



Università degli Studi di Padova
Dipartimento di Medicina Molecolare

*Corso di Laurea Magistrale in
Scienze Riabilitative delle Professioni Sanitarie*
Presidente: Ch.mo Prof. Daniele Rodriguez

TESI DI LAUREA

**LA GESTIONE DEL RISCHIO DISFAGIA NELLE STRUTTURE RESIDENZIALI
PER ANZIANI: UN ESEMPIO DI APPLICAZIONE**

(Risk management for dysphagia in nursing homes: an example of how to put it into
practice)

RELATORE: Dott. Luca Visentin
Correlatore: Dott.ssa Monica Fratta

LAUREANDO: Dott. Andrea Salvatori

Anno Accademico 2015/2016

Indice

Riassunto	1
Summary.....	2
Introduzione.....	3
Capitolo 1 – Cenni teorici.....	5
1.1 La disfagia	5
1.2 La presbifagia	6
1.3 Complicanze	8
1.4 Trattamento.....	9
Capitolo 2 – Il contesto di riferimento.....	11
2.1 Il Centro Servizi per anziani di Belluno	11
2.2 Servizi a sostegno della residenzialità di Ser.S.A.	11
2.3 Accreditamento e standard di personale	12
Capitolo 3 – Ricerca sul campo	14
3.1 Situazione problematica	14
3.2 Obiettivi della ricerca	14
3.3 Materiali e metodi della ricerca sul campo.....	15
3.4 Risultati.....	16
Capitolo 4 – Organizzazione interna di Ser.S.A.....	24
4.1 Organigramma – ramo socio-sanitario	24
4.2 Presa in carico.....	25
4.3 Colloquio di restituzione a 15 giorni	25
4.4 Piano Assistenziale Individualizzato (PAI).....	25
4.5 Unità Operativa Interna (UOI)	26
4.6 Riunione di équipe.....	26
4.7 Protocollo disfagia attuale	27
Capitolo 5 – Analisi organizzativa	30
5.1 Eventi sentinella	30
5.2 Obiettivi e strumenti dell’analisi organizzativa.....	30
5.3 L’identificazione delle cause	31

5.4 I criteri di scelta	34
5.5 Individuazione delle aree progettuali	35
Capitolo 6 – Azioni di miglioramento	37
6.1 La scelta degli interventi.....	37
6.2 Formazione rivolta agli OSS	38
6.3 Formazione rivolta ai volontari	38
6.4 Introduzione di un indice di rischio per la disfagia	39
6.5 Opuscolo informativo per i familiari	41
6.6 La nuova gestione dell'utente disfagico	42
6.7 Verifica dell'efficacia delle azioni di miglioramento.....	46
Conclusioni.....	47
Bibliografia.....	49
Allegato 1	51
Allegato 2	54
Allegato 3	56
Allegato 4	58

Riassunto

Con il termine **disfagia** si indica un'alterazione del fisiologico processo di deglutizione, che rende difficoltoso il corretto transito del bolo nelle vie digestive superiori. La disfagia è una condizione piuttosto frequente: colpisce più del 30% dei soggetti con esiti di ictus, tra il 60-80% di pazienti con malattie neurodegenerative e fino al 13% degli adulti con più di 65 anni. Esiste infatti una forma di disfagia non correlata a patologie maggiori, definita **presbifagia**, la cui causa principale è l'invecchiamento. I disturbi della deglutizione sono frequenti tra la popolazione anziana istituzionalizzata: si stima che l'incidenza superi il 50% nelle strutture residenziali per anziani. La disfagia è una condizione che, se non trattata opportunamente, può mettere a rischio l'incolumità di chi ne soffre: le **complicanze** più insidiose sono rappresentate da episodi di soffocamento e di infezioni polmonari *ab ingestis*, dovute all'aspirazione di materiale estraneo in trachea. Il contesto di riferimento del presente lavoro è costituito dal **Centro Servizi per Anziani** di Belluno, gestito da Ser.S.A., che ospita fino a 150 anziani non autosufficienti: all'interno di questa struttura è stata condotta una ricerca sul campo volta ad identificare l'incidenza di eventi sentinella (soffocamenti e polmoniti *ab ingestis*); l'indagine ha confermato la presenza di tali eventi avversi. La direzione di Ser.S.A. ha manifestato la volontà di migliorare le **strategie di gestione dei rischi** connessi alla disfagia: è stata quindi effettuata la valutazione dei rischi e l'analisi organizzativa, svolta con il supporto del gruppo di lavoro di Ser.S.A., la quale ha identificato le possibili cause di questi *eventi sentinella*, individuando le aree di criticità relative all'organizzazione interna, al personale, ai visitatori e agli ospiti stessi. Sono state scelte delle aree di intervento sulle quali agire attraverso la pianificazione di **azioni di miglioramento** volte a eliminare o ridurre i rischi connessi alla disfagia. Le azioni di miglioramento hanno portato all'introduzione di **strumenti proattivi** di gestione del rischio, prima mancanti. Gli interventi realizzati afferiscono principalmente a due ambiti:

- 1) **presa in carico dell'ospite con assegnazione di un livello di rischio** relativo alla disfagia e successiva gestione multidisciplinare integrata del disturbo;
- 2) **formazione e informazione** sui rischi connessi alla disfagia nei confronti di operatori, pazienti, caregivers e volontari.

Queste azioni di miglioramento sono state avviate per ottenere una **migliore gestione del paziente disfagico** residente nel Centro Servizi Ser.S.A. Sono già stati previsti dei momenti di verifica, calendarizzati nei prossimi 12 mesi, per quantificare l'efficacia degli interventi.

Summary

Dysphagia is the medical term that refers to an alteration of the physiological swallowing process, which makes difficult the correct bolus transit in the upper digestive tract. Dysphagia is a quite common condition: it affects more than 30% of patients who have suffered a stroke, between 60-80% of patients with neurodegenerative diseases, and up to 13% of adults over 65 years old. There is in fact a form of dysphagia not related to major diseases, defined **presbyphagia**, whose main cause is the ageing process. Swallowing disorders are common among the institutionalized elderly: it is estimated that the incidence exceeds 50% in nursing homes. Dysphagia is a condition that, if not treated correctly, can put the patient's life at risk: the most insidious **complications** include episodes of choking and aspiration pneumonia, due the intake of foreign materials into the bronchial tree. This work takes place in the **nursing home of Belluno**, run by Ser.S.A company, which houses up to 150 frail and elderly residents: in this same residence a study was conducted aimed at identifying the incidence of sentinel events (choking and aspiration pneumonia); the study confirmed the presence of such adverse events. The directors of Ser.S.A. expressed their willingness to improve **management strategies for risks** associated with dysphagia: therefore the work continues with the risk assessment; organizational analysis, conducted with the support of the working group of Ser.S.A., has identified the possible causes of these sentinel events and the critical areas relating to the internal organization, the staff, visitors and guests themselves. A number of areas were chosen in which planning **improvement actions** would be implemented to eliminate or reduce the risks associated with dysphagia. Improvement actions seek to establish **proactive risk management tools**, which were missing before. The improvement actions mainly consist of two main objectives:

- 1) upon **admittance**, each resident is to be assessed to determine whether the resident either has or is at risk of developing dysphagia. If necessary, a plan to manage the disorder would also be put into place.
- 2) **education and information** on the risks associated with dysphagia;

It is hoped that the implementation of these improvement actions will lead to **better patient management** of residents with dysphagia within the nursing home. The assessment of the effectiveness of interventions is scheduled for 2017.

Introduzione

Il mio percorso professionale da logopedista è cominciato nei primi mesi di quest'anno. A metà del percorso di questo Corso di Laurea magistrale, infatti, iniziato subito dopo la triennale, sono stato assunto da Ser.S.A., la società che gestisce il Centro Servizi per anziani di Belluno, quella che fino a non troppo tempo fa era meglio conosciuta come "Casa di Riposo". Da studente a tempo pieno a studente-lavoratore, in corso d'opera: così, dopo un periodo di ambientamento, ho voluto cogliere l'occasione per annodare con un ideale *fil rouge* questi due spicchi di vita, che considero complementari nelle professioni sanitarie: lo studio e il lavoro. Da questa volontà è nata l'idea di dedicare la mia tesi ad un argomento inerente al settore di cui mi occupo maggiormente nell'esercizio quotidiano della mia professione: la valutazione e il trattamento della disfagia, una patologia insidiosa che non sempre riceve l'attenzione riservata ad altre disfunzioni.

Non volevo però svolgere una tesi *clinica*, ma organizzativa, nella quale applicare alcuni degli strumenti appresi durante questi due anni di magistrale. La scelta di centrare il lavoro sulla gestione del rischio è maturata dopo vari confronti con il relatore ed è giustificata da un assunto di base crudo ma reale: "Di disfagia si muore!". È una condizione che può mettere a rischio l'incolumità di chi ne soffre, specialmente se questo è un anziano istituzionalizzato, come dimostrano i dati epidemiologici riportati nel primo capitolo.

Il secondo passo di questo lavoro è stato quello di definire le dimensioni del problema nella mia realtà lavorativa, il Centro Servizi per Anziani di Belluno: una villa settecentesca che può ospitare fino a 150 anziani non autosufficienti. È stata condotta una ricerca sul campo per quantificare i casi di soffocamento e *polmonite ab ingestis*, due tra le più insidiose complicanze della disfagia, verificatisi nell'ultimo anno tra la popolazione residente in "Casa di Riposo"; lo studio retrospettivo ha confermato i dati della letteratura relativi all'incidenza della patologia tra gli over 65. Delimitati così i contorni del problema, si è dato avvio ad un'analisi organizzativa, descritta nel quinto capitolo, volta ad identificare le possibili cause di questi eventi avversi e ad individuare le aree di criticità relative all'organizzazione interna, al personale, ai visitatori e agli ospiti stessi, tramite l'utilizzo di strumenti manageriali propri di questo percorso di studi.

L'analisi si è conclusa con l'individuazione e la scelta delle aree di intervento sulle quali agire; è stato quindi il tempo di pianificare delle azioni di miglioramento, volte a eliminare o ridurre i rischi connessi alla disfagia. Tali interventi sono descritti nel sesto ed ultimo capitolo.

Il macro-obiettivo di questo progetto è quello di migliorare la gestione dell'ospite affetto da disfagia all'interno del Centro Servizi, valorizzando il personale di Ser.S.A., i familiari degli anziani, i volontari, e introducendo degli strumenti che consentano un approccio proattivo ai rischi connessi alla disfagia.

Tutto questo lavoro di ricerca, analisi e pianificazione non sarebbe stato possibile senza il prezioso supporto del mio relatore e quello dei vertici aziendali, rappresentati dal referente di area sanitaria dell'Azienda, la quale ha supervisionato il percorso di miglioramento intrapreso in questi mesi ed ha contribuito alla stesura della tesi in qualità di correlatrice. A tutti loro va il mio sentito ringraziamento, nella speranza di aver fatto qualcosa di utile per il benessere degli anziani, il cui perseguimento è il fine ultimo di questo e di ogni progetto intrapreso dai professionisti che prestano ogni giorno servizio nella struttura.

Capitolo 1 – Cenni teorici

1.1 La disfagia

Con i termini **disfagia** o disabilità deglutitoria o turba della deglutizione ci si riferisce a qualsiasi disagio nel deglutire (aspetto soggettivo) o a **qualsiasi disfunzione deglutitoria** obiettivamente rilevabile direttamente oppure indirettamente per le sue conseguenze. Tale sintomo, isolato o associato in quadri sindromici, è oggetto di una scienza medica, la deglutologia, di recente nascita, costituzione e sviluppo (metà anni '80). Le ragioni di tale interesse sono molteplici ma possono ricondursi al fatto che **la disfagia ha alta morbilità, alta mortalità ed alti costi.** [1]

La prevalenza della disfagia può essere valutata al 20% della popolazione generale, con picchi anche molto maggiori per quanto riguarda popolazioni specifiche, come anziani o traumatizzati cranici; viene stimato che circa il 40% delle morti dei pazienti con stroke sia dovuto a disfagia [2]. Oggi la deglutologia è di prevalente pertinenza di foniatrici e logopedisti, ma il settore è **altamente interdisciplinare**, con interventi, a seconda dei casi, del nutrizionista, del radiologo, dell'otorinolaringoiatra, del neurologo, del rianimatore, del geriatra, del gastroenterologo, del fisioterapista e di altri ancora. Non si può perciò considerare la deglutizione come il meccanismo che consente la propulsione del cibo dal cavo orale allo stomaco in modo autonomo e slegato da altre funzioni; la deglutizione deve essere pertanto considerata:

- 1) come un'abilità primariamente alimentare complessa, dinamica, con evoluzioni; strettamente connessa con altre servo-funzioni complesse (es. secrezione salivare);
- 2) collegata con altre funzioni biologiche primarie quale quella respiratoria con la quale sostanzialmente interferisce fino all'inibizione reciproca delle due funzioni;
- 3) sfruttante organi e funzioni che hanno primariamente o secondariamente significato comunicativo (es. bocca e sistema naso-oro-faringolaringeo).

Nell'ultimo ventennio la deglutologia ha avuto una notevole evoluzione, forse in rapporto alla scoperta che un alto numero di decessi era da attribuirsi a turbe della deglutizione e che, soprattutto, sanitari e *caregivers* potevano essere incriminati per non corrette modalità di alimentazione o per non adeguata assistenza all'alimentazione [2].

1.2 La presbifagia

Il meccanismo della deglutizione cambia significativamente con l'andare dell'età, anche in assenza di malattie croniche. La presbifagia è un termine che si riferisce ai **cambiamenti della deglutizione legati all'invecchiamento**: può essere collegata a molti quadri patologici e presentarsi sotto diverse forme. I disturbi della deglutizione sono anche identificati come uno dei principali problemi tra la popolazione anziana che vive in casa di riposo [3].

Non è semplice fornire una definizione esatta di "anziano", anche se si considera l'esordio della senescenza a 65 anni. Nell'età avanzata si assiste ad un incremento della prevalenza di moltissime patologie: ciò implica che nel soggetto anziano si possa verificare con una certa frequenza l'accumulo di più affezioni croniche. Queste forme morbose interagiscono e si complicano tra di loro, determinando una condizione definita **polipatologia**.

Se un gran numero di studi ha focalizzato l'attenzione sugli anziani, in quanto soggetti maggiormente a rischio di disfagia in relazione a diverse patologie, soprattutto neurologiche, un numero decisamente minore di ricerche, più recenti, ha descritto le conseguenze legate alla naturale involuzione della funzione deglutitoria legata all'età [2]. Questi studi mostrano che gli effetti dell'invecchiamento sulla deglutizione riguardano sia la fase orale che quella faringea della deglutizione. Le aree cerebrali deputate alle funzioni deglutitorie mostrano un'attività più debole nei soggetti anziani [4]. Altri studi hanno mostrato che anziani sani presentano una diminuita pressione intraorale, atti deglutitori multipli e una maggiore frequenza di tosse durante la deglutizione [5]. Complessivamente, la pressione che la lingua è in grado di esercitare diminuisce con l'età, rendendo più debole l'intero processo di deglutizione [6].

Le alterazioni deglutitorie dell'anziano possono essere suddivise in due quadri principali:

- **presbifagia primaria**, termine con il quale si definisce la deglutizione nel soggetto anziano sano, una deglutizione fisiologica per l'età, ma che lo mette in una condizione di maggiore rischio, rispetto al giovane, per le ridotte riserve funzionali;
- **presbifagia secondaria**, ossia secondaria ad eventi patologici, ai quali peraltro l'anziano è maggiormente esposto.

Per quanto riguarda questo secondo quadro, è opportuno elencare le condizioni che possono contribuire alla comparsa di turbe della deglutizione (tabella 1), dal momento che molte di queste sono spesso presenti nella realtà della casa di riposo.

Tabella 1. Condizioni che possono contribuire alla comparsa di disfagia [7]
Demenza
Accidenti cerebrali vascolari
Malattia di Parkinson
Corea di Huntington/Sclerosi Multipla
Diminuzione del flusso salivare da sindrome di Sjogren
Esiti di radioterapia
Farmaci anticolinergici (antistaminici e antidepressivi)
Scarsa dentizione

La presbifagia si presenta in varie forme, al di là della sua eziologia:

- come una mancanza di forza muscolare, che rende difficoltosa la propulsione del bolo;
- come diminuzione di pressione linguale, che ostruisce il transito del bolo;
- come incerta deglutizione del bolo, che rende difficile la detersione dei residui orali;
- come calo del gusto e dell'olfatto, che allunga i tempi per iniziare la deglutizione;
- come carenza di controllo della fase anticipatoria, che aumenta il rischio di inalazione nelle vie aeree;
- come masticazione inefficace a causa dell'edentulia.

L'alterazione della capacità di deglutire porta, negli anziani, a conseguenze a lungo raggio con gravi implicazioni per la salute [8].

In un anziano un possibile disturbo della deglutizione può essere evidenziato da un'ampia varietà di sintomi:

- scialorrea, fuoriuscita di cibo dalla bocca, trattenere il cibo in bocca di solito sono connesse alla fase orale della deglutizione e indicano disfunzioni di labbra o lingua;

- tosse e soffocamento durante o poco dopo aver mangiato o bevuto suggeriscono una possibile aspirazione e indicano una disfunzione della fase faringea. Un elenco più completo di segni e sintomi di disfagia è riportato nella tabella 2.

