinazione, unitamente a varie comorbidità, causali o compartecipi, rendono più frequente la difficoltà a deglutire, configurando anche un quadro tipico, definito da alcuni autori *presbifagia*.

È evidente quindi che la disfagia è un sintomo, non una patologia a sé stante, che si presenta in un soggetto con un proprio substrato fisiopatologico e psicoemotivo. Se la disfagia è un sintomo va ricordato che essa può cambiare nel tempo, sia in senso migliorativo (ad esempio quando si stabilizzano condizioni cliniche instabili o riacutizzate) sia in senso peggiorativo (con le progressioni di

malattia o di disabilità).

La presa in carico della disfagia, quindi, va sempre considerata nel contesto della disabilità e delle patologie del paziente.

Le dimensioni del problema

È difficile quantificare con esattezza la prevalenza e ancor più l'incidenza della disfagia nella popolazione.

Può essere considerato un disturbo molto frequente nell'ambito delle patologie dell'adulto (pur presentandosi anche nel bambino, di cui ricordiamo ad esempio nel 40% delle paralisi cerebrali infantili).

In particolare è riscontrabile nel:

- 20-80% delle persone colpite da ictus (soprattutto nelle prime ore o nelle prime settimane, con una buona percentuale di risoluzione nella fase di recupero);
- 50-90% nei soggetti affetti da malattia di Parkinson e parkinsonismi, in particolare nelle fasi avanzate di malattia;
- 40-70% con esiti di trauma cranico;
- 40-50% dei pazienti con sclerosi multipla;
- 80-100% con sclerosi laterale amiotrofica con presentazione precoce nelle forme bulbari comunemente presente dopo chirurgia maggiore del distretto faringo-laringeo;
- 93-100% dei casi sottoposti a radioterapia nella regione della testa e del collo;
- in un considerevole numero di pazienti con disturbi cognitivi e/o comportamentali (ad esempio nell'Alzheimer), compresi quelli in ambito psichiatrico;
- 45% delle persone oltre i 75 anni;
- 50-60% degli anziani istituzionalizzati.

È interessante il dato riportato nel VI Congresso Europeo della deglutizione tenutosi ad Ancona nel 2017 che evidenzia come nelle RSA il numero medio di farmaci assunti al giorno è pari a 8, con picchi di 19 e l'87% degli anziani che risiedono nelle Residenze Sanitarie Assistite assumono da 1 a 4 farmaci al giorno che potenzialmente provocano disfagia.

La compresenza di più fattori (ad esempio una malattia neurodegenerativa, la farmacoterapia e l'età) aumenta la probabilità di presenza di un disturbo della deglutizione.

L'alimentazione e i cinque sensi

I cinque sensi svolgono un ruolo importante nell'alimentazione.

La *vista* condiziona anche gli altri; stimoli neutri che non evocano ricordi non interessano e non creano atteggiamenti esplorativi: l'aspetto del cibo (forma, colore, presentazione) condiziona l'attenzione del paziente disfagico.

L'*olfatto* percepisce con l'inspirazione l'aroma durante l'assunzione di un alimento.

Il *tatto* analizza le stimolazioni termiche e meccaniche su cute e mucose, in particolare orali e intraorali: determina il numero di masticazioni e favorisce atteggiamenti di protezione, come con elementi duri (frammento di gusci) o se il cibo è troppo freddo o troppo caldo.

L'*udito* è utilizzato per prodotti confezionati tipo i biscotti per giudicarne freschezza e croccantezza.

Il *gusto* analizza il cibo introdotto in bocca e genera un'informazione che, portata a livello cerebrale, viene analizzata e confrontata con le immagini in memoria provocando una risposta immediata come l'aumento della salivazione.



La disfagia: dalla deglutizione fisiologica al disturbo

La deglutizione è quindi il meccanismo che consente la propulsione del cibo, solido, liquido, gassoso o misto, dal cavo orale allo stomaco. In realtà, ogni soggetto deglutisce anche saliva, secrezioni catarrali, reflussi, rigurgiti...

La deglutizione è un processo molto complesso derivante dall'azione finemente coordinata di vari muscoli e nervi della cavità ora-

le, dell'orofaringe e dell'esofago, i quali sono sottoposti al controllo di diversi centri nervosi localizzati a livello corticale, talamico, tronco-encefalico e cerebellare.