Tabella 2. Segni e sintomi di disfagia [9]
La persona (o i familiari) lamentano difficoltà a deglutire
Incapacità di gestire il cibo o la saliva in bocca
Asimmetria del volto
Tosse prima, durante o dopo l'assunzione di cibo o liquidi
Soffocamento durante i pasti
Congestione o aumento delle secrezioni dopo il pasto
Cambiamenti della qualità vocale (voce gorgogliante, umida, roca...)
Infezioni ricorrenti delle vie aeree superiori e/o polmoniti
Rifiuto del cibo o riluttanza ad aprire la bocca
Presenza di residui di cibo nel cavo orale o in faringe
Calo di peso ponderale

Se questi sintomi non vengono identificati e opportunamente gestiti, il paziente può andare incontro ad una vasta serie di rischi e complicazioni.

1.3 Complicanze

Una disfagia è di per sé raramente causa di morte, mentre cofattori di morbilità possono variamente associarsi per determinarla: aspirazione, inalazione di corpi estranei, episodi ostruttivi, malnutrizione, disidratazione [2]. Secondo diversi autori [7,8] la morbilità associata ad una disfagia dipende dalla popolazione in esame e nel caso dell'anziano fragile l'età avanzata, la presenza di polipatologie, la riduzione delle riserve funzionali contribuiscono ad innalzare la probabilità di comparsa delle seguenti complicazioni.

MALNUTRIZIONE E DISIDRATAZIONE. Una disfagia limita il corretto apporto nutrizionale ed idrico, determinando una condizione di debolezza costituzionale, causa di maggiore suscettibilità ad infezioni.

POLMONITE DA ASPIRAZIONE. La polmonite da aspirazione, o *polmonite ab ingestis* (*aspiration pneumonia* in inglese) è la sequela più frequente e più insidiosa

della disfagia di qualunque ordine e grado e in qualsiasi età. L'aspirazione si verifica quando del materiale gastrico o orofaringeo penetra nelle vie aeree inferiori, spesso a causa di disfagia o tosse inefficace. Cibo e/o liquidi superano la plica delle corde vocali e imboccano la trachea [10]. La polmonite insorge quando le secrezioni inalate vengono colonizzate da agenti patogeni. I batteri aspirati dall'orofaringe possono causare polmonite necrotizzante, enfisema e ascessi polmonari [11]. Si scatena una forte reazione infiammatoria, specialmente in risposta a particelle di cibo, che possono provocare lesioni granulomatose e bronchioliti [12]. Il materiale aspirato tende a percorrere verso il basso l'albero tracheobronchiale di destra fino al lobo inferiore destro, perché l'anatomia del bronco principale destro è più regolare e allineato con la trachea [13].

SOFFOCAMENTO. Si verifica quando, a causa di un'incompetenza deglutitoria, un bolo di cibo rimane bloccato nelle vie aeree superiori, riducendo o bloccando del tutto il flusso d'aria dai polmoni. Le conseguenze possono essere letali.

1.4 Trattamento

I trattamenti più diffusi per la prevenzione e la riabilitazione della presbifagia sono:

- **POSTURE.** Poiché il paziente disfagico adulto presenta difficoltà posturali, il logopedista può consigliare l'adozione di posture facilitanti, che consentano un'alimentazione più sicura e riducano il rischio di aspirazione.
- **MODIFICAZIONI DIETETICHE.** Nel trattamento della disfagia, la scelta degli alimenti e, in particolare, la loro modificazione, è di fondamentale importanza. È necessario seguire quattro fondamentali criteri: sicurezza del paziente, fabbisogno alimentare, preferenze alimentari e autonomia durante l'alimentazione. Le modificazioni più comuni consistono nell'addensare i liquidi e scegliere solidi con consistenze omogenee.
- **MANOVRE E POSTURE DI COMPENSO.** L'intervento rimediativo-riabilitativo della disfagia può avvalersi, a seconda del deficit sensoriale e neuromuscolare che lo sottende, di metodiche di compenso. Queste ultime sono costituite da posture e manovre: le prime hanno la funzione di migliorare il transito orofaringeo del bolo e ottenere una deglutizione priva di inalazione nelle vie aeree pur senza eliminare il deficit causale, le seconde invece hanno lo scopo

di migliorare alcuni aspetti della fase orale e faringea della deglutizione sottoponendoli al controllo volontario.

- **RINFORZO SENSO-MOTORIO, ELETTROSTIMOLAZIONE, INIBIZIONE DEI RIFLESSI.** Si tratta di tecniche dirette di stimolazione attiva e passiva dei vari organi coinvolti nella deglutizione secondo le singole direttrici di movimento e tecniche di stimolazione funzionale.
- **NUTRIZIONE ARTIFICIALE.** Nei casi più gravi, qualora nessuno degli interventi sopraelencati risulti decisivo, viene presa in considerazione la nutrizione artificiale, una procedura terapeutica mediante la quale è possibile soddisfare integralmente i fabbisogni nutrizionali dei pazienti: se il rischio di aspirazione è molto elevato, l'alimentazione per OS viene sconsigliata, e si prendono generalmente in considerazione due alternative: il **sondino nasogastrico** (SNG), consigliato per nutrizioni di breve durata (30-60 giorni); la stomia (gastrostomia percutanea endoscopica - **PEG**) per durate superiori.

Capitolo 2 – Il contesto di riferimento

2.1 Il Centro Servizi per anziani di Belluno

Il **Centro Servizi per persone non autosufficienti** del Comune di Belluno è ospitato in una villa settecentesca, tipica costruzione della Valbelluna, dedicata alla contessa “Maria Gaggia Lante”. Si tratta di una costruzione che si sviluppa su tre piani, con due ali laterali collegate da una barchessa centrale completa di timpano. Come struttura di ricovero per viandanti e bisognosi è presente nel territorio bellunese fin dal 1839, prima come “Opera Pia” - riconosciuta nel 1861 con Decreto Imperiale –, in seguito costituita come I.P.A.B. (Istituto Pubblica Assistenza e Beneficenza) con legge del 1890. Dal 2003 la struttura viene gestita, con progetto sperimentale, da Ser.S.A. (Servizi Sociali e Assistenziali), Società per Azioni a capitale interamente pubblico, con soci il Comune di Belluno e l’Azienda ULSS n. 1. Dal 2014 la Società Ser.S.A. diventa Azienda Partecipata del Comune di Belluno che ne rimane unico proprietario [14].

2.2 Servizi a sostegno della residenzialità di Ser.S.A.

La Residenza per persone anziane non autosufficienti “Maria Gaggia Lante”, gestita da Ser.S.A., dispone di **150 posti letto**, distribuiti su 3 piani e suddivisi in 7 nuclei completi di sale da pranzo, di aree ricreative, di ambulatori. La struttura è dotata inoltre di un ampio giardino accessibile e una cappella per la celebrazione delle funzioni religiose. Nel *Padiglione Servizi*, annesso alla struttura principale e di recente costruzione, si trovano: la sede del Centro Diurno, la palestra attrezzata e una sala convegni con 80 posti a sedere.

I nuclei sono distribuiti nelle due ali del palazzo:

Ala Ovest:

Piano terra: nucleo **Mimosa** 22 posti letto

Piano primo: nucleo **Margherita** 19 posti letto,

nucleo **Bucaneve** 15 posti letto. All’interno del nucleo Bucaneve è ubicata la Sezione SVP (Sezione di Accoglienza e Assistenza per Stati Vegetativi Permanenti), accreditata dalla Regione Veneto per 6 posti letto e utilizzata per tutto il territorio dell’ULSS 1. Accoglie persone in stato vegetativo e/o pazienti a minima coscienza, clinicamente stabilizzati, ma con rischio di

complicazioni. Nel nucleo sono a disposizione inoltre due posti letto dedicati all'accoglienza di persone affette da sclerosi laterale amiotrofica (SLA).

Piano secondo: nucleo **Ciclamino** 27 posti letto

Ala Est:

Piano terra: nucleo **Lillà** 19 posti letto. Nel nucleo Lillà è ospitata la sezione **SAPA** (Sezione ad Alta Protezione Alzheimer) che dispone di 10 posti letto: accoglie persone affette da demenza con gravi disturbi del comportamento provenienti da tutta l'area dell'ULSS n.1

Piano primo: nucleo **Stella Alpina** 27 posti letti

Piano secondo: nucleo **Fiordaliso** 21 posti letto

2.3 Accredитamento e standard di personale

La **Legge Regionale n. 22 del 16 agosto 2002** prevede che tutte le strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali per poter operare sul territorio regionale debbano essere in possesso di un'autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento istituzionale. Tale vincolo garantisce la qualità dell'assistenza erogata dalle varie strutture. Viene verificato costantemente che l'assistenza sia di elevato livello tecnico-professionale e scientifico, sia erogata in condizioni di efficacia ed efficienza, nonché di equità e pari accessibilità a tutti i cittadini e sia appropriata rispetto ai reali bisogni di salute, psicologici e relazionali della persona.

Il Centro Servizi per anziani di Belluno è attualmente **accreditato per 150 posti letto**, suddivisi secondo la seguente tipologia di utenza:

- 110 posti per anziani a **ridotta/minima intensità assistenziale**, inseriti nei nuclei Mimosa, Ciclamino, Fiordaliso;
- 24 posti per anziani a **media intensità assistenziale**: se a valenza sanitaria sono inseriti nei nuclei Bucaneve e Margherita, se a valenza cognitiva si trovano nel nucleo Stella Alpina;
- 10 posti **SAPA** (Sezione Alta Protezione Alzheimer), inseriti nel nucleo Lillà;
- 6 posti destinati a **SVP** (Stati Vegetativi Permanenti), inseriti nel nucleo Bucaneve.

La **DGR n.84/2007 allegato A** ha ratificato gli standard di personale previsti, in base alla tipologia di utenza presente nei nuclei (tabella 3).

	Operatori	Infermieri	Fisioterapisti	Logopedisti	Psicologi	Educatori
Ridotto bisogno assistenziale	1/2,5	1/15	1/120	1/200	1/120	1/60
Medio bisogno	1/2,4	1/12	1/60	1/200	1/120	1/60
SAPA	1/2	1/8	1/30	1/200	1/60	1/60

Tabella 3. Standard regionali di personale per tipologia di posti letto (rapporto personale/utenti) [15].

Sono previsti inoltre 1 coordinatore ogni 90 posti letto e 1 assistente sociale ogni 120 posti letto.

Un prospetto dei nuclei e relativa tipologia di utenza è presentato nella tabella 4.¹

Nucleo	Posti letto	Tipologia ospiti
Bucaneve	15	Sanitari + SVP
Margherita	19	Sanitari
Stella Alpina	27	Cognitivi
Lilla	19	Cognitivi + SAPA
Ciclamino	27	Residenziali ridotta intensità
Fiordaliso	21	Residenziali ridotta intensità
Mimosa	22	Residenziali ridotta intensità

Tabella 4. Nuclei del Centro Servizi e tipologia indicativa degli ospiti

¹ La tipologia di anziani presente nei vari nuclei è indicativa. Rappresenta tuttavia una semplificazione utile ai fini del nostro lavoro: in rosso i nuclei sanitari, in giallo quelli cognitivi, in verde i residenziali.

Capitolo 3 – Ricerca sul campo

3.1 Situazione problematica

L'incidenza dei disturbi della deglutizione all'interno della popolazione anziana - con comorbilità associate - e le complicanze che da questi possono scaturire costituiscono un fattore di rischio per la popolazione residente in un Centro Servizi per persone non autosufficienti (ex “*Casa di Riposo*”). Gli anziani residenti in struttura sono esposti ad una serie di rischi connessi al problema disfagia/presbifagia, in grado di mettere in pericolo la loro vita e determinare costi elevati relativi all'assistenza e alla cura di tale patologia. Le dimensioni del problema hanno tuttavia contorni sfumati, per la difficoltà oggettiva di identificarne segni e sintomi a cui si unisce la sostanziale assenza di un esame strumentale “*gold standard*” per la diagnosi di disfagia.

In Ser.S.A. il **servizio di logopedia** ha il compito di effettuare valutazioni cliniche volte alla prevenzione e riabilitazione delle turbe della deglutizione. La difficoltà di reperire professionisti sul mercato ha comportato, negli scorsi anni, una copertura del servizio discontinua, con ripetuti avvicendamenti di professionisti con contratti di breve durata. Ciò non ha permesso una pianificazione a lungo termine della gestione del problema disfagia. A Marzo 2016 l'azienda ha assunto un logopedista a tempo indeterminato, con l'obiettivo di garantire ai propri ospiti affetti da disfagia un'assistenza continuativa, di monitorare i rischi connessi alla disfagia ed attuare strategie di gestione utili a limitare o gestire adeguatamente le conseguenze. Nell'ambito di questo macro-obiettivo si colloca anche il presente lavoro.

3.2 Obiettivi della ricerca

Ai fini di elaborare e predisporre una migliore strategia per la gestione del rischio legato ai problemi di deglutizione, è stata condotta una ricerca sul campo, per individuare **l'incidenza reale nella struttura di questa patologia e le sue conseguenze** in termini di salute e qualità di vita per i residenti del Centro Servizi Ser.S.A. per anziani. I dati ottenuti dalla ricerca sono stati utili per definire la dimensione del problema ed agevolare la ricerca delle cause che hanno portato ad eventi avversi, valutando i fattori di rischio (ambientali, soggettivi, occasionali). Dopo questa fase di analisi sarà possibile ipotizzare delle azioni di miglioramento, che andranno implementate nella realtà clinica

tramite l'attivazione di progetti o l'aggiornamento di protocolli, monitorando poi i risultati ottenuti.

La ricerca retrospettiva è relativa **all'anno solare 2015** e mira ad individuare tutti i **casi di soffocamento e di polmonite ab ingestis** occorsi nei 365 giorni dello scorso anno ai 150 residenti del Centro Servizi gestito da Ser.S.A.

Si è scelto di concentrare l'attenzione su questi due eventi per i seguenti motivi:

- un **episodio di soffocamento**, oltre a mettere a rischio la vita dell'individuo che vi va incontro, è, come visto nel primo capitolo, un campanello d'allarme che **correla quasi sempre con una difficoltà deglutitoria** (disfagia): per questo assume un valore "diagnostico" ed epidemiologico importante in un'ottica di gestione del rischio;
- inoltre, gli episodi di soffocamento sono considerati eventi "maggiori", quindi sempre **riportati nelle diarie**² in modo dettagliato, cosa che rende relativamente agevole il recupero dei dati;
- le **polmoniti ab ingestis**, al contrario, possono avere **un'insorgenza ambigua** e un decorso subdolo: non è sempre facile identificarle, anche perché non sempre è possibile sottoporre gli ospiti ad esami strumentali,
- tuttavia, i casi accertati di polmonite da aspirazione rappresentano la **complicazione più grave** a cui può andare incontro un paziente disfagico e quindi possiamo considerare una loro bassa incidenza come un indicatore di buona pratica assistenziale.

3.3 Materiali e metodi della ricerca sul campo

La ricerca si è svolta principalmente attraverso **l'analisi delle consegne** relative a ciascun utente per l'anno 2015². Ser. S. A. dispone di un software³ per la gestione di queste diarie, per cui è stato possibile ricercare le parole "*soffocamento*" ed "*ab ingestis*" e individuare tutte le occorrenze. I risultati sono stati poi scremati, togliendo i dati doppi e gli eventi potenziali non realmente accaduti.

² Al termine di ogni turno di lavoro, tutti gli operatori e i professionisti del Centro Servizi compilano un diario, riportando per ciascun ospite informazioni sui parametri vitali, terapie, comportamento, alimentazione, valutazioni logopediche/fisioterapiche e altro. I colleghi del turno successivo sono tenuti a leggere le consegne, per garantire un ottimale passaggio di informazioni sullo stato di salute degli anziani.

³ SIPCARplus è un software clinico gestionale prodotto dalla ditta CBA di Trento, accessibile agli operatori abilitati da tutte le postazioni informatiche di Ser.S.A.

Per ogni caso di **soffocamento**, le informazioni sono state ampliate leggendo le consegne dei giorni immediatamente precedenti e successivi e annotando tutte le informazioni qualitative utili a dettagliare il caso.

Per le **polmoniti ab ingestis** invece è stato richiesto l'aiuto degli infermieri dei nuclei, perché la semplice ricerca digitale non aveva fornito dati verosimili. La funzione "patologie" del software CBA permette di visualizzare quanti casi di una determinata patologia si sono verificati in un arco di tempo, previa certificazione della diagnosi ed immissione nel database da parte del medico. Molto raramente però viene utilizzata l'apposita voce "polmonite da aspirazione di solidi o liquidi"; più spesso questi casi vengono riportati come infezioni polmonari generiche. Grazie all'aiuto dei professionisti, comunque, si è riusciti a ricostruire la storia clinica di un numero significativo di ab ingestis, dall'insorgenza alla risoluzione.