I diversi autori propongono diverse fasi della deglutizione. La classificazione di O.Schindler appare quella che meglio considera tutti i fattori che entrano in gioco.

1. La fase anticipatoria. Serve a preparare le strutture deglutitorie e digestive e comprende la scelta e la presentazione del cibo. È la fase in cui assumono grande importanza vista, olfatto ricordi/esperienze, fattori culturali. Dal punto di vista sanitario è la fase in cui vanno considerate, per ogni paziente, le intolleranze e le allergie alimentari, i cibi controindicati o interferenti ad esempio con la terapia farmacologica, le diete in corso.
2. La fase 0, ovvero la fase della preparazione extraorale del cibo. È la fase della cottura, frantumazione, conservazione, associazione di sostanze e così via, che rendono il cibo adatto al soggetto. Il compito del caregiver è quindi quello di scegliere e utilizzare la procedura adatta alla preparazione laddove necessaria (ad esempio premasticazione, frullazione, omogeneizzazione, uso di salse).
3. Fase 1: fase buccale o preparazione intraorale del cibo. Comprende l'ingestione, il trasferimento e la masticazione, con formazione del bolo. Questa fase viene compromessa in patologie neurologiche, esiti di chirurgia demolitiva otorinolaringoiatrica, nella demenza (ad esempio, nei soggetti che non masticano), e in altre situazioni che comportino un deficit masticazione, o un disturbo di salivazione.
4. Fase 2: fase orale. Comprende il movimento posteriore del bolo grazie alla spinta linguale, innesco del riflesso deglutitorio. È l'ultimo atto sotto il controllo volontario. Questa fase viene compromessa, come la precedente, in patologie neurologiche, otorinolaringoiatriche e nelle demenze. Fattori importanti per la fase 1 e la fase 2, che sono sotto il controllo volontario, sono quindi la presenza dei denti/dentiera, la mobi-

- lità linguale, la qualità e quantità della salivazione, la competenza cognitiva.
5. Fase 3: fase faringea. Il bolo transita dallo sfintere palato-glosso allo sfintere esofageo superiore. In meno di un secondo si ha l'elevazione palato molle e la separazione dell'ipofaringe dal rinofaringe, l'inizio della peristalsi faringea, l'abbassamento epiglottide e la contemporanea chiusura delle corde vocali che proteggono l'imbocco della trachea, l'innalzamento della laringe e l'apertura dello sfintere esofageo superiore. Questa velocissima fase, automatica, prevede quindi meccanismi motori veloci, ben coordinati e tempestivi ed è compromessa in patologie neurologiche e otorinolaringoiatriche, ma anche nell'anziano senza patologie altrimenti specifiche, dove il rallentamento esecutivo e la ridotta coordinazione non consentono l'adeguato funzionamento della deglutizione.
 6. Il principale meccanismo di difesa delle vie aeree, è rappresentato dalla tosse: se la tosse riflessa è inefficace o assente, l'ab ingestis, ovvero il passaggio del cibo nelle vie aeree è decisamente più probabile.
 7. Fase 4: fase esofagea. Comprende il transito del bolo il esofago. Può essere compromessa dalla presenza di diverticoli di Zencker, da alterazioni della

peristalsi o del calibro esofageo da varia causa e dall'ipertono dello sfintere esofageo superiore, di norma esito di stroke del tronco cerebrale (sindrome di Wallenberg). La pertinenza è gastroenterologica.

8. Fase 5: fase gastrica. Comprende l'arrivo e la digestione del bolo nello stomaco. La pertinenza è gastroenterologica.

Le conseguenze della disfagia

Se alimentarsi è un atto necessario alla vita, è evidente che la patologia della deglutizione compromette innanzitutto la sopravvivenza. I meccanismi in realtà sono più complessi rispetto a una semplice riduzione degli introiti. La disfagia riconosce il suo semaforo rosso nel passaggio di bolo, di qualsiasi consistenza, nelle vie aeree (inalazione). Questo può tradursi in soffocamento, oppure polmonite ab ingestis e/o in broncopneumopatie croniche. Le complicanze respiratorie rappresentano la principale causa di morte. Secondo alcuni autori ogni anno circa 10.000 anziani muoiono per soffocamento da cibo o per complicanze respiratorie conseguenti alla disfagia.

È intuitivo che se alimentarsi diventa difficile, il soggetto si alimenta di meno, con scelte selettive di cibi che lo portano a deficit nutrizionali, con impatto negativo sul recupero di un eventuale fatto acuto, sul benessere generale



Figura 1: il cibo penetra nelle vie aeree (Cerro P. et al.)