Come da DGR 2961 del 28/12/12, la struttura è stata coinvolta nella gestione informatica dei dati legati alla residenzialità extraospedaliera per persone anziane non autosufficienti, che si traduce a partire dal 1/1/13 con l'invio mensile di un flusso di dati alla Regione Veneto utili sulla gestione dell'organizzazione socio-sanitaria legata al territorio. Tra questi dati da comunicare vi è anche l'elenco delle infezioni e la loro natura (se urinaria o meno). Questa distinzione binaria, utile per gli standard regionali di qualità, non fornisce però informazioni sull'apparato di origine dell'infezione e quindi non consente alcuna elaborazione statistica sulle ab ingestis.

È quindi la prima volta che nella struttura viene condotta un'indagine simile e così specifica per il rischio di disfagia.

3.4 Risultati

Nel 2015, all'interno del Centro Servizi, si sono verificati complessivamente **62 episodi di soffocamento e 37 casi di polmoniti ab ingestis, su 148 ospiti mediamente presenti in Struttura.**

In media almeno un episodio di soffocamento alla settimana e ogni 10 giorni una nuova infezione riconducibile ad *ab ingestis*. La tabella 5 riassume tutti gli episodi di soffocamento ed ab ingestis divisi per nucleo. Molti di questi eventi sono occorsi più volte alle stesse persone (cioè alcune persone hanno avuto più episodi di soffocamento o ab ingestis in un anno): si è ritenuto perciò opportuno riportare nelle ultime due colonne

il numero di individui che nel 2015 è andato incontro ad **almeno un episodio** di soffocamento o polmonite ab ingestis.

	Soffocamenti	Ab ingestis	Soffocamenti n. persone	Ab ingestis n. persone
Bucaneve	17	4	4	4
Margherita	4	2	4	2
Stella Alpina	12	9	6	7
Lillà	8	2	6	2
Ciclamino	11	14	8	6
Fiordaliso	5	4	4	4
Mimosa	5	2	4	2
Totale	62	37	36	27

Tabella 5. Numero di eventi verificatisi nell'anno 2015.

Si può notare una discrepanza significativa tra le prime due colonne e le restanti due: questo perché molti degli episodi di soffocamento e di ab ingestis si sono verificati più volte negli stessi soggetti. Solo 24 ospiti, infatti, hanno avuto un unico episodio di soffocamento. Gli altri 12 ospiti sono andati incontro a un totale di 38 soffocamenti; caso limite è una signora che ha avuto 8 episodi di soffocamento in 12 mesi. Un andamento simile si osserva anche per le polmoniti ab ingestis. In questo caso però, vista la letalità dell'infezione, la differenza è meno marcata: ci sono comunque ospiti che sono andati incontro a polmoniti da aspirazione anche 3 volte in un anno. La tabella 6 mostra il numero di ospiti che hanno avuto più episodi di soffocamento o ab ingestis.

Num. soffocamenti in un anno	Num. ospiti	Num. ab ingestis in un anno	Num. ospiti
1	24	1	20
2	7	2	4
3	2	3	3
4	1		
7	1		
8	1		

Tabella 6. Dettaglio degli ospiti che hanno avuto più di un episodio di soffocamento o ab ingestis.

La prima analisi che effettuiamo è volta a capire **se vi siano differenze significative tra i vari nuclei** (che, come abbiamo visto, hanno standard di personale diversi) **in termini di rischio** per gli ospiti della struttura.

Per far questo, è stato calcolato il tasso di incidenza annuale di soffocamenti e polmoniti in ciascuno dei 7 nuclei (prendendo i dati di terza e quarta colonna, cioè senza considerare le occorrenze “multiple”). I dati poi sono stati raggruppati in 3 macro classi, secondo le tipologie di pazienti residenti nei nuclei:

- **Bucaneve e Margherita** = nuclei sanitari
- **Stella Alpina e Lillà** = nuclei cognitivi/demenze
- **Ciclamino, Fiordaliso e Mimosa** = nuclei residenziali

I tassi di incidenza annuali sono riportati nella tabella 6. La colorazione segue le tre tipologie di nuclei (rosso sanitari, giallo demenze, verde residenziali).

	Tasso d’incidenza Soffocamento	Tasso d’incidenza Ab ingestis
Nuclei sanitari	0,23	0,18
Nuclei demenze	0,26	0,18
Nuclei residenziali	0,22	0,16

Tabella 7. Tassi di incidenza annuali divisi per tipologie di nuclei.

Il confronto tra questi tassi di incidenza è noto come **rischio relativo** (RR)⁴ o Rate Ratio e ci permette di capire se essere ospiti di un nucleo sanitario o di un nucleo demenze comporti un maggior rischio di sviluppare una disfagia rispetto all’essere ospiti in un nucleo a ridotta intensità assistenziale.

Rischio di soffocamento:

- RR nuclei sanitari vs. residenziali: 1,04
- RR nuclei demenze vs residenziali: 1,18

Rischio di ab ingestis:

- RR nuclei sanitari vs. residenziali: 1,125
- RR nuclei demenze vs. residenziali: 1,125

In tutti e 4 i casi possiamo affermare che non c’è un rischio significativamente diverso di sviluppare queste patologie tra le tipologie di nuclei. Il rischio relativo dei reparti

⁴ Il rischio relativo (RR) è il rapporto tra due tassi di incidenza che si vogliono confrontare. Al numeratore va il tasso più elevato. Un risultato maggiore di 1 indicherà correlazione positiva. Un’associazione è considerata moderata se ha un valore intorno 3, forte intorno a 8.

sanitari e demenze è sì leggermente più alto di quello dei residenziali, ma non abbastanza da confermare l'esistenza di un'associazione tra il risiedere in un nucleo sanitario/demenze e una maggiore probabilità di andare incontro a disfagia.

Il rischio di avere un episodio di soffocamento o di sviluppare una polmonite ab ingestis è **costante in tutti i reparti** del Centro Servizi. Non vi è, statisticamente, un reparto “più a rischio” di un altro. Gli anziani in regime di media intensità e quelli a ridotta intensità corrono lo stesso rischio di essere affetti da disfagia.

SOFFOCAMENTI.

I due aspetti approfonditi sono **l'esito dei soffocamenti** e le cause che hanno portato alla comparsa degli episodi.

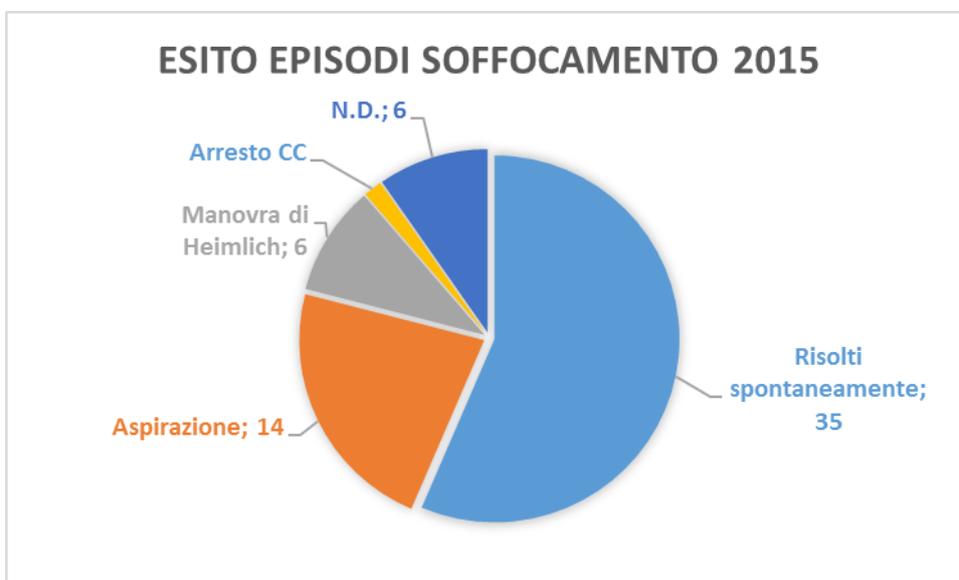


Grafico 1. Esito degli episodi di soffocamento nel 2015

Il grafico 1 illustra nel dettaglio l'esito che hanno avuto gli episodi di soffocamento:

- più della metà si è risolta spontaneamente,
- circa un quarto ha richiesto l'esecuzione di una manovra infermieristica di aspirazione oro-faringea,
- in 6 casi si è fatta la manovra di Heimlich⁵,
- in un caso si è verificato un arresto cardiocircolatorio con intervento del personale del 118 e tentativo di rianimazione⁶.

⁵ La manovra di Heimlich è una tecnica di primo soccorso per rimuovere un'ostruzione delle vie aeree. Costituisce un'efficace misura per risolvere in modo rapido molti casi di soffocamento.

⁶ La rianimazione cardiopolmonare è andata a buon fine, ma la signora è deceduta nelle 24 ore successive.

- Nei rimanenti 6 casi non erano riportati in consegna dettagli sull'esito dei soffocamenti.

Per quanto riguarda le cause degli episodi di soffocamento, una lista completa è riportata nella tabella 8.

Causa	Num.	Causa	Num.	Causa	Num.
Liquidi (aranciata, the)	4	Radicchio	1	Tortellino	1
Cibi frullati	2	Uva	1	Tiramisù	1
Carne bollita	2	Pasta	1	Colomba pasquale	1
Riso/risotto	2	Funghi	1	Biscotti	1
Farmaco (Lattulac)	1	Polpetta	1	Pera	1
Minestrina	1	Kiwi	1	Sgombro	1

Tabella 8. Cause scatenanti gli episodi di soffocamento del 2015, e numero di occorrenze per causa.

I **liquidi** sono la causa più frequente di soffocamento: infatti quella liquida è la consistenza più insidiosa per un disfagico, perché può scivolare velocemente nelle vie aeree prima che il soggetto riesca a innescare il meccanismo di deglutizione. I **cibi frullati** (2 episodi) rappresentano già una misura contro la disfagia: se si verifica un soffocamento con questa consistenza, probabilmente si è in presenza di una difficoltà severa. Il resto delle cause è comunque costituito da cibi difficili da elaborare e non adatti per un disfagico:

- Riso, minestrina, uva, kiwi, tiramisù: sono tutti alimenti dotati di **doppia consistenza** (una parte solida e una liquida), tra gli alimenti solidi è quella più pericolosa perché unisce la difficoltà dei liquidi a quella dei solidi. Sono i primi cibi ad essere eliminati in caso di disfagia, anche leggera;
- Carne bollita, radicchio, pasta, funghi, polpette, tortellini, colombe pasquali, biscotti, pera, sgombro e il farmaco (Lattulac) sono cibi solidi che presentano delle insidie per la loro dimensione (polpette, tortellini), sfilacciosità (radicchio, carne bollita, funghi, sgombro, pera) o eccessiva compattezza (colomba pasquale, biscotti). È importante valutare caso per caso le consistenze più sicure per ciascun ospite disfagico; anche i farmaci possono essere assunti in forma tritata per evitare rischi di soffocamento per la dimensione delle compresse.

Le consegne riportavano, nel caso di tre di questi episodi, informazioni interessanti ai fini della nostra trattazione:

- La colomba pasquale è un alimento “speciale”, che non rientra nel menù ordinario della struttura.
- L’uva è stata portata dall’esterno dalla moglie di un ospite, senza che il personale ne fosse informato.
- I biscotti sono stati dati ad un ospite disfagico da un altro ospite della struttura, affetto da demenza e che ha agito in “buona fede”.

POLMONITI AB INGESTIS.

Per quanto riguarda le polmoniti, la prima delle due analisi effettuate riguarda la **sopravvivenza degli anziani dalla prima diagnosi** di polmonite ab ingestis.

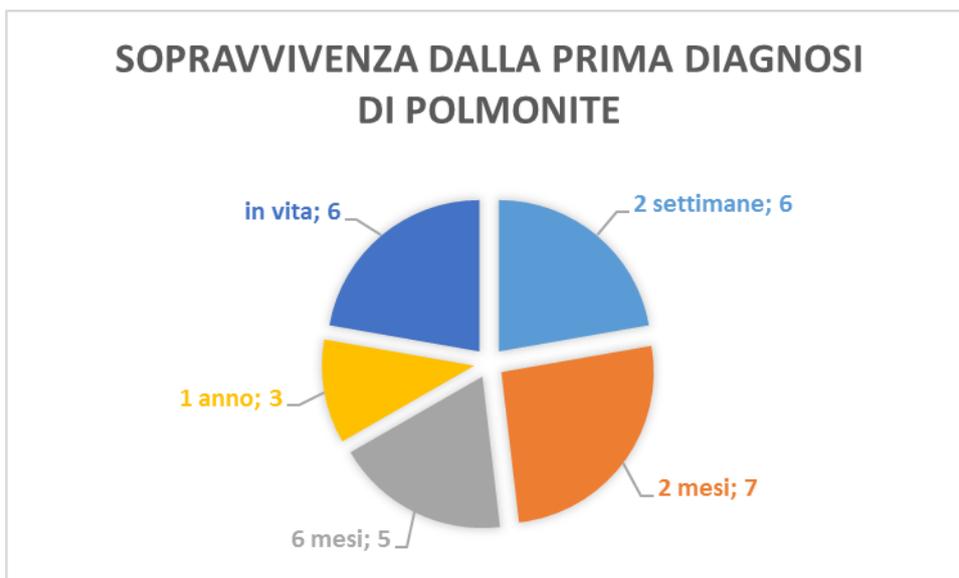


Grafico 2. Periodo di sopravvivenza dei soggetti dalla prima diagnosi di polmonite ab ingestis.

Il grafico 2 ci mostra come

- un quarto degli ospiti (6) con *polmonite ab ingestis* è deceduto entro 15 giorni dall’insorgenza della malattia;
- un altro quarto circa entro 60 giorni;
- dopo 6 mesi, più del 60% dei malati (18 su 27) non era più in vita,
- percentuale che sale a oltre il 75% ad un anno di distanza.
- Solamente 6 persone su 27 sono ancora in vita nel momento in cui scriviamo.

Una seconda analisi riguarda l'anamnesi dei pazienti che sono andati incontro a polmonite ab ingestis: come abbiamo visto nella tab. 1 del cap. 1 (a pagina 7), alcune condizioni patologiche correlano in modo significativo con l'insorgenza di una forma di disfagia secondaria. Queste patologie, neurologiche degenerative o cerebrovascolari, sovente conducono l'anziano a una precoce istituzionalizzazione, e costituiscono un'importante fattore di rischio per la disfagia, come mostra il grafico 3.

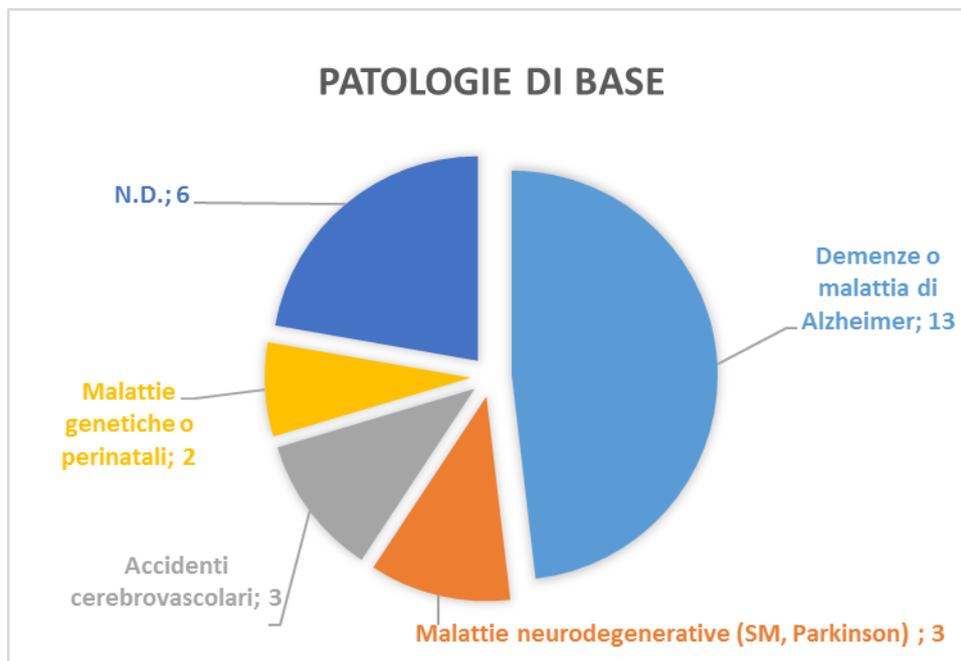


Grafico 3. Patologie di base degli ospiti con ab ingestis 2015

- Quasi la metà dei casi infatti ha riguardato soggetti con vari tipi di **demenza fronto-temporale o malattia di Alzheimer**;
- 3 casi sono accaduti a pazienti affetti da altre malattie neurodegenerative, come **sclerosi multipla e malattia di Parkinson**.
- 3 sono anche i soggetti che hanno sviluppato un'ab ingestis in seguito ad un **accidente cerebrovascolare**, tipicamente un ictus.
- In 2 casi vi erano delle pregresse malattie genetiche (sindrome di Down) o perinatali (Paralisi Cerebrale Infantile).
- Nei restanti 6 casi i soggetti non presentavano patologie maggiori specifiche.