Dall'AUSL di Piacenza ricette stellate contro la disfagia



Creare piatti "normali" semplicemente modificando le consistenze affinché una persona disfagica possa mangiare con gusto e in sicurezza è stata una sfida che si è tradotta in una duplice esperienza da parte del Gruppo Disfagia dell'AUSL di Piacenza: la realizzazione di un libro di ricette insieme agli chef stellati locali e di un ricettario attraverso un contest nazionale. "Soffice cucina: ricette d'autore per... diversamente buongustai" (GL Editore): un libro di ricette che coniuga alimentazione e salute potrebbe risultare quasi scontato, considerata l'importanza del cibo all'interno di un corretto stile di vita.

Ma qui l'idea è più profonda e la novità più significativa: si parla di alimenti comuni che, opportunamente modificati e senza perdere le peculiarità del sapore, del gusto e del colore che li contraddistinguono, esaltano un piacere della vita a cui nessuno può rinunciare, anche chi, a causa di una malattia o un trauma, ha perduto la capacità di deglutire in modo corretto.

L'obiettivo è prendersi cura del paziente, garantendogli la possibilità di vivere la sua diversità in modo naturale e permettendogli di recuperare una vita sociale

che sembrava perduta, anche attraverso il gusto di tornare a mangiare insieme riscoprendo uno dei piaceri fondamentali, sottolineano gli sforzi di un sistema sanitario a misura di paziente.

La sanità è quindi tra la gente e con la gente. Questo volume racconta come si può curare "oltre" le medicine per riappropriarsi di uno dei momenti più preziosi e gratificanti della giornata, riconquistando la voglia di tornare a vivere.

Il libro è reperibile su Amazon o scrivendo a: amministrazione@grafichelama.com



in un esito di malnutrizione che impatta negativamente sui sistemi immunitario, scheletrico, cardiovascolare e cutaneo.

Non va dimenticato l'impatto sociale, sia per il soggetto disfagico che per i familiari/caregivers: il pasto si trasforma da momento piacevole a momento di stress, con frequente cambiamento delle dinamiche comunicative durante il pasto, da positive a direttive come "tieni giù la testa, manda giù, ...".

L'esito finale è inevitabilmente la riduzione della socialità del pasto e se il soggetto lo ottiene, il pasto in camera.

La valutazione clinica

Nella pratica clinica lo screening può essere eseguito da personale opportunamente

addestrato (ad esempio dal personale infermieristico) per identificare i pazienti che dovranno essere sottoposti a una presa in carico specialistica, che inevitabilmente deve coinvolgere medici esperti e logopedisti esperti.

L'anamnesi con la descrizione del disturbo è fondamentale: la difficoltà a deglutire i liquidi è la più frequente e tipica delle alterazioni della fase faringea, la difficoltà con i solidi, il senso di oppressione presternale è più suggestiva di patologie esofagee.

Lo screening comprende il test del sorso d'acqua, a cucchiaio e a bicchiere.

I prerequisiti per lo screening sono la presenza di un soggetto vigile, posturato seduto, possibilmente in sedia o poltrona, in condizioni cliniche stabili e con stabilità respirato-

ria, collaborante almeno per automatismi.

I segni sospetti per disfagia sono la comparsa di tosse all'ingestione del bolo o poco dopo, soprattutto se non efficace, la voce gorgogliante dopo la deglutizione, il raclage, il soffocamento. Altri segni sospetti la persistenza in bocca di residui alimentari non gestiti, le polmoniti frequenti, la mancata deglutizione con persistenza del cibo e saliva in bocca, presenza di scialorrea e, ancora, se il soggetto ha difficoltà a chiudere la bocca.

Vanno valutati i tempi di innesco della deglutizione, in quanto tempi superiori ai 12-15 secondi di bolo non deglutito sono rischiosi per aspirazione/inalazione al di fuori dagli atti deglutitori. Quando vi sono segni sospetti di disfagia allo screening, il soggetto va indirizzato a personale specializzato per un corretto inquadramento clinico e strumentale e per le indicazioni specifiche. Va ricordato che ci sono condizioni di disfagia più complesse, ad esempio in presenza di cannula tracheostomica, o i soggetti con aspirazione silente che vanno valutate da un team specialistico multiprofessionale. Questo comprende fisiatra, foniatra, otorinolaringoiatra, dietologo, logopedista, fisioterapista, dietista che affiancano l'infermiere e il medico di medicina generale. La disparità territoriale della disponibilità delle figure specialistiche non toglie l'importanza del lavoro di équipe.

I provvedimenti

Nel soggetto anziano presbifagico la disfagia va trattata correttamente per prevenire polmoniti ab ingestis e malnutrizione con disidratazione.

I provvedimenti si possono riassumere in:

- scelta di posture corrette (soggetto seduto con capo semiflesso);
- scelta di consistenze facilitanti (semisolida omogenea, morbida, semiliquida in alcuni casi, con liquidi addensati in presenza di disfagia per liquidi);
- utilizzo di eventuali ausili (ad esempio bicchiere a incavo);
- abolizione delle consistenze miste (solidi e liquidi insieme, ad esempio minestrine, frutta tipo mandarini o anguria ecc.);
- abolizione dei cibi che producono fram-

menti poco gestibili e non formano bolo coeso (ad esempio frutta secca, riso, legumi...);

- abolizione di cibi filacciosi (ad esempio spinaci);
- adozione di olio, salse e similari per favorire la scivolosità dei boli;
- adozione di corretti comportamenti (assenza di distrazioni come radio e TV, non parlare, non piangere e non ridere mentre si mangia).



Buone prassi

- Far procedere lentamente, con piccole quantità alla volta e solo dopo che il boccone precedente è stato deglutito.
- Non far parlare il paziente durante il pasto, se non dopo aver fatto detergere la gola con qualche colpo di tosse e dopo aver fatto deglutire a vuoto.
- È sconsigliato far bere il paziente durante i pasti.
- Se il paziente può assumere liquidi, prima di farlo bere, accertarsi che in bocca non siano presenti residui di cibo.
- Si raccomanda di consumare il pasto in un ambiente confortevole e privo di distrazioni.
- Dopo il pasto, accurata igiene orale (anche la saliva può essere

Lo screening può essere eseguito da personale opportunamente addestrato (ad esempio dal personale infermieristico) per identificare i pazienti che dovranno essere sottoposti a una presa in carico specialistica, che inevitabilmente deve coinvolgere medici esperti e logopedisti



Il concorso

L'interesse scaturito dal libro ha poi motivato il Gruppo alla creazione di un concorso di ricette a consistenza modificata su scala nazionale: la diffusione è stata capillare e supportata dai vari media (stampa, TV) social, e web (siti istituzionali, blog) con l'obiettivo di raggiungere e creare la massima diffusione nella cittadinanza sul tema della disfagia e delle corrette modalità alimentari.

Le consistenze ammesse erano: semiliquida, semisolida e solida morbida. Ogni concorrente doveva inviare la propria ricetta via mail all'U.O. Comunicazione e Marketing e pubblicarla sul proprio profilo Facebook o Instagram aggiungendo #ricettasoffice.

Gli utenti raggiunti sono stati circa 30 mila di cui 8.500 hanno premiato la pagina Facebook del contest con *likes*.

La pubblicazione di una videoricetta registrata dalla foodblogger G. Golino e la partecipazione del famoso chef A. Cannavacciuolo hanno ampliato ulteriormente il pubblico.

Le ricette pervenute sono state 75. È stata predisposta una giuria composta, da una logopedista e dalla nutrizionista, membri del Gruppo Disfagia, per l'ambito sanitario, dal direttore generale dell'AUSL di Piacenza, per l'ambito istituzionale, dagli chef e dai rappresentanti dell'Accademia della Cucina Piacentina, per l'ambito enogastronomico

che ha selezionato 10 ricette utilizzando questi parametri: aderenza ai criteri della consistenza e di omogeneità del cibo, potere nutrizionale, impatto visivo e creativo della ricetta e difficoltà di preparazione.

Gli utenti che hanno visualizzato la gara sulla pagina Facebook dell'AUSL di Piacenza sono stati 12 mila. La graduatoria finale è stata realizzata da 2.500 persone mediante *like*.

L'evento conclusivo ha visto ancora coinvolti gli Chef e l'Accademia della Cucina nella preparazione di una cena con le ricette vincitrici.

Mangiare è molto più che un'esigenza fisica: è emozione, nasce dall'esperienza multisensoriale e dai ricordi che il cibo evoca, è gusto dello stare insieme.