La letteratura scientifica conferma che la mortalità associata a polmonite da aspirazione è molto elevata; nelle residenze per anziani, le infezioni ab ingestis hanno il più alto tasso di letalità tra tutte le infezioni nosocomiali: ad un anno la mortalità arriva al 40% secondo alcuni studi [16,17], mentre altre statistiche forniscono un range del 20-65% di mortalità ad un anno [18]. Tuttavia è necessario precisare che i decessi della nostra indagine non possono essere ricollegati direttamente solo alle polmoniti da aspirazione, ma vanno tenute in considerazione le patologie di base, l'età avanzata degli ospiti, le ridotte riserve funzionali, la presenza di polipatologie.

Capitolo 4 – Organizzazione interna di Ser.S.A.

4.1 Organigramma – ramo socio-sanitario

Prima di vedere nel dettaglio come e da chi viene gestito il paziente disfagico nella struttura, è opportuna una breve panoramica sull'organigramma aziendale per identificare gli attori coinvolti nel processo di cura.

L'immagine 1 mostra il ramo socio-sanitario dell'organigramma, che è così strutturato:

- 1 referente di area, con funzione di dirigente
 - 2 coordinatori di nucleo
 - infermieri (responsabili di nucleo)
 - fisioterapisti
 - logopedista
 - educatori professionali
 - psicologi
 - operatori socio-sanitari OSS
- medici di medicina generale. Sono gli unici a non essere dipendenti Ser.S.A. (linea tratteggiata), ma fanno parte dell'équipe, partecipano alle UOI (Unità Operative Interne) e hanno in carico gli ospiti che sono a tutti gli effetti loro assistiti per conto dell'ULSS.

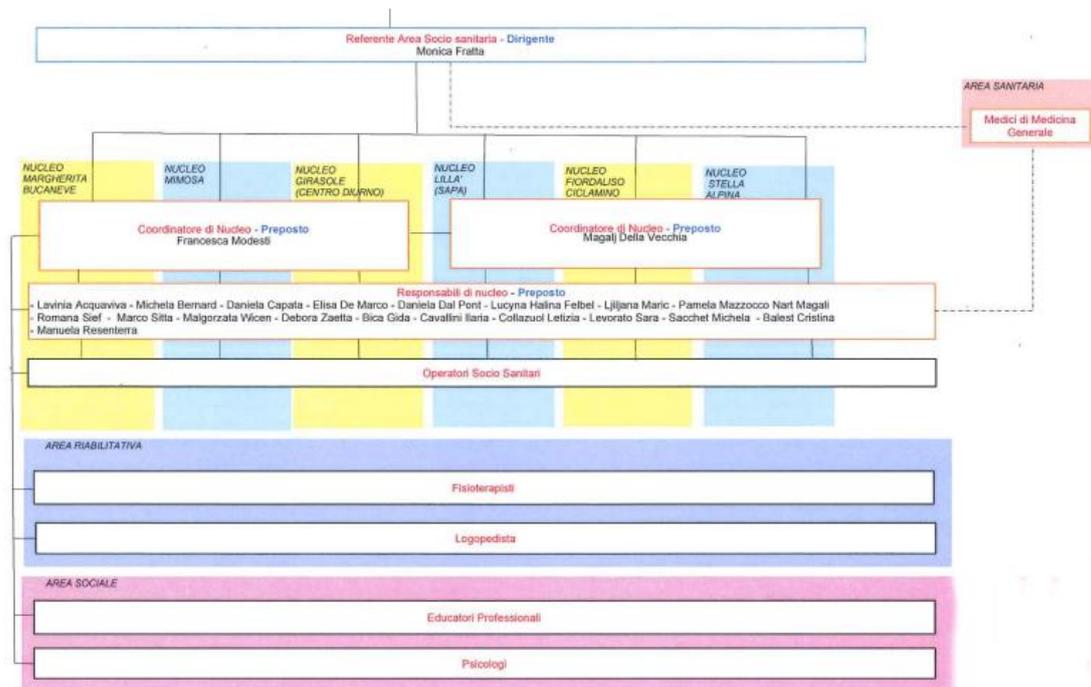


Immagine 1. Parte dell'organigramma di Ser.S.A., aggiornato ad Aprile 2016 (19)

4.2 Presa in carico

Al momento dell'ingresso presso il Centro Servizi, l'anziano e il suo familiare vengono ricevuti dall'assistente sociale che dà alcune informazioni sulla struttura, consegna all'utente o ai familiari copia del codice etico, del regolamento interno, della carta dei servizi e richiede i documenti necessari alla presa in carico [14]. Successivamente l'assistente sociale accompagna l'anziano e il familiare al nucleo di riferimento, dove sono affidati al coordinatore. Nella struttura sono presenti due coordinatori: uno per i nuclei Bucaneve, Margherita, Mimosa e l'altro per i nuclei Stella Alpina, Lillà, Ciclamino e Fiordaliso.

4.3 Colloquio di restituzione a 15 giorni

Secondo quanto previsto dal "Progetto accoglienza" (attivato nel 2014), dopo 15 gg dall'ingresso il coordinatore o suo incaricato incontra i familiari dell'utente per un **colloquio di restituzione dati relativi alla fase dell'adattamento dell'utente**. Questo primo breve colloquio, della durata di circa 20 minuti, nel quale si fa il punto della situazione sulle prime due settimane di degenza, consente di strutturare un percorso di gestione delle comunicazioni e counselling ai familiari che in alternativa verrebbe lasciato alla buona volontà dei singoli operatori o dei familiari stessi. Successivamente il familiare parteciperà anche al colloquio per la condivisione del **PAI** (Piano Assistenziale Individualizzato).

4.4 Piano Assistenziale Individualizzato (PAI)

Il PAI (Piano Assistenziale Individualizzato) è lo **strumento di lavoro multiprofessionale**, obbligatorio secondo il modello di accreditamento istituzionale della Regione Veneto, che indirizza ed orienta nel percorso assistenziale sia l'équipe che l'utente e i suoi familiari. Il documento è diviso in 3 aree: definizione delle criticità, identificazione degli obiettivi e implementazione delle attività, verifica dei risultati. Ogni professionista partecipa alla compilazione del PAI per la parte che riguarda la propria professionalità. L'insieme delle registrazioni delle valutazioni e indicazioni operative danno vita al Piano Assistenziale creato su misura per ciascun utente. Il PAI viene discusso ed approvato nella seduta di UOI (Unità Operativa Interna).

Il “Progetto Accoglienza” prevede la definizione del primo PAI **entro 1 mese dall’ingresso**. Il PAI deve essere definito nella UOI successiva alla data d’ingresso o se necessario con la convocazione di una UOI straordinaria dedicata, la cui data viene comunicata al gruppo di lavoro il giorno dell’ingresso del nuovo utente. Questa modalità consente di accelerare i tempi di compilazione del PAI. Successivamente viene organizzato un ulteriore incontro con i familiari per la condivisione del piano. Questa modalità, come già ribadito, assicura la gestione di un filo diretto con i familiari nei primi due mesi di degenza dell’utente, periodo nel quale la famiglia ha bisogno di maggior sostegno per affrontare il percorso intrapreso. Il PAI di ogni utente ha la durata di un anno, ma viene rivisto generalmente ogni 6 mesi, salvo necessità di variazioni anticipate.

4.5 Unità Operativa Interna (UOI)

L’Unità Operativa Interna è un **gruppo di lavoro multiprofessionale**, previsto dalla vigente normativa regionale, che viene convocata e coordinata dal coordinatore di nucleo. **Ogni nucleo ha la propria UOI**, della quale fanno parte il medico, l’infermiere, l’assistente sociale e i professionisti sanitari che afferiscono al nucleo (fisioterapista, logopedista, educatore). È presente inoltre un Operatore Socio Sanitario per relazionare sulle attività alberghiero-assistenziali (igiene mattutina, pranzo/cena, trasferimenti...). Il compito principale del gruppo è di valutare i bisogni/criticità di ogni singolo anziano presente nel nucleo e di predisporre adeguate risposte assistenziali o riabilitative, che poi vengono registrate nel **PAI**, Piano Assistenziale Individualizzato, costruito durante la UOI.

4.6 Riunione di équipe

Il coordinatore di nucleo convoca, con cadenza mensile, una riunione di équipe per ciascun nucleo, a cui partecipano tutti gli operatori, gli infermieri e i professionisti che vi prestano servizio. I medici, non dipendenti Ser.S.A., prendono parte alla riunione solo in caso di necessità particolari e su richiesta del coordinatore. Lo scopo principale di questo incontro è far emergere, cercandone una soluzione, i problemi organizzativi e logistici interni al nucleo. La riunione di équipe è però anche l’occasione per discutere brevemente della gestione di ospiti complessi o problematici; è la sede in cui si

prendono decisioni circa la **linea da comportamento da tenere per affrontare situazioni critiche** specifiche relative ad alcuni degli ospiti o nel rapporto con i familiari e i *caregivers*.

4.7 Protocollo disfagia attuale

Nei vari nuclei del Centro Servizi ci si trova quotidianamente di fronte alla necessità di gestire l'alimentazione di una persona affetta da disfagia. Vengono dedicate molteplici risorse per assicurare all'utente disfagico la corretta somministrazione dei pasti, evitando il ricorso a nutrizioni artificiali. Un gruppo di lavoro di Ser.S.A. ha elaborato nel 2001 un **protocollo disfagia** (allegato 1) che è diventato il documento di riferimento nel percorso di gestione dell'utente disfagico. L'approccio del protocollo è di tipo **reattivo**, cioè pensato per rispondere ad un'esigenza (la necessità di gestione della nutrizione) nel momento in cui essa si manifesta.

Il protocollo disfagia è strutturato su 4 livelli:

- 1) Primo livello: operatori, familiari, volontari che sono stati addestrati all'imboccamento corretto, segnalano **all'infermiere** i primi sintomi di disfagia; l'infermiere ne verifica l'esistenza e gestisce l'alimentazione dell'utente modificando il menu di riferimento. Se le strategie adottate non risolvono la situazione, si passa al livello successivo.
- 2) Secondo livello: l'infermiere informa il **medico e i professionisti sanitari** del nucleo (**logopedista**, fisioterapista, psicologo) che intervengono ciascuno per la propria area di competenza; se nessuna strategia ha buon esito si passa al livello successivo.
- 3) Terzo livello: di fronte ad una disfagia grave, il medico attiva la consulenza del **Team Nutrizionale**⁷, che valuta l'opportunità di posizionamento di una PEG⁸ o l'utilizzo di SNG⁹. La valutazione viene sempre condivisa con i familiari. La decisione finale spetta al medico, ma è molto importante che sia il più possibile condivisa con *équipe* e *caregivers*.

⁷ Un team multidisciplinare, esterno all'azienda, formato da medici specialisti, con il compito di valutare la necessità di Nutrizione Artificiale ed eventualmente attivare le procedure per il posizionamento di una PEG.

⁸Gastrostomia Endoscopica Percutanea, detta PEG, è una tecnica che consente la nutrizione enterale.

⁹Una sonda gastrica per nutrizione è un dispositivo medico usato per provvedere alla nutrizione artificiale.

- 4) Quarto livello: una volta presa la decisione, tutta l'équipe si organizza per gestire al meglio l'obiettivo definito dal medico e condiviso con i familiari: posizionamento **SNG/PEG** o, in alternativa, sospensione dell'alimentazione per OS¹⁰ e accompagnamento alla morte con sostegno dell'idratazione endovenosa.

Il protocollo prevede che dal momento in cui il problema di disfagia viene preso in carico, medico e familiari siano costantemente aggiornati sull'evoluzione della patologia: in questo modo è possibile affrontare per tempo il tema del passaggio alla nutrizione artificiale o dell'accompagnamento alla morte. Anche gli invii in ospedale per la gestione delle infezioni polmonari potranno essere gestite sia dal medico di base che dai familiari.

L'immagine 2 riassume con una *flow chart* l'attuale gestione del paziente disfagico.

¹⁰ dal latino os, oris: alimentazione naturale per bocca

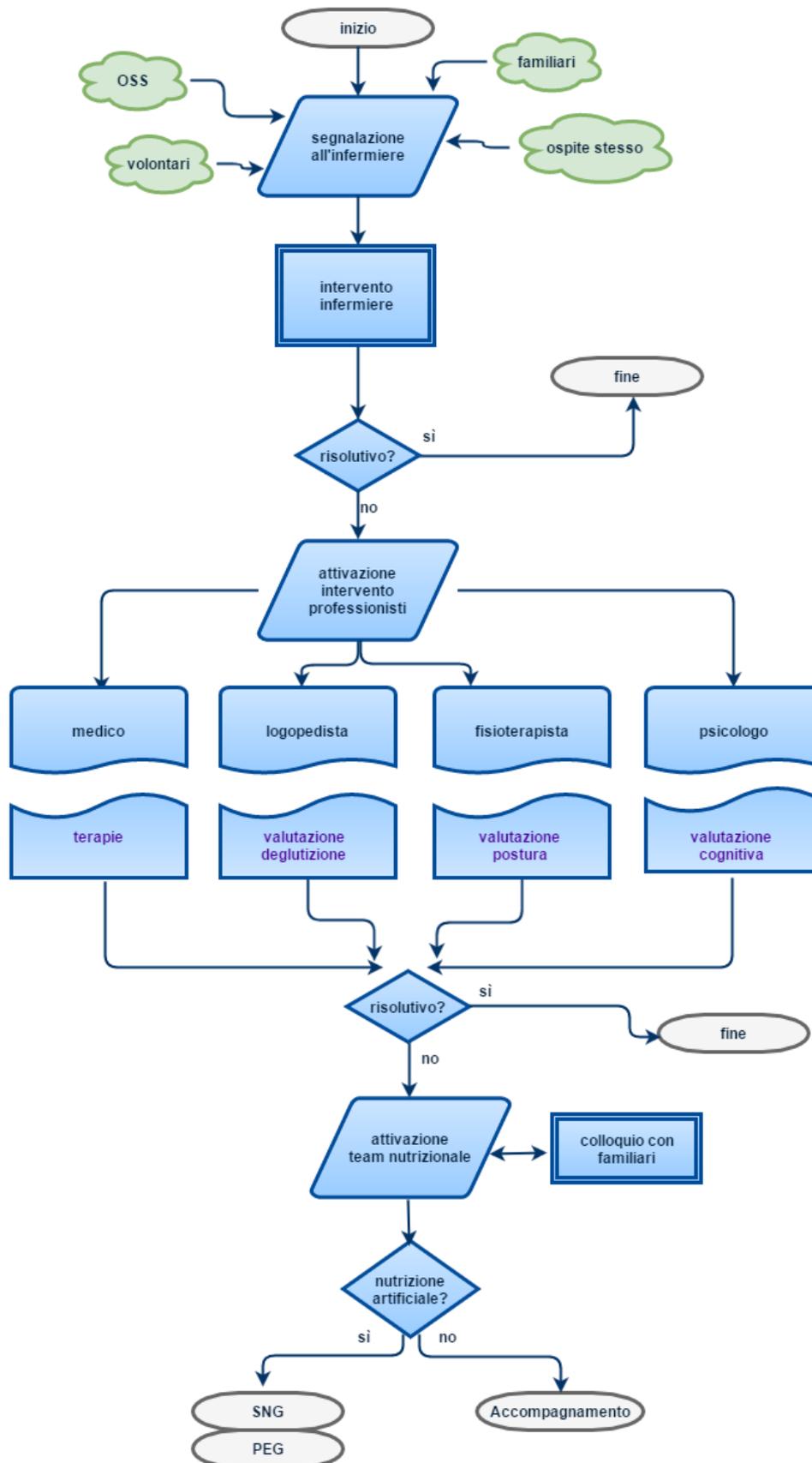


Immagine 2. Flow chart che sintetizza l'attuale protocollo disfagia in uso presso Ser.S.A.

Capitolo 5 – Analisi organizzativa

5.1 Eventi sentinella

La situazione problematica da cui è scaturito questo lavoro è relativa agli ospiti del Centro Servizi Ser.S.A. che, come tutti gli anziani istituzionalizzati, sono esposti ad una serie di rischi connessi al problema disfagia, in grado di mettere in pericolo la loro vita: la ricerca sul campo (cap. 3) conferma la presenza di episodi di soffocamento ed *ab ingestis*, con conseguenze che possono essere letali per chi ne va incontro. Al di là della frequenza più o meno elevata con cui si verificano, anche un solo episodio di soffocamento in cui un ospite rischia la vita è da considerarsi un **evento sentinella**¹¹: il verificarsi di un solo caso è sufficiente per dare luogo ad **un’indagine conoscitiva** diretta ad accertare se la causa sia riconducibile a **fattori eliminabili o riducibili** e per organizzare adeguate misure correttive.

5.2 Obiettivi e strumenti dell’analisi organizzativa

Lo scopo dell’analisi organizzativa è quello di identificare tutte le possibili cause che hanno portato al verificarsi degli eventi sentinella (soffocamenti ed *ab ingestis*) e identificare, tramite l’utilizzo di strumenti manageriali, se e quali di questi fattori contribuenti all’evento avverso sono eliminabili o riducibili attraverso la **pianificazione e messa in atto di interventi correttivi**.

La nostra analisi organizzativa si avvale:

- **dell’indagine statistica**, che ci restituisce un quadro puntuale sugli episodi di soffocamento ed *ab ingestis* avvenuti nel 2015,
- della panoramica (cap. 4) **sull’organizzazione interna del personale** e sulle figure professionali coinvolte nel processo di cura,
- di **un’analisi dell’efficacia degli strumenti organizzativi** adottati dall’Azienda (es. protocollo disfagia) al fine di identificare possibili criticità e aree di intervento.

¹¹ Nel contesto del protocollo di monitoraggio degli eventi sentinella, il Ministero definisce evento sentinella un “*evento avverso di particolare gravità, potenzialmente evitabile, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario*”. [20]

5.3 L'identificazione delle cause

Per la prima fase della nostra analisi si è scelto di utilizzare il **diagramma di Ishikawa**, una tecnica manageriale che permette di schematizzare graficamente¹² le possibili cause, principali e specifiche, che conducono al verificarsi di un evento avverso [21].

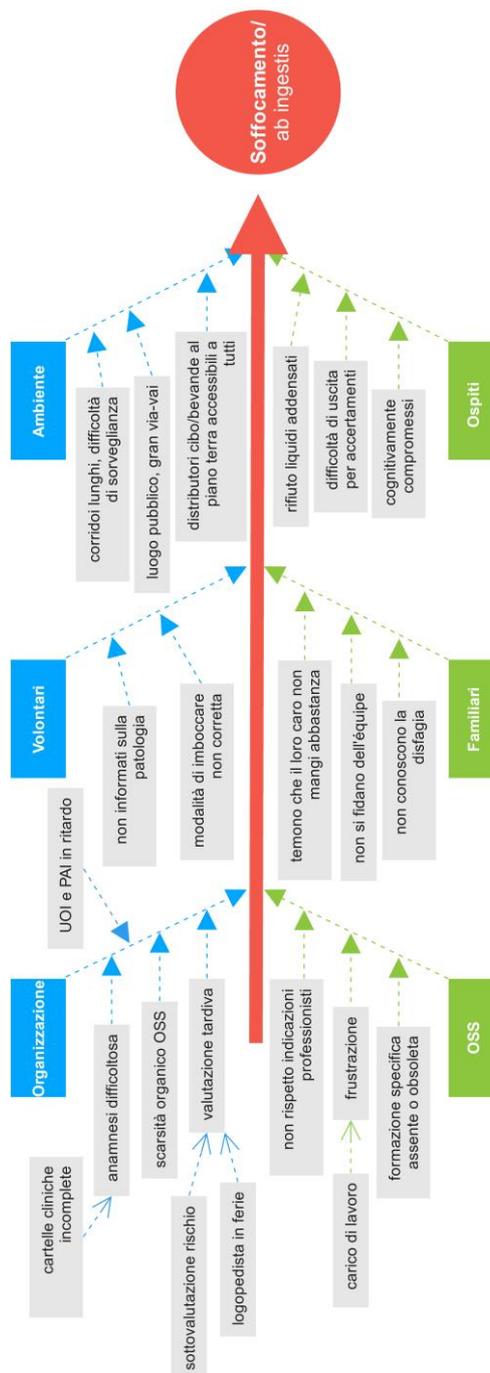


Immagine 3. Diagramma causa-effetto di Ishikawa per soffocamenti ed ab ingestis.

¹²Nel cerchio rosso è indicato il problema, formulato in modo chiaro e sintetico, del quale si cercano le cause principali; nei riquadri azzurri e verdi sono riportate le categorie principali di cause, quelli grigi indicano invece le possibili cause specifiche del problema.

Il diagramma è stato costruito sulla base delle valutazioni scaturite da alcuni incontri di brainstorming con il gruppo di lavoro¹³ e il referente di area socio-sanitaria e dall'analisi dei dati della ricerca sul campo. Queste sono le possibili cause che sono state individuate:

- **ORGANIZZAZIONE.** Sono le cause legate all'organizzazione interna dell'azienda e alle sue criticità.
 - **Un ritardo** nella convocazione delle UOI, e quindi nella **compilazione del PAI** e una **valutazione tardiva** (per ferie dei professionisti o altro) possono mettere a rischio il paziente neo-entrato in struttura;
 - una **cartella clinica incompleta** (per difficoltà nel passaggio da altra struttura o per assenza di documenti, se l'ospite proviene da domicilio) può ostacolare un'anamnesi corretta;
 - nella fase di presa in carico dell'utente, **manca un test di screening per la disfagia**, che può portare ad una sottovalutazione o un'errata valutazione del rischio e quindi ad eventi avversi;
 - la scarsità di operatori presenti nei nuclei può rendere difficile la sorveglianza.
- **OSS.** Questi operatori sono le figure che passano più tempo a contatto con gli ospiti, e sono incaricati di imboccare gli anziani non autosufficienti. Possibili cause di errore sono:
 - il non possedere una **formazione specifica** sul tema disfagia, o possederla non più aggiornata;
 - la frustrazione per il **carico di lavoro** elevato, che aumenta il rischio di commettere degli errori;
 - il **mancato rispetto delle indicazioni** dei professionisti circa la gestione dell'ospite disfagico.
- **VOLONTARI.** Anche i volontari trascorrono molto tempo con gli ospiti, ma non sono dipendenti dell'azienda. Alcuni hanno il permesso di imboccarli durante i pasti. I rischi sono legati a:

¹³ Il gruppo di lavoro è composto dal logopedista, da alcuni medici di base, dai professionisti (in particolare fisioterapisti ed educatori) e dai coordinatori di nucleo.

- **non conoscenza della patologia** disfagica e dei rischi ad essa connessi, che può portarli ad offrire cibo o liquidi non adatti agli ospiti;
- **modalità di imboccare gli ospiti non sicura** (per esempio: velocità eccessiva, postura di sicurezza non adottata)
- **FAMILIARI.** I familiari e care-givers sono figure centrali per una buona gestione del paziente disfagico. Ma possono costituire un fattore di rischio se:
 - non conoscono la disfagia e non si rendono conto dei rischi ai quali vanno incontro i loro cari;
 - portano cibi non adatti dall'esterno per paura che il familiare non si alimenti abbastanza;

Un aspetto critico può riscontrarsi se l'équipe ha prescritto delle limitazioni di consistenze per i cibi o la somministrazione di liquidi addensati, ma non ha instaurato una buona **alleanza terapeutica** con la famiglia: quest'ultima potrebbe non aderire al progetto assistenziale, mettendo in dubbio il lavoro dell'équipe e ostacolando.

- **AMBIENTE.** Sono le variabili legate al contesto ambientale e architettonico:
 - il Centro Servizi è in una villa settecentesca, sviluppata con una pianta orizzontale: i nuclei si estendono in **lunghi corridoi** che rendono difficile una sorveglianza sulle 24h;
 - i **distributori automatici di cibo e bevande** sono posti nel Padiglione Servizi al piano terra, separati dai nuclei residenziali; vi transita un gran numero di persone ogni giorno, compresi alcuni ospiti che si spostano autonomamente: anche in questo caso è difficile garantire la sorveglianza.
- **OSPITI.** L'ultima variabile analizzata riguarda i rischi intrinseci connessi agli anziani che risiedono in Casa di Riposo:
 - la **compromissione cognitiva** e la demenza in stato avanzato rendono difficile l'adesione consapevole al piano assistenziale: gli ospiti possono mettere a rischio, senza rendersene conto, loro stessi (rifiutando ad esempio i liquidi addensati, che possono avere un sapore percepito sgradevole) o altri anziani (dando loro di nascosto dei cibi che ne mettono a rischio l'incolumità);

- per gli stessi motivi non sempre è possibile trasportare in sicurezza l'ospite con sospetta disfagia in Ospedale per effettuare degli accertamenti strumentali (es. videofluoroscopia) utili alla formulazione della **diagnosi**: quest'ultima è quindi basata prevalentemente **sulla clinica** (esame obiettivo e valutazioni medica e logopedica), e **sull'anamnesi** (con i problemi di documentazione descritti in precedenza).

5.4 I criteri di scelta

Individuate le cause, principali e specifiche, del problema, è stata effettuata una riflessione per scegliere su quali aree intervenire, pianificando dei progetti aziendali.

I criteri che hanno guidato il gruppo di lavoro nella scelta degli interventi sono:

- **la rilevanza** della causa rispetto al problema, tenendo in considerazione che il nostro obiettivo non è agire sui singoli eventi avversi, ma **ridurre** a monte **il rischio** che queste complicanze si verifichino. L'errore è l'evento conclusivo di una complessa catena di fattori ambientali, organizzativi e umani (la *catena dell'errore*), nella quale il contributo della persona che lo ha effettivamente commesso (se c'è) è solo l'ultimo anello e non necessariamente il più rilevante. [21]
- **la fattibilità** delle soluzioni ipotizzate, sia in termini organizzativi che in termini economici. Gli interventi devono essere sostenibili dall'azienda a livello economico e in termini di risorse di personale.
- **la misurabilità** degli interventi, a medio e lungo termine. Gli interventi del progetto devono essere misurabili oggettivamente, per verificare che siano stati effettivamente attuati e valutarne l'efficacia in un secondo momento.

5.5 Individuazione delle aree progettuali

Raccogliamo di seguito le riflessioni fatte durante gli incontri di analisi del gruppo di lavoro:

ORGANIZZAZIONE.

- Quantità di personale: riuscire ad avere un numero abbondante di operatori presenti in sala da pranzo al momento del pasto degli ospiti è una possibilità difficilmente realizzabile. L'Azienda rispetta già gli standard regionali di personale previsti (tab. 3 pag 13); aumentare solo il numero degli operatori, a fronte di un costo elevato, aumenterebbe la mera sorveglianza aspecifica, senza rappresentare un intervento mirato alla riduzione del rischio disfagia.
- Per quanto riguarda la compilazione di PAI e la convocazione UOI, l'azienda ha già predisposto il "Progetto Accoglienza" (vedi par. 4.4 pag 26), che riduce i tempi di intervento.
- **Cartelle cliniche incomplete:** un campo in cui è difficile agire. Nella maggior parte dei casi la carenza di documentazione dipende da **fattori esterni** all'organizzazione
- Per evitare la **sottovalutazione del rischio** una possibilità è rappresentata dall'introduzione di uno strumento di screening all'ingresso per classificare i pazienti in base al livello di rischio.

OSS.

- Il mancato **rispetto delle indicazioni** dei professionisti può essere considerato indice di un basso livello di fiducia nel gruppo dei professionisti;
- la mancanza di informazione sul tema disfagia può comportare un atteggiamento di superficialità, sottostima del rischio e non rispetto delle indicazioni: la formazione degli operatori è un aspetto di cui l'Azienda intende occuparsi.

VOLONTARI.

- Allo stesso modo, la struttura può assicurarsi che i volontari che prestano servizio nei nuclei, pur non essendo dipendenti dell'Azienda, siano formati per quanto riguarda la disfagia e le corrette modalità di imboccare gli ospiti.

FAMILIARI.

- Risulta molto importante avviare la costruzione di una **valida alleanza terapeutica** con il familiare, fin dal momento dell'ingresso in struttura dell'ospite. Tale alleanza è importante per la gestione di due criticità:
 - a. evitare l'interferenza del familiare nella gestione dell'alimentazione dell'utente. Questa può concretizzarsi attraverso inappropriate considerazioni riguardanti il menù oppure portando da casa alimenti non autorizzati;
 - b. accompagnare il familiare nell'affrontare tutte le problematiche relative alla gestione della disfagia, compresa la fase in cui bisognerà prendere decisioni relative alla sospensione dell'alimentazione per os.
- Questa fiducia si può costruire, ad esempio, fornendo da subito delle figure a cui fare riferimento e tramite una chiara ed efficace informazione sulla patologia disfagica e i rischi ad essa connessi. L'équipe dovrebbe essere in grado di fornire un buon **counselling** alla famiglia: il colloquio a 15 giorni rappresenta un'occasione per informare i *caregivers* sul lavoro dell'équipe e sulla gestione dei rischi legati alla disfagia.

AMBIENTE.

- Le variabili legate all'ambiente sono difficilmente intaccabili: non è possibile modificare la struttura architettonica della villa, né spostare l'ubicazione dei distributori di cibo e bevande né tantomeno limitare o restringere l'accesso all'edificio. Si può però, attraverso la formazione di volontari e familiari, fare in modo che più persone consapevoli dei rischi disfagia frequentino il Centro Servizi, alimentando così una sorta di "sorveglianza indiretta" con costi molto contenuti.

OSPITI.

- Anche in questo caso è difficile intervenire sulle patologie di base degli utenti e sulla compromissione cognitiva. Neppure è possibile prestabilire il mix di patologie presenti in struttura. Sono però possibili interventi del servizio di Psicologia e di quello Educativo in caso di rifiuto di cibi specifici o liquidi addensati, tra l'altro già previsti dall'attuale protocollo.

Capitolo 6 – Azioni di miglioramento

6.1 La scelta degli interventi

Il gruppo di lavoro ha individuato, sulla base delle riflessioni del paragrafo precedente, dei progetti da realizzare, schematizzati nell'immagine 4. L'**approccio** che ha guidato la scelta degli interventi è di tipo **proattivo**, orientato cioè verso l'attitudine alla tempestiva identificazione del maggior numero di rischi possibile e al conseguente utilizzo di tutti gli strumenti idonei al fine di eliminarli o ridurne la probabilità che si verifichino e in ultima analisi che il loro eventuale impatto sia il più basso possibile.



Immagine 4. I progetti scelti per la gestione del rischio disfagia

- 1) **Formazione:**
 - a. rivolta ad OSS
 - b. rivolta a volontari
- 2) **Creazione di un opuscolo informativo per i familiari**
- 3) **Introduzione di un indice di rischio per la disfagia**
- 4) **Aggiornamento del protocollo disfagia**

6.2 Formazione rivolta agli OSS

Il progetto si rivolge sia agli operatori neo-assunti, sia a quelli che già lavorano nella struttura. Lo scopo è quello di fornire a tutti gli OSS che lavorano nei nuclei e che ogni giorno si occupano dell'alimentazione degli anziani una **formazione specifica e aggiornata sulla disfagia**¹⁴, rafforzando le competenze già acquisite nel percorso formativo professionale. L'obiettivo è di ridurre gli errori umani, rendere gli operatori più consapevoli della complessità del loro lavoro e migliorare il clima dell'équipe valorizzando il **ruolo dell'OSS**, che, capace di riconoscere i segni di una sospetta disfagia, diventa **un attore nel processo** di gestione del rischio.

Gli incontri di formazione, tenuti dal logopedista, prevedono una parte teorica e una parte pratica:

- per i **neo-assunti**, 1h di lezione teorica individuale da effettuare entro 15 giorni dall'entrata in servizio dell'operatore + 1h di affiancamento e supervisione nelle manovre di imbocco durante i pasti del nucleo in cui l'OSS presta servizio.
- per gli altri operatori, 1h 30' di lezione teorico-pratica (con role playing didattici) di gruppo, svolta all'interno delle riunioni di équipe mensili.



Immagine 5. Un momento della formazione rivolta agli operatori durante una riunione d'équipe

Al termine della formazione viene consegnata a ciascun operatore una dispensa che potrà consultare in caso di incertezza. La verifica dell'apprendimento avviene tramite un breve questionario a risposta multipla, somministrato a fine evento.

6.3 Formazione rivolta ai volontari

Il progetto si rivolge sia ai volontari nuovi, sia a quelli che già prestano servizio nella struttura. Lo scopo è quello di fornire a tutti i volontari che gravitano nel Centro Servizi una formazione specifica e aggiornata sulla disfagia. L'obiettivo è di **ridurre i rischi**

¹⁴ Gli operatori Socio Sanitari non sono sottoposti all'obbligo degli ECM: l'aggiornamento professionale per queste figure è a cura dell'Azienda presso cui prestano servizio.

legati alle manovre di imbocco degli ospiti prestate dai volontari e sensibilizzare i volontari stessi sui rischi legati all'assunzione di cibi o bevande presi dai distributori automatici o portati dall'esterno senza il consenso dell'équipe. Obiettivo secondario è potenziare la sorveglianza "indiretta" negli spazi comuni e presso i distributori di cibo e bevande: ogni persona in più, informata sui rischi e sensibile al tema, rappresenta uno "strato" di protezione aggiuntivo contro il verificarsi di eventi avversi.

Gli incontri di formazione prevedono una parte teorica e una parte pratica:

- per i **nuovi volontari**, 30' di lezione teorica individuale tenuta dal logopedista da effettuare prima dell'entrata in servizio del volontario + 30' di affiancamento e supervisione, a cura degli operatori in turno nei nuclei, durante la prima manovra di imbocco.
- per gli altri volontari, l'AVO (Associazione Volontari Ospedalieri) prevede degli incontri di formazione/ripasso di gruppo con cadenza annuale. Una sessione di questi incontri è tenuta dal logopedista della struttura, sul tema "Alimentazione e disfagia".