Cucinare è un atto d'amore e il cibo elaborato e modificato per chi ha difficoltà a deglutirlo è parte integrante della terapia e della cura.

Il Gruppo Disfagia AUSL di Piacenza ha voluto dimostrare come si possa creare cultura sul tema avvalendosi di format diversi rispetto a quello sanitario e usufruendo di social, web e media.

Il traguardo successivo?

Realizzare una guida certificando i ristoranti italiani (e gli autogrill) che propongano menù per disfagici: una vera e intrigante sfida!

- inalata e la saliva sporca inalata è causa di polmoniti ab ingestis).
- Dopo il pasto, il paziente deve restare 10-30 minuti seduto.
- La somministrazione dei farmaci deve essere proposta con alimento semisolido e il farmaco va tritato o polverizzato solo se la sua formulazione lo consente (scheda tecnica). La somministrazione di compresse con acqua è una consistenza mista pericolosa per i soggetti disfagici.
- Il vomito non è un segno di disfagia, ma è pericoloso perché può essere inalato,

in particolare nel soggetto disfagico.

Alimentare un soggetto disfagico

Alimentare significa quindi fornire un adeguato apporto calorico e proteico, facilitando l'assunzione degli alimenti da parte del paziente. L'apporto calorico può essere incrementato aumentando la quantità di alimenti consumati nell'arco della giornata, frazionando l'alimentazione mediante l'introduzione di due o tre spuntini oltre i pasti principali, incrementando l'uso di condimenti, formaggio cremoso o grattugiato, uova intere o tuorli, zucchero, miele, marmellata, gelati.

L'apporto proteico può essere incrementato, ad esempio, aggiungendo carne, pesce o prosciutto tritato o frullato, formaggio o uova, utilizzando il latte come bibita o sostituto dell'acqua, come base per frappè e frullati, e per cucinare semolini o creme di cereali.

È indispensabile dare appetibilità agli alimenti, e possedere varietà delle preparazioni.

Questo perché come si è detto, i cinque sensi sono integranti il momento alimentare dalla cura della preparazione del tavolo all'appetibilità dei cibi a consistenza modificata.

Si può infatti essere disfagici senza rinunciare al gusto e al piacere del cibo con i suoi colori, i suoi gusti e i suoi sapori recuperando un momento prezioso e irrinunciabile di convivialità. La fretta, l'inesperienza e lo stile di vita "fast food" si concentrano solo sull'aspetto nutritivo del cibo, costringendo il paziente disfagico a ridurre l'interesse alimentare: il piacere dell'alimentazione è fondamentale e per questo i cibi di consistenza modificata dovrebbero essere presentati con cura e resi appetitosi, in qualunque setting il paziente viva. ●

Bibliografia essenziale

1. O. Schindler, G. Ruoppolo, A. Schindler. Deglutologia, Omega ed. 2011
2. R. Antenucci et al., Diversamente buon-gustai. Quando deglutire non è più così facile, *Giornale Italiano Medicina Riabilitativa*, vol. 31 n. 2 giugno 2017; 140-143
3. Federazione Logopedisti Italiani, Linee guida per la gestione del paziente disfagico adulto in *Foniatría e Logopedia*, 2007

PER IL TUO AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE

ABBONAMENTO
2020

SCONTO
30%

offerta valida fino al
31/03/2020

residenzesanitarienews.it
edisef.it



ADERISCI ALL'INIZIATIVA!

invia il presente coupon compilato a abbonamenti@edisef.it
oppure mezzo fax al numero 06 6626717

ABBONAMENTO ANNUALE ALLA RIVISTA
Residenze Sanitarie (6 numeri)

formato cartaceo ~~€ 48,00~~ **€ 33,00** formato digitale ~~€ 38,00~~ **€ 26,00**

nome e cognome

ente/azienda

indirizzo

prov

cap

città

tel

e-mail

codice fiscale/partita IVA

PAGAMENTO

Bonifico Bancario:
Banca Popolare di Sondrio Ag. 34 Via Gregorio VII, 348 - 00165 Roma
Codice IBAN IT25 P056 9603 2340 0000 2599 X40

Pagamento PayPal
o carta di credito



Autorizzazione Privacy

Autorizzo l'utilizzo dei dati personali secondo le leggi in vigore sulla privacy - Informativa ai sensi del GDPR UE n. 2016/679.
Informativa pubblicata su www.edisef.it/privacy

firma

COMITATO CONSULTIVO

Fulvio Basili, direttore generale del Gruppo Ecosafety - consulente tecnico dell'INAIL

Nevio Boscarol, responsabile economico Servizi e Gestionale UESG - ARIS

Maria Bosco, medico geriatra, Asl RmE

Gabriella Casu, membro Consiglio Direttivo AITO

Gilberto Cheri, referente nazionale GIS (gruppo di interesse specialistico) fisioterapia geriatria

Francesco Della Gatta, past president Associazione Italiana Terapisti Occupazionali - AITO

Simonetta Del Signore, membro Consiglio Direttivo AITO

Michele Senatore, presidente AITO

Giovanni Sallemi, direttore generale Villa Bianca

Mauro Tavarnelli, presidente AIFI

INDICE INSERZIONISTI

CHINESPORT	Il cop.
COREMEC	p. 9
EXPOSANITÀ	p. 35
FARMODERM	p. 4
FATER	III cop.
LIFE	p. 29
SOFTWAREUNO INS	IV cop.
SYS-DAT SANITÀ	p. 2
ABBONAMENTI	p. 51

La collaborazione è sempre gradita, ma deve rispettare alcune caratteristiche tecniche. Articoli – I testi devono essere originali, liberi da diritti d'autore verso terzi e non sottoposti ad altre pubblicazioni. La decisione sull'eventuale pubblicazione è ad esclusiva discrezione della Redazione. I testi devono pervenire in formato elettronico in qualsiasi forma di Word Processing e non devono superare le 15.000 battute (spazi inclusi). Grafici, loghi e immagini a corredo devono pervenire in redazione in f.to jpg, tiff, pdf o eps con risoluzione minima di 300 dpi.

Testi e immagini devono essere inviati a:
redazione@edisef.it
oppure visti in originale a:
EDISEF - Piazza Pio XI, 62 - 00165 ROMA



residenze SANITARIE

Residenze Sanitarie - Anno V
N. 27 - Gennaio/Febbraio 2020

Direttore Responsabile
Maria Giulia Mazzoni

Grafica e impaginazione
Giulia Pissagroia

Redazione
Antonella Padularosa, Oriana Mazzini

Collaboratori
Alberto Blasi, Patrizia Grassini

Commerciale
Massimiliano Genna

Gestione e servizi
Marco Bompiani

ISSN – 2611-8327
ROC – Registro Operatori di Comunicazione n. 17883 – Pubblicazione bimestrale – Registrazione Tribunale N. 37-2015 del 03/03/2015

Edisef Roma
Poste Italiane S.p.A.
Spedizione in abbonamento postale 70%
Roma Aut C/RM/09/2016
Euro 10,00

Abbonamento annuale
Euro 48,00 - cartaceo
Euro 32,00 - digitale

BONIFICO BANCARIO
Banca Popolare di Sondrio Ag. 34
Via Gregorio VII, 348 - 00165 ROMA
IBAN: IT25 P056 9603 2340 0000 2599 X40

Siti Internet
www.edisef.it
www.residenzesanitarienews.it

Sede legale
Corso della Repubblica, 205
04012 Cisterna di Latina (LT)

Redazione e abbonamenti
Piazza Pio XI, 62 - 00165 Roma
Tel 06 66013885
Fax 06 6626717
Abbonamenti 06 61774006
Redazione: redazione@edisef.it
Abbonamenti: abbonamenti@edisef.it

Finito di stampare nel mese di
Gennaio 2020 presso:
Rotoform srl
Via dei Tamarindi, 14
00134 Roma (RM)

PER COLLABORARE



LINES SPECIALIST

Prodotti assorbenti per incontinenza

100% TRASPIRANTE
SULLA PELLE



LOZIONE LENITIVA



CARTELLA UTENTE 4.0

IL DIGITALE AL SERVIZIO DELLA PERSONA



softwareuno

L'informatica nel sociale

ZUCCHETTI GROUP



Softwareuno INS s.r.l.

via Mussolini, 10 35010 Borgoricco (PD)
info@softwareuno.it | +39 049 933 63 60

   softwareuno.it

Cartella Utente 4.0 è la piattaforma software per la gestione dell'utente e del suo percorso di cura. Un workspace digitale che facilita la comunicazione in equipe, garantendo sicurezza e protezione dei dati. Richiedi una demo: www.softwareuno.it