6.4 Introduzione di un indice di rischio per la disfagia

Tra le cause di errore individuate vi è quella della **sottovalutazione del rischio** disfagia, criticità che viene confermata dalla ricerca sul campo, secondo la quale non si riscontrano differenze di incidenza tra i vari nuclei del Centro Servizi: la probabilità di trovare un anziano con disturbi della deglutizione è costante in tutti i nuclei. È necessario quindi **classificare i pazienti** in base alla loro storia clinica ed anamnesi, per **individuare i soggetti potenzialmente più a rischio** di andare incontro a disfagia. Per superare la difficoltà nel reperimento tempestivo di informazioni cliniche, che spesso rende questa classificazione impossibile, si introduce un nuovo strumento, **l'indice di rischio per la disfagia** (allegato 2). Si tratta di un breve questionario, che dovrà essere compilato dall'infermiere con le informazioni rese dai familiari, che ha lo scopo di **assegnare un livello di rischio** disfagia a ciascun ospite della struttura, permettendo così di agire, nel caso di rischio elevato, *prima* dell'insorgenza di un soffocamento o di una polmonite da aspirazione e, in generale, di monitorare le situazioni più a rischio che vengono così identificate in modo semplice e veloce già all'ingresso in struttura. L'indice di rischio è stato costruito partendo da uno strumento esistente, realizzato da

Baretter e colleghi [22] nel 2004, il quale però è composto sia da domande preliminari sulla deglutizione sia da item legati ad una valutazione della funzione deglutitoria (es. prassie oro-facciali, movimenti lingua) che necessitano di un esame obiettivo, per quanto breve, del paziente. Questo secondo tipo di item è stato eliminato nel nostro strumento e sostituito da domande sulla patologia di base del paziente, di più veloce compilazione ma in grado di fornire informazioni molto preziose rispetto al rischio di disfagia e di **colmare le eventuali carenze di documentazione clinica**. È stata inoltre aggiunta una sezione “segni e sintomi” volta ad indagare la presenza di una disfagia pregressa. Il linguaggio è stato semplificato per rendere gli item più comprensibili ai familiari che devono rispondere alle domande.

L’indice di rischio è pensato per essere compilato al momento dell’ingresso o nei giorni immediatamente successivi; la compilazione richiede circa 5 minuti e può essere effettuata dall’infermiere in turno insieme al familiare di riferimento. Gli item sono a risposta binaria “sì/no”: se tutte le risposte sono “no”, viene attivato il normale monitoraggio infermieristico; se c’è anche solo un “sì”, il logopedista viene informato del risultato e può procedere, se lo ritiene opportuno, ad una valutazione approfondita; se i “sì” sono due o più, la valutazione logopedica è considerata urgente per l’alto rischio disfagia.

Vista la sinteticità, il ridotto numero di item che compongono l’indice e l’assenza di un esame clinico, questa classificazione in livelli di rischio non è da considerarsi standardizzata. L’indice è da intendersi come uno **strumento aziendale di gestione del rischio** che ha lo scopo di accelerare l’intervento dello specialista identificando i casi su cui porre maggiore attenzione da subito, *prima* dell’eventuale verificarsi dell’evento avverso. Il rischio di generare *falsi negativi*¹⁵ è scongiurato dall’interpretazione del livello di rischio: basta la presenza di un solo item positivo (cioè di un solo fattore di rischio, indipendentemente dal suo peso) perché il livello di rischio risultante sia “medio”, con conseguente attivazione del logopedista. Anche in caso di “rischio basso” viene attivato il monitoraggio infermieristico durante i primi pasti, con possibilità di approfondimento qualora vi siano segni o sintomi di disfagia.

¹⁵ In questo caso: un risultato di livello di rischio basso per un paziente affetto invece da disfagia.

L'attendibilità del risultato è garantita sia dall'impianto del lavoro di Baretter e coll. [22], sia dalla letteratura scientifica (cfr. tabelle 1,2 cap. 1) sia dall'indagine statistica condotta in Ser.S.A. (cfr. grafico 3 capitolo 3).

6.5 Opuscolo informativo per i familiari

Se per OSS e volontari il progetto riguarda la *formazione*, per i familiari parliamo piuttosto di *informazione*. Il gruppo di lavoro è convinto che la grande maggioranza dei problemi che si verificano con i familiari degli ospiti siano dovuti a **difficoltà nella comunicazione**. E perché la comunicazione sia efficace è necessario che entrambi gli interlocutori utilizzino un "codice" condiviso: se i familiari non hanno mai sentito parlare di disfagia e non conoscono la gravità dei rischi associati (soffocamento, ab ingestis) è probabile che rifiutino le decisioni dell'équipe e le ostacolino, rompendo **l'alleanza terapeutica** fondamentale per evitare situazioni di pericolo per il proprio caro. Nei familiari che non sono ben informati prevale la preoccupazione per il fatto che l'ospite non si alimenti e idrati a sufficienza ("che muoia di fame e di sete"). Questo breve **opuscolo** (allegato 3), che illustra in maniera chiara ed accessibile la patologia disfagica e i rischi ad essa connessi, è uno strumento di counselling che, insieme ai colloqui di condivisione con l'équipe, può rinforzare la *compliance* della famiglia al Piano Assistenziale stilato dal gruppo di lavoro e ridurre i rischi di errore legati alla sottovalutazione del rischio da parte dei familiari (cfr. par 3.4 pag. 21).

La brochure, messa a punto dal Servizio di Logopedia e condivisa in équipe, verrà distribuita a partire da dicembre 2016 negli spazi comuni del Centro Servizi e consegnata ai familiari degli utenti contestualmente alla compilazione dell'indice di rischio per la disfagia: tale strategia renderà i familiari più consapevoli ed informati rispetto al tema disfagia; essi potranno così contribuire fattivamente al processo di gestione del rischio ed entrare a pieno titolo nel supporto al team assistenziale lungo il difficile percorso di gestione dell'alimentazione nell'utente disfagico. Il linguaggio adottato per la brochure è il più possibile semplice e comprensibile anche dai non addetti ai lavori, ma non banale: l'opuscolo vuole essere infatti uno **strumento didattico oltre che di counselling**, e la sua distribuzione sarà accompagnata da un colloquio informativo di cui la brochure rappresenterà il "*take home message*".

6.6 La nuova gestione dell'utente disfagico

La gestione di un soggetto disfagico è complessa e prevede l'azione integrata di diversi professionisti al fine di garantire al paziente le migliori prospettive in termini di abilità deglutitoria, nutrizione, prevenzione delle complicanze polmonari e qualità della vita. La **condivisione di un percorso diagnostico-terapeutico** da parte di tutte le figure professionali che ruotano intorno al paziente disfagico, preferibilmente organizzate in team, consente una visione precisa dell'operato di ogni professionista e delle criticità di ogni paziente disfagico.

Nell'Azienda Ser.S.A. questo percorso, cominciato nel 2001 con la definizione del primo protocollo per la disfagia, si arricchisce ora di **strategie** anche *proattive*, mirate ad un maggiore controllo di tutte le fasi del processo di presa in carico del paziente, a partire dal suo ingresso in struttura.

L'immagine 6 schematizza la nuova modalità di gestione del rischio disfagia: al momento dell'ingresso in struttura, viene compilato l'indice di rischio dall'infermiere, con la collaborazione dei familiari. Questo è anche il momento per un primo, rapido, counselling ai familiari con la consegna dell'opuscolo informativo. A seconda del risultato di questo primo screening, si attiverà il normale monitoraggio ai pasti da parte di infermieri e OSS oppure, in caso di presenza di fattori di rischio, interverrà il logopedista con una valutazione approfondita: questo è un cambiamento significativo, **l'intervento del professionista viene anticipato** ed assume un *valore* preventivo *chiave* nell'ottica di gestione del rischio. Naturalmente l'infermiere potrà richiedere l'intervento del logopedista qualora notasse dei segni di disfagia durante i primi pasti, anche se l'utente era stato classificato "a basso rischio".

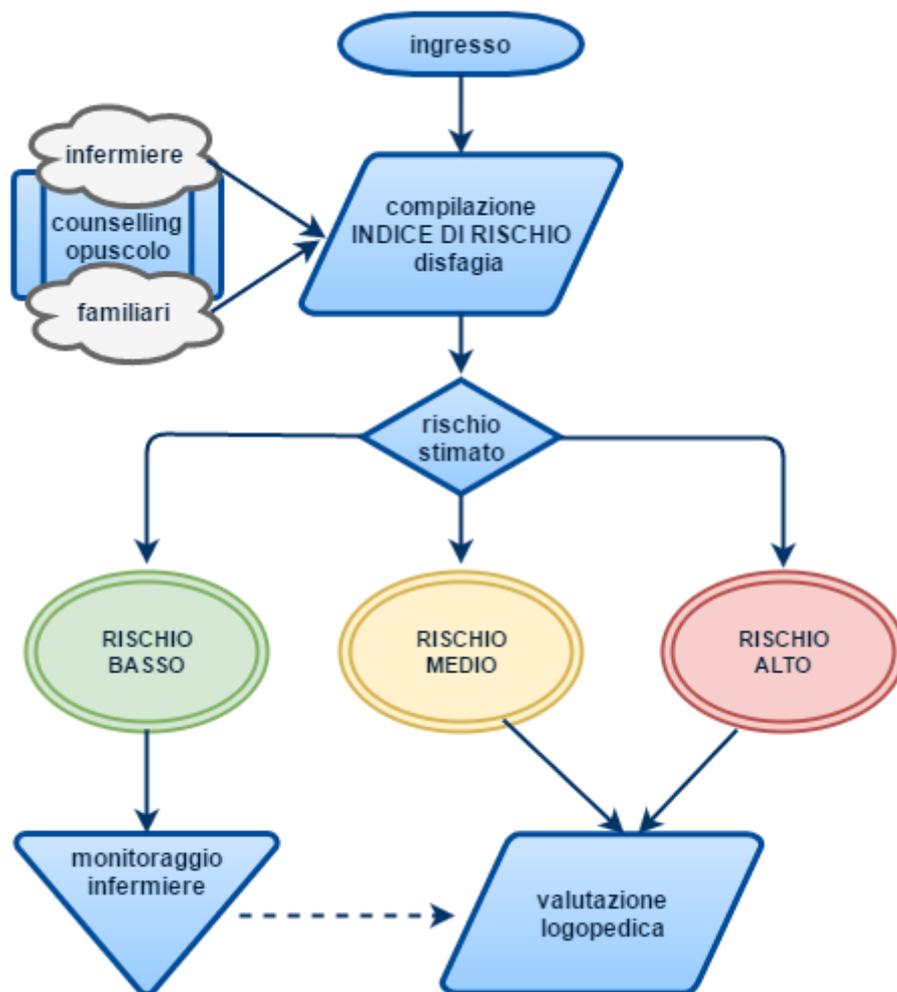


Immagine 6. Flow-chart della nuova presa in carico e gestione del paziente con sospetta disfagia

L'immagine 7 ci mostra invece la nuova successione di passaggi organizzativi laddove i problemi di deglutizione insorgano in un anziano già residente nel Centro Servizi:

- il primo a raccogliere la segnalazione è sempre **l'infermiere**, che però non agisce più da solo (cfr. immagine 2 pagina 29), ma già in questa prima fase coinvolge gli altri specialisti, tra cui il principale è il **logopedista**, che si interfaccia a sua volta con il **medico** e con le altre figure coinvolte nella gestione dell'ospite disfagico.
- Professionisti e medici discutono il caso in team e, se la decisione (la cui responsabilità è del medico) è di continuare l'alimentazione per OS, questa seguirà le indicazioni date dal logopedista e verrà costantemente monitorata;
- qualora si valuti la possibilità del passaggio ad una nutrizione artificiale (PEG o SNG), si segue l'iter già definito dal precedente protocollo (cfr. pagina 27).
- Si vuole evidenziare qui il ruolo del **counselling alla famiglia**, che deve essere coinvolta in questo tipo di decisioni, affinché queste risultino il più possibile condivise tra équipe e *caregivers*.
- Viene altresì introdotto tra gli attori del processo il **coordinatore di nucleo**, figura cardine di riferimento per la famiglia rispetto a tutto ciò che succede nel nucleo di degenza dell'utente: il coordinatore è la figura di raccordo tra équipe e familiari, partecipa ai colloqui, coordina l'attività dei professionisti ed è garante della corretta applicazione del protocollo per la disfagia.

Il nuovo processo di gestione del paziente disfagico è contenuto all'interno del nuovo **"Protocollo di gestione dell'ospite affetto da disfagia"** (allegato 4), che entrerà in vigore in Ser.S.A. dal 01/01/2017.

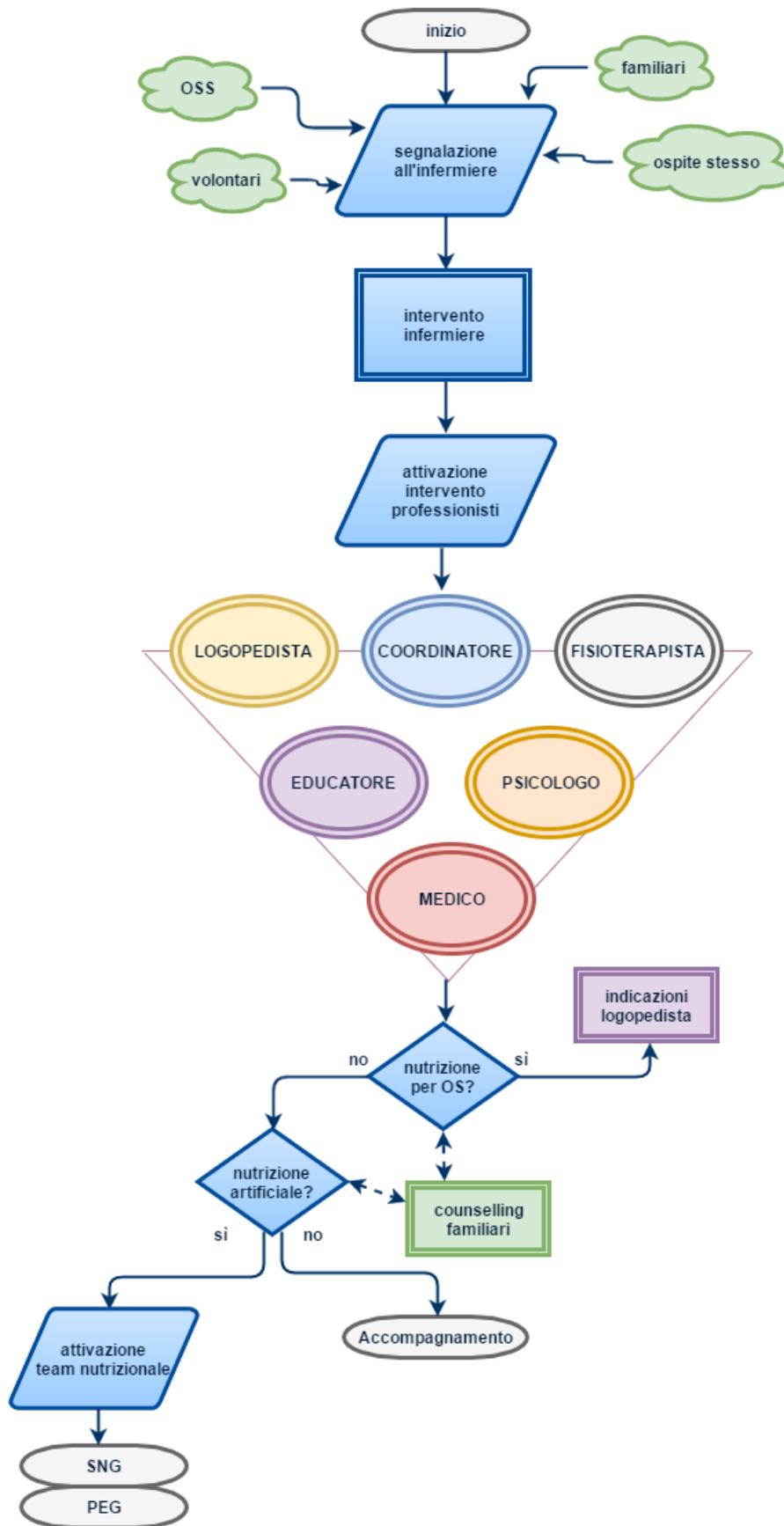


Immagine 7. Flow-chart della nuova gestione del percorso di gestione dell'utente disfagico in Ser.S.A.

6.7 Verifica dell'efficacia delle azioni di miglioramento

Molteplici sono le possibilità di valutare l'efficacia delle azioni di miglioramento messe in atto con il presente lavoro. Ad esempio sarà possibile:

- **quantificare il numero di indici di rischio per la disfagia effettivamente compilati** sul totale dei nuovi ingressi. Lo strumento di valutazione, infatti, sarà integrato nel software di gestione delle cartelle cliniche, cosa che ne consentirà una rapida analisi. Il valore atteso è del 80% entro giugno 2017, del 100% al 31/12/2017.
- Sarà possibile anche verificare quanti degli utenti con livello di rischio medio-alto sono andati incontro a disfagia e alle sue complicanze. Similarmente sarà possibile verificare il numero di eventuali *falsi negativi*, cioè quante persone poi affette da disfagia avevano ottenuto all'ingresso un livello di rischio basso.
- **quantificare il numero di OSS e volontari che hanno ricevuto una formazione aggiornata sulla disfagia** e sui rischi ad essa connessi. Il valore atteso per gli OSS è 100% entro 30/6/2017; per i volontari è 80% entro 30/6/2017, 100% al 31/12/2017.
- condurre una **nuova indagine retrospettiva**, relativa all'anno 2017, per conoscere l'incidenza annuale di soffocamenti e polmoniti *ab ingestis* e la loro modalità di gestione. Il nuovo tasso potrà essere confrontato con quello del 2015 per verificare di quanto il numero di eventi avversi si sia modificato dopo l'introduzione delle nuove strategie di gestione del rischio; inoltre sarà possibile indagare le cause di questi eventi sentinella e conoscere se esse siano correlate ad errori del personale in possesso di formazione specifica sulla disfagia.

Conclusioni

Il presente lavoro prende le mosse con la descrizione della patologia disfagica, della sua eziologia e delle sue complicanze, con particolare riferimento ai dati epidemiologici relativi all'incidenza del disturbo tra le popolazioni di anziani istituzionalizzati. Il contesto di riferimento è costituito infatti dal **Centro Servizi per Anziani di Belluno**, una struttura residenziale che accoglie fino a 150 ospiti non autosufficienti. La direzione di Ser.S.A., la società che gestisce tale struttura, ha manifestato la volontà di migliorare le strategie di gestione dei rischi connessi alla disfagia, potenzialmente in grado di mettere in pericolo la vita dei residenti.

Questo lavoro ha chiarito i contorni della situazione problematica: attraverso un'indagine retroattiva sono stati calcolati i tassi di incidenza nel Centro Servizi di due tra le più pericolose complicanze della disfagia: gli episodi di soffocamento e le infezioni polmonari *ab ingestis*.

L'analisi organizzativa, svolta con il supporto del gruppo di lavoro di Ser.S.A., ha identificato le possibili cause di questi *eventi sentinella*, individuando le aree di criticità relative all'organizzazione interna, al personale, ai visitatori e agli ospiti stessi. Sono state quindi individuate e scelte delle aree di intervento, sulle quali agire attraverso la pianificazione di **azioni di miglioramento** volte a eliminare o ridurre i rischi connessi alla disfagia.

Le azioni di miglioramento sono volte all'introduzione di **strumenti proattivi** di gestione del rischio, prima mancanti. Gli interventi realizzati afferiscono principalmente a due ambiti:

- **formazione e informazione** sui rischi connessi alla disfagia, la prima rivolta ad operatori e volontari, la seconda a familiari e *caregivers*;
- **presa in carico dell'ospite** con
 - assegnazione di un livello di rischio relativo alla disfagia e successiva gestione multidisciplinare integrata del disturbo,
 - rinnovata sinergia tra medico, infermiere, logopedista e altri professionisti
 - valorizzazione del ruolo dell'OSS, ora protagonista attivo nella prevenzione dei rischi

- presenza di una figura di riferimento per l'équipe e i familiari rappresentata dal coordinatore di nucleo.

La messa in atto di queste azioni di miglioramento potrà creare le condizioni per una **migliore gestione del paziente disfagico** residente nel Centro Servizi Ser.S.A. e ad una auspicabile diminuzione del numero di eventi avversi, come ad esempio i decessi causati da polmoniti *ab ingestis*. Sarà importante verificare, a distanza di tempo, l'efficacia degli interventi, con nuove indagini sul campo e nuove analisi della catena delle cause, anche costruendo degli indicatori di qualità in grado di confermare la bontà del progetto. Tutto questo sulla scia dell'orientamento all'eccellenza, così come formulato nel Codice Etico dell'Azienda [23]:

“Orientamento all'eccellenza:

Ser.S.A. si impegna al continuo miglioramento dei servizi offerti individuando e perseguendo adeguati standard qualitativi certificati, investendo in particolare nell'innovazione dei processi tecnologici e ricercando un equilibrio tra iniziative economiche ed esigenze ambientali.”

Bibliografia

- 1) REVISIONE MEDICA DELLE LINEE GUIDA PER INTERVENTI SULLA DISFAGIA, American Speech-Language Hearing Association Ottobre 2004, Traduzione italiana a cura di Cattaneo A., Raimondo S., Schindler A., novembre 2005
- 2) Schindler O., Ruoppolo G., Schindler A., 2011, Deglutologia, Omega Edizioni, Torino.
- 3) Nogueira D, Reis E. Swallowing disorders in nursing home residents: how can the problem be explained? *Clinical Interventions in Aging*. 2013;8:221-227. doi:10.2147/CIA.S39452.
- 4) Malandraki GA, Perlman AL, Karampinos DC, Sutton BP. Reduced somatosensory activations in swallowing with age. *Hum Brain Mapp*. 2011;32(5):730–743.
- 5) Nilsson H, Ekberg O, Olsson R, Hindfelt B. Quantitative aspects of swallowing in an elderly nondysphagic population. *Dysphagia*. 1996;11(3):180–184.
- 6) Steele CM, Van Lieshout P. Tongue movements during water swallowing in healthy young and older adults. *J Speech Lang Hear Res*. 2009;52(5):1255–1267.
- 7) Kayser-Jones, Jeanie et al., *Dysphagia Among Nursing Home Residents, Geriatric Nursing* , Volume 20 , Issue 2 , 77 – 84
- 8) Humbert IA, Robbins J. Dysphagia in the elderly. *Phys Med Rehabil Clin N Am*. 2008;19(4):853–866.
- 9) Logemann JA. *Evaluation and treatment of swallowing disorders*. 2nd ed. Austin (TX): Pro-Ed; 1998.
- 10) Smith Hammond, C. A., & Goldstein, L. B. (2006). Cough and aspiration of food and liquids due to oral-pharyngeal dysphagia: ACCP evidence-based clinical practice guidelines. *Chest*, 129, 154–168.
- 11) Bordow, R. A., Ries, A. L., & Morris, T. A. (2001). *Manual of clinical problems in pulmonary medicine* (5th ed.). Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins.
- 12) Muller, N. L., Fraser, R. S., Lee, K. S., & Johkoh, T. (2003). *Diseases of the lung radiologic and pathologic correlations*. Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins.

- 13) Cichero, J., & Murdoch, B. (2006). *Dysphagia foundation, theory, and practice*. New York: John Wiley and Sons
- 14) Carta dei Servizi di Ser.S.A. Srl, reperibile sul sito www.sersa.it
- 15) Faggian S., Borella E., Pavan G., 2013, *Qualità di cura e qualità di vita della persona con demenza. Dalla misurazione all'intervento*, Franco Angeli, Milano.
- 16) Marrie, T. J., Fine, M. J., Kapoor, W. N., Coley, C. M., Singer, D. E., & Obrosky, D. S. (2002). Community-acquired pneumonia and do not resuscitate orders. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50, 290–299.
- 17) Yende, S., Angus, D. C., Ali, I. S., Somes, G., Newman, A. B., Bauer, D., et al. (2007). Influence of comorbid conditions on long-term mortality after pneumonia in older people. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55, 518–525.
- 18) Pikus, L., Levine, M. S., Yang, Y. X., Rubesin, S. E., Katzka D. A., Laufer, I., et al. (2003). Videofluoroscopic studies of swallowing dysfunction and the relative risk of pneumonia. *American Journal of Roentgenology*, 180, 1613–1616.
- 19) Allegato 3 del manuale qualità di Ser.S.A. Srl, reperibile sul sito www.sersa.it
- 20) Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, Luglio 2009, *Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella*
- 21) Calamandrei C., 2015, *Manuale di management per le professioni sanitarie*, McGraw Hill Education, Milano
- 22) Leoci V., Baretter A., Bosco A.M., Gaio F. Indagine sull'incidenza di disfagia in ospiti istituzionalizzati presso l'I.R.A. di Padova: proposta di due scale di valutazione. Studio longitudinale. *Giornale di Gerontologia*, vol. LI, n°55: 196 (2003)
- 23) Ser.S.A., “Codice Etico”, 2015, p.3, reperibile sul sito www.sersa.it

Ultimo accesso al sito www.sersa.it effettuato il 30/11/2016

Allegato 1

SER.S.A.
Servizi Sociali Assistenziali S.P.A.



Casa di Riposo "M. Gaggia Lante"
Nucleo Alzheimer
Villa di Soggiorno "Bizio Gradenigo"
Casa - Alloggi Assistiti
Centro Diurno e Servizi
Assistenza Domiciliare

Protocollo di gestione della nutrizione in presenza di disfagia

Data emissione 01/08/2011

Rev. 01 del 1 agosto 2012

RISORSE:

- INFERMIERI
- OPERATORI SOCIO SANITARI
- PROFESSIONISTI
- MEDICO CURANTE
- TEAM NUTRIZIONALE OSPEDALIERO

SCOPO:

- Garantire un corretto approccio assistenziale alla Persona con problemi di disfagia e creare un gruppo di lavoro che sostiene il medico chiamato a decidere come affrontare la nutrizione di una Persona con disfagia

VANTAGGI:

- Standardizzazione delle modalità di gestione delle criticità relative alla disfagia
- Sostegno al Medico, responsabile della salute della Persona
- Ottimizzazione delle risorse umane

SVANTAGGI:

- allo stato attuale delle cose non ve ne sono di prevedibili.

PROCEDURA :

1. PRIMA FASE

La Persona presenta le prime difficoltà nell'assumere gli alimenti. L'operatore, il familiare, il volontario, lo stesso utente, segnalano all'infermiere la difficoltà riscontrata

→l'infermiere si attiva a seguito della segnalazione di :

- riduzione della quantità di cibo assunta da parte della persona
- tempi prolungati nel consumare il pasto
- presenza di tosse durante o post prandiale
- presenza prolungata di alimento nel cavo orale
- rifiuto degli alimenti generalizzata
- selezione degli alimenti assunti
- episodi di vomito post-prandiali
- atteggiamenti di irritazione e scarsa concentrazione durante il pasto

→L'infermiere si attiva per una ulteriore raccolta dati al fine della formulazione del problema :

- verifica se la persona è nella fase di adattamento alla struttura/reazione di rifiuto
- intervistare l'ospite, familiare, oss:
- verifica se ci sono state delle variazioni rispetto alla distribuzione pasto(orari) e consumo dei pasti (cambiato posto a tavola, disturbi in sala da pranzo)
- verifica la presenza di problemi a livello del cavo orale (denti, protesi)
- osserva i comportamenti della persona attraverso schede di monitoraggio
- verifica parametri : peso corporeo, PA, temperatura
- Valuta lo stato di salute generale della persona: stato febbrile – condizione legata a problemi di stipsi/dissenteria, nausea vomito, mancanza appetito – insufficiente idratazione - patologie attive condizionanti (infezione polmonare, affezioni stomatologiche, problemi apparato digerente) - interazione di terapie in corso (sedativi, ansiolitici, antiacidi) - stato psicologico/cognitivo (depressione, demenza, lutto) - integrità apparato musc/scheletrico (fratture, periartriti, debolezza musc.)

→L'infermiere elabora i dati raccolti e definisce gli obiettivi assistenziali di primo intervento:

- prescrive un intervento di alimentazione assistita definendo tempi e modi di somministrazione del pasto
- prescrive la sospensione della somministrazione di alcuni alimenti fonte di difficoltà per la persona (minestrina, acqua)
- prescrive la somministrazione di alimenti di una adeguata consistenza (ad esempio dieta frullata, budini, gelati), l'utilizzo di prodotti addensanti o di prodotti ipercalorici
- prescrive il cambio di posizione / postura durante l'assunzione dei pasti
- interviene a creare l'ambiente sala da pranzo tranquillo, predispone cambiamenti degli abbinamenti tra gli ospiti
- individua la necessità di utilizzare ausili e stoviglie con adeguate caratteristiche
- segnala la difficoltà agli altri professionisti

→L'infermiere informa il medico del percorso effettuato e concorda sui tempi e modi rispetto alla comunicazione delle difficoltà ai familiari

2. SECONDA FASE :

Se gli interventi di assistenza infermieristica non sono sufficienti alla risoluzione del problema, sono attivati gli interventi dei vari professionisti componenti l'equipe: Logopedista, fisioterapista, psicologo, educatore e medico .

LOGOPEDISTA : Valuta la presenza di disfagia (ai solidi o liquidi..) Si confronta in equipe rispetto alle osservazioni raccolte, suggerendo eventuali strategie utili alla gestione del problema.

FISIOTERAPISTA: valuta funzionalità dell'apparato del movimento, adeguata postura, carrozzina idonea, ausili. Si confronta in equipe rispetto alle osservazioni raccolte, suggerendo eventuali strategie utili alla gestione del problema.

PSICOLOGA : verifica le abilità cognitive residue della Persona . Si confronta in equipe rispetto alle osservazioni raccolte, suggerendo eventuali strategie utili alla gestione del

problema.

EDUCATORE : Osserva la Persona nella sua globalità rispetto alle modalità di approccio al cibo, verificando le abilità prassiche e cognitive residue. Osserva l'influenza dell'ambiente e le variabili legate al caregiver, favorendo interventi mirati al singolo caso.

MEDICO : Verifica la presenza di patologie , terapie o altro che possano interferire sulla possibilità di una alimentazione adeguata. Prescrive percorso diagnostico. Si confronta in equipe rispetto alle osservazioni raccolte, suggerendo eventuali strategie utili alla gestione del problema. Definisce interventi palliativi temporanei (nutrizione parenterale)
Incontra i familiari per aggiornarli sulla situazione

3. TERZA FASE :

Se l'intervento dei professionisti nelle fasi precedenti non consente di identificare e/o risolvere il problema insorto, il medico si confronta con il Team Nutrizionale Ospedaliero. Lo specialista del Team valuta se la Persona ha le caratteristiche utili per l'inserzione di un presidio (Sondino Naso Gastrico, Peg)

Il medico, lo specialista del Team Nutrizionale , il coordinatore di nucleo e lo psicologo si incontrano con i familiari al fine di elaborare il percorso da intraprendere per la gestione della nutrizione della Persona. Anche se la responsabilità della decisione finale è tutta del medico, l'equipe e la famiglia, devono essere a suo sostegno .

4. QUARTA FASE :

In questa fase l'intera equipe assistenziale realizza:

nei confronti della Persona con disfagia : il percorso definito alla fine della fase precedente: applicazione di un SNG o di una PEG oppure assistenza alla Persona nell'alimentazione, attraverso definite e concordate strategie assistenziali e accompagnamento alla morte
nei confronti della famiglia : sostegno per la decisione presa

LISTA DI DISTRIBUZIONE PROTOCOLLO:

- Servizio Infermieristico
- Coordinatori di Nucleo
- Medici , Professionisti, Operatoti Socio Sanitari
- Responsabile Servizio Assistenza.

RESPONSABILE PROCESSO:

Referente Area Residenzialità Allargata : dr.ssa Monica Fratta

APPROVATO DA:

Referente Area Residenzialità Allargata : dr.ssa Monica Fratta

REVISIONE:

1 agosto 2016 salvo variazioni che si possono verificare prima di tale data.

Allegato 2



Ser.S.A. Belluno
Servizi Sociali Assistenziali S.r.l.

INDICE DI RISCHIO DISFAGIA

(Baratter, Bosco, Gaio, Leoci, 2004, mod. Salvatori 2016)

Dati Anagrafici

Cognome e nome	
Età	
Data compilazione	
Dieta pre-ingresso	

Domande preliminari

	Sì	No
Quando mangia, fa fatica a deglutire? Se sì, con quali alimenti? _____		
Le capita spesso di tossire durante il pasto?		
Quando mangia compie diversi tentativi di deglutizione prima di "mandare giù"?		
Negli ultimi tempi, è calato di peso?		

Fattori di rischio

	Sì	No
Demenza in stato avanzato		
Esiti di ictus o altri accidenti neurologici		
Malattia di Parkinson		
Corea di Huntington/SM		
Edentulia senza protesi		

Segni e sintomi

	Sì	No
Precedenti episodi di soffocamento		
Polmoniti ricorrenti		
Rifiuto del cibo		
Tempi allungati per completare un pasto		

Firma Compilatore:

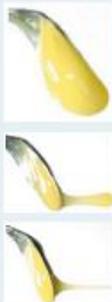
Se ha risposto "Sì" a 2 o più item: **Valutazione logopedica urgente.**

Se ha risposto "Sì" a 1 item: **Necessita approfondimento/valutazione logopedica.**

Se ha risposto tutti "no": **basso rischio.** Monitoraggio infermiere ai primi pasti.

Consistenze modificate

Per una persona disfagica può essere pericoloso seguire una dieta libera senza restrizioni. Per ridurre i rischi, l'équipe può decidere di modificare le consistenze, ad esempio addensando i liquidi a semi-solido con l'utilizzo di appositi prodotti.



Alcuni cibi sono sconsigliati per un disfagico, in particolare quelli dotati di doppia consistenza, solida e liquida, verdure con filamenti, legumi e cereali, bucce e semi o cibi troppo duri.

minestrine	riso
minestrone	crackers
frutta secca	uva kwif

I cibi più sicuri sono quelli con una consistenza omogenea, morbida, semi-solida. Per questo motivo al tuo caro potrebbero essere proposti cibi frullati, come vellutate o passati.



Chi si occupa di disfagia?

La disfagia è una patologia complessa, che si affronta con un carattere multidisciplinare.

Il medico, il logopedista e l'infermiere sono le figure dell'équipe che si occupano di disfagia, insieme ad altri specialisti e professionisti.

La disfagia è una condizione comune che colpisce circa il 14% della popolazione sopra i 50 anni!

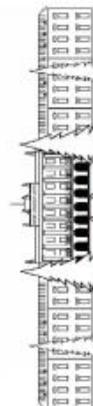
Nella disfagia l'alleanza terapeutica è fondamentale: il malato e la sua famiglia sono parte integrante della terapia! Non sei solo! Per qualsiasi dubbio o chiarimento rivolgiti al medico o al logopedista!



Ser. S. A. Srl

Servizi Sociali e Assistenza
a socio unico—direzione e coordinamento del Comune di Belluno
Via A. Alpago, 1
32100 Cavarzono—Belluno
Servizio di Logopedia: 0437-273771
Dal martedì al giovedì: 11-18
Venerdì: 7.30-13.30

DISFAGIA: il benessere possibile



Ser. S. A. - Belluno
Servizio di Logopedia



Cos'è la disfagia?

La disfagia indica un'alterazione del fisiologico processo di deglutizione e può essere ricondotta alla sensazione di un blocco in gola o di una deglutizione disturbata: si riscontra la difficoltà del cibo (sia solido che liquido) di passare dalla bocca allo stomaco.

Molteplici atti ripetitivi come la respirazione, la masticazione, la deglutizione, sono dati per scontati fino a quando non diventano problematici. Tuttavia al manifestarsi di un problema in una di queste funzioni, esso impatta seriamente la qualità di vita delle persone.

Lo scopo di questo opuscolo, rivolto a familiari e care-givers, è fornire un'informazione chiara e puntuale sulla disfagia e indicazioni pratiche per garantire ai vostri cari il massimo benessere possibile.

Chi è a rischio?

La disfagia è osservabile frequentemente nei pazienti che presentano una di queste condizioni:

- esiti di ictus
- demenza
- malattia di Parkinson
- corea di Huntington
- esiti di radioterapia
- edentulia/scarso dentizione

Esiste una forma di disfagia, solitamente meno grave, che può verificarsi anche in assenza di queste patologie di base: prende il nome di **presbifagia**, ed ha come unica causa l'età avanzata, che indebolisce la forza e la coordinazione dei muscoli preposti alla deglutizione (sono ben 26!).

Come si riconosce?

I campanelli d'allarme che ci aiutano a riconoscere la disfagia sono:

- tosse durante i pasti o dopo aver mangiato
- schiarimenti di gola frequenti
- voce "gorgogliante", umida o sporca
- perdita di saliva dalla bocca
 - fuoriuscita di liquidi o cibi dal naso
- aumento durata pasti
- "groppo in gola"
- perdita di peso

Complicanze e problemi

La disfagia, se non opportunamente trattata, può dare luogo ad una serie di complicanze anche gravi, per questo è necessario conoscerla e diminuire i rischi associati, che sono:

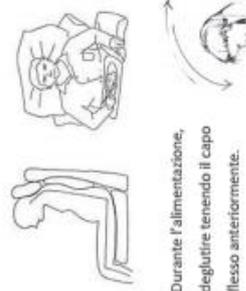
- malnutrizione e disidratazione
- episodi di soffocamento
- polmonite da aspirazione di liquidi o solidi, detta "ob ingestis"
- nutrizione artificiale (SNG, PEG)

Come si cura?

Il trattamento della disfagia si basa su interventi compensativi, volti ad "aggirare" il problema e garantire un'alimentazione sicura e piacevole.

POSTURE DI SICUREZZA

Prima del pasto, verificare che la persona sia vigile e collaborante. Sistemare la persona in posizione adeguata: seduta o semi-seduta con tronco eretto, possibilmente a 80-90°.



Durante l'alimentazione, deglutire tenendo il capo flesso anteriormente.



certificato n° 923

SER.S.A.

SERVIZI SOCIALI ASSISTENZIALI S.r.l. a Socio Unico



Protocollo di gestione dell'ospite affetto da disfagia

Data emissione: 01/12/2016

RISORSE:

- INFERMIERI
- OPERATORI SOCIO SANITARI
- PROFESSIONISTI: LOGOPEDISTA, FISIOTERAPISTA, EDUCATORE, PSICOLOGO
- MEDICO CURANTE
- TEAM NUTRIZIONALE OSPEDALIERO
- COORDINATORE DI NUCLEO

SCOPO:

- Garantire un corretto approccio assistenziale alla Persona con problemi di disfagia;
- Ridurre i rischi legati alla patologia disfagica, come soffocamenti e polmoniti *ab ingestis*;
- Individuare i soggetti a rischio disfagia per avviare un progetto riabilitativo precoce;
- Creare un gruppo di lavoro che sostiene il medico chiamato a decidere come affrontare la nutrizione di una persona con disfagia.

VANTAGGI:

- Standardizzazione delle modalità di gestione delle criticità relative alla disfagia
- Sostegno al Medico, responsabile della salute della Persona
- Ottimizzazione delle risorse umane

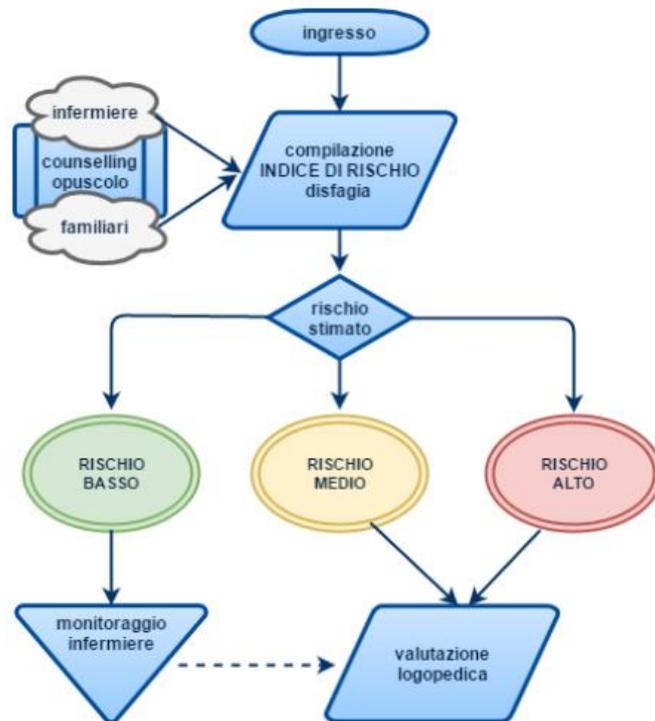
SVANTAGGI:

- Allo stato attuale delle cose non ve ne sono di prevedibili.

PROCEDURA:

Fase preliminare: la presa in carico

- Al momento dell'ingresso in struttura, viene compilato l'indice di rischio per la disfagia dall'infermiere in turno, con la collaborazione dei familiari. Contestualmente viene consegnato ai familiari l'opuscolo informativo sulla disfagia e i recapiti del servizio di Logopedia.
- A seconda del risultato di questo primo screening, si attiverà
 - a. il normale monitoraggio pasti di infermieri e OSS in caso di rischio basso
 - b. il logopedista con una valutazione approfondita in caso di rischio medio o alto (presenza di fattori di rischio)



1. PRIMA FASE

La Persona, già residente in struttura, presenta le prime difficoltà nell'assumere gli alimenti. L'operatore, il familiare, il volontario, lo stesso utente, segnalano all'infermiere la difficoltà riscontrata:

l'infermiere si attiva a seguito della segnalazione di:

- riduzione della quantità di cibo assunta da parte della persona
- tempi prolungati nel consumare il pasto
- presenza di tosse durante o post prandiale
- presenza prolungata di alimento nel cavo orale
- rifiuto degli alimenti generalizzata
- selezione degli alimenti assunti
- episodi di vomito post-prandiali
- atteggiamenti di irritazione e scarsa concentrazione durante il pasto



l'infermiere si attiva per una ulteriore raccolta dati al fine della formulazione del problema

- verifica se la persona è nella fase di adattamento alla struttura/reazione di rifiuto
 - intervistare l'ospite, familiare, OSS;
 - verifica se ci sono state delle variazioni rispetto alla distribuzione pasto(orari) e consumo dei pasti (cambiato posto a tavola, disturbi in sala da pranzo)
 - verifica la presenza di problemi a livello del cavo orale (denti, protesi)
 - osserva i comportamenti della persona attraverso schede di monitoraggio
 - verifica parametri: peso corporeo, PA, temperatura
 - valuta lo stato di salute generale della persona: stato febbrile – condizione legata a problemi di stipsi/dissenteria, nausea vomito, mancanza appetito – insufficiente idratazione - patologie attive condizionanti (infezione polmonare, affezioni stomatologiche, problemi apparato digerente) - interazione di terapie in corso (sedativi, ansiolitici, antiacidi) - stato psicologico/cognitivo (depressione, demenza, lutto) - integrità apparato musc/scheletrico (fratture, periartriti, debolezza musc.)
- **segnala la difficoltà al servizio di Logopedia**

Il logopedista elabora i dati raccolti dall'infermiere, effettua una valutazione della deglutizione e insieme definiscono gli obiettivi assistenziali di primo intervento. Il logopedista:

- prescrive un intervento di alimentazione assistita definendo tempi e modi di somministrazione del pasto
- prescrive la sospensione della somministrazione di alcuni alimenti fonte di difficoltà per la persona (minestrina, acqua)
- prescrive la somministrazione di alimenti di una adeguata consistenza (ad esempio dieta frullata, budini, gelati), l'utilizzo di prodotti addensanti o di prodotti ipercalorici
- prescrive il cambio di posizione / postura durante l'assunzione dei pasti
- interviene a creare l'ambiente sala da pranzo tranquillo, predispone cambiamenti degli abbinamenti tra gli ospiti
- individua la necessità di utilizzare ausili e stoviglie con adeguate caratteristiche
- segnala la difficoltà agli altri professionisti

L'infermiere informa il medico del percorso effettuato e concorda con il team sui tempi e modi rispetto alla comunicazione delle difficoltà ai familiari



SECONDA FASE

Se gli interventi di assistenza non sono sufficienti alla risoluzione del problema, sono attivati gli interventi di altri professionisti componenti l'equipe:

FISIOTERAPISTA: valuta funzionalità dell'apparato del movimento, adeguata postura, carrozzina idonea, ausili. Si confronta in equipe rispetto alle osservazioni raccolte, suggerendo eventuali strategie utili alla gestione del problema.

PSICOLOGA : verifica le abilità cognitive residue della Persona e valuta il tono dell'umore. Si confronta in equipe rispetto alle osservazioni raccolte, suggerendo eventuali strategie utili alla gestione del problema.

EDUCATORE : Osserva la Persona nella sua globalità rispetto alle modalità di approccio al cibo, verificando le abilità prassiche e cognitive residue. Osserva l'influenza dell'ambiente e le variabili legate al caregiver, favorendo interventi mirati al singolo caso.

MEDICO : Verifica la presenza di patologie , terapie o altro che possano interferire sulla possibilità di una alimentazione adeguata. Prescrive percorso diagnostico. Si confronta in equipe rispetto alle osservazioni raccolte, suggerendo eventuali strategie utili alla gestione del problema. Definisce interventi palliativi temporanei (nutrizione parenterale). Incontra i familiari per aggiornarli sulla situazione.

TERZA FASE

Se l'intervento dei professionisti nelle fasi precedenti non consente di identificare e/o risolvere il problema insorto, il medico si confronta con il Team Nutrizionale Ospedaliero.

Lo specialista del Team valuta se la Persona ha le caratteristiche utili per l'inserzione di un presidio (Sondino Naso Gastrico, PEG)

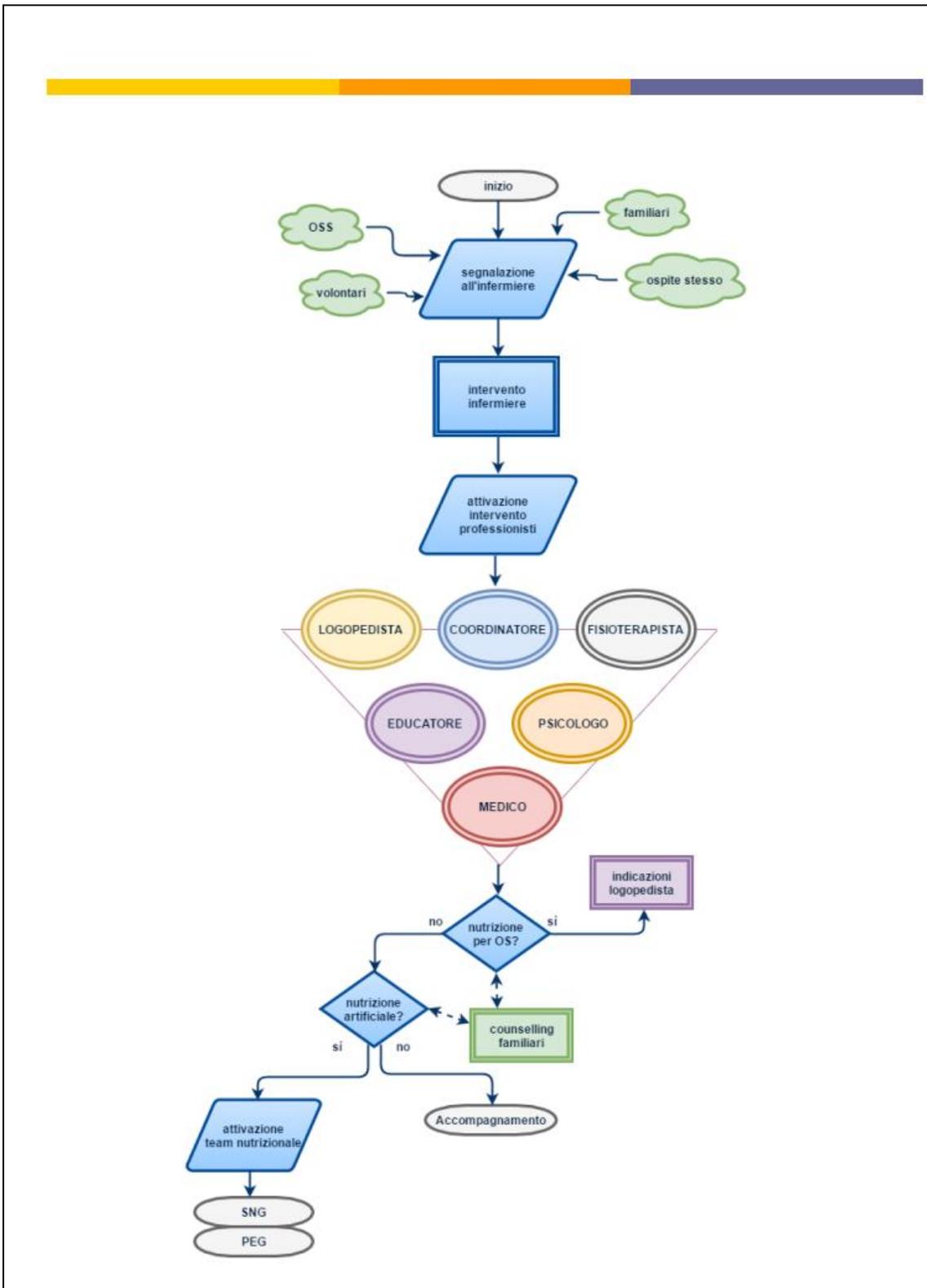
Il medico, lo specialista del Team Nutrizionale, il coordinatore di nucleo e lo psicologo si incontrano con i familiari al fine di elaborare il percorso da intraprendere per la gestione della nutrizione della Persona. Anche se la responsabilità della decisione finale è tutta del medico, l'equipe e la famiglia, devono essere a suo sostegno.

QUARTA FASE

In questa fase l'intera equipe assistenziale realizza:

nei confronti della Persona con disfagia: il percorso definito alla fine della fase precedente: applicazione di un SNG o di una PEG oppure assistenza alla Persona nell'alimentazione, attraverso definite e concordate strategie assistenziali e accompagnamento alla morte

nei confronti della famiglia: sostegno per la decisione presa





LISTA DI DISTRIBUZIONE PROTOCOLLO:

- Servizio Infermieristico
- Coordinatori di Nucleo
- Medici, Professionisti, Operatoti Socio Sanitari
- Responsabile Servizio Assistenza.

RESPONSABILE PROCESSO:

Referente Area Residenzialità Allargata: dr.ssa Monica Fratta

APPROVATO DA:

Referente Area Residenzialità Allargata: dr.ssa Monica Fratta

REVISIONE:

1 agosto 2017 salvo variazioni che si possono verificare prima di tale data.