

# La valutazione ed il trattamento della disfagia: un modello di moderna riabilitazione

**Luca Bianchi**

*Divisione di Pneumologia Riabilitativa  
Istituto Scientifico di Lumezzane (BS)  
Fondazione Salvatore Maugeri,  
Clinica del Lavoro e della Riabilitazione*

Perché la Rivista Italiana di Fisioterapia e Riabilitazione Respiratoria dovrebbe occuparsi di disfagia? Ma soprattutto, perché chiedere ad uno pneumologo di redigere un editoriale su questo argomento? Ad un'attenta analisi, bisogna pur riconoscere che di motivi validi per occuparsi di disfagia in ambito riabilitativo in generale e respiratorio in particolare, ne esistono, eccome.

Tanto per incominciare, la disfagia (intesa come rallentato o difficoltoso passaggio di solidi o liquidi dalla bocca allo stomaco) è sorprendentemente più frequente di quanto si possa pensare: oltre il 10% degli adulti con età maggiore di 50 anni riferisce sintomi riferibili a disfagia; dal 30 al 60% dei pazienti anziani istituzionalizzati presenta disfagia orofaringea; si stima che circa il 10% dei pazienti degenti in reparti di medicina generale sia affetto in qualche modo da disturbi della deglutizione; infine la disfagia è presente in quote variabili dal 50 al 90% dei pazienti affetti da patologie di origine neurogena. Pur ammettendo una certa dispersione e variabilità di questi dati epidemiologici, dovremmo pensare che circa il 20% dei pazienti nei nostri reparti di degenza riabilitativa può presentare una alterazione della funzione della deglutizione. E questo è sicuramente un dato su cui riflettere.

Altrettanto attentamente si dovrebbe poi riflettere sulla funzione stessa della deglutizione e sulle conseguenze della sua alterazione. La deglutizione probabilmente rappresenta una delle funzioni filogeneticamente più antiche dell'uomo, poiché strettamente connessa con il bisogno fisiologico più elementare: la nutrizione e l'alimentazione. È abbastanza evidente pertanto, che ad un suo deficit si accompagni una deplezione di fabbisogno alimentare e in ultima analisi la perdita di peso corporeo. Ma questo è solo un modo di considerare il problema, certo importante, ma anche superficiale. La funzione della deglutizione, infatti, perfetta sintesi di complessi meccanismi di tipo autonomico e processi di tipo volontario è allo stesso tempo dotata di integrazione corticale superiore e rappresenta senza dubbio un esempio eclatante di funzione biologica elementare con importanti connotazioni di ordine psicologico e voluttuario. Perdere la funzione della deglutizione non significa semplicemente ridurre l'apporto nutrizionale necessario alla vita; significa anche perdere "il piacere del cibo". La complessità dei meccanismi fisiopatologici connessi alla deglutizione, poi, inoltre contribuisce a spiegare perché sia così difficile una sua corretta valutazione e quindi una più precisa stima della sua incidenza.

La corretta valutazione e diagnosi del deficit della deglutizione risulta tanto più importante se si considerano le potenziali complicanze legate alla disfagia. Queste di certo hanno attinenza dal punto di vista infettivo

respiratorio, ma non solo. La disfagia, anche solo come sintomo iniziale e che molte volte non viene nemmeno menzionato dal paziente, può infatti rappresentare il primo sintomo di patologie neurologiche di alto impatto sul trattamento riabilitativo, anche respiratorio.

Mi sembra particolarmente interessante, a questo proposito, avere sottolineato la possibile associazione tra il deficit della deglutizione ed il deficit della tosse espressione di un innegabile collegamento tra funzione digestiva e funzione respiratoria, in pazienti portatori di patologie croniche.

Detto ciò, mi sembra che i motivi che hanno spinto i responsabili della rivista a volere fortemente un numero dedicato alla disfagia siano ampiamente sufficienti.

Mi pare evidente che la disfagia ben rappresenti “un disturbo” di tipo “trasversale” che interessa diversi settori specialistici: gastroenterologia, otorinolaringoiatria, pneumologia, riabilitazione. Non a caso gli articoli raccolti in questo numero sono stati redatti da specialisti ed operatori di diversa estrazione: otorinolaringoiatra, logopedista, pneumologo e dietista. E a buona ragione dovremmo considerare, per quanto detto in precedenza, anche lo psicologo.

Penso tuttavia che sensibilizzare tutti gli operatori in ambito riabilitativo sul problema “disfagia” non possa bastare. E dobbiamo anche ammettere una certa confusione di ruoli e competenze forse anche dettata da motivi di ordine “particolaristico” che mal si adattano ad un moderno concetto di riabilitazione.

Credo piuttosto che occuparsi di disfagia in ambito riabilitativo sia un’occasione da non gettare al vento per mettere alla prova il nostro spirito di collaborazione e la nostra capacità di metterci tutti (ognuno per la sua competenza specialistica) “al servizio del Team”, ma soprattutto del paziente.

## **BIBLIOGRAFIA**

Robbins J, Kays S, McCallum S. Team management of dysphagia in the institutional setting. *J Nutr Elder*. 2007; 26(3-4): 59-104.

Palovcak M, Mancinelli JM, Elman LB, McCluskey L. Diagnostic and therapeutic methods in the management of dysphagia in the ALS population: issues in efficacy for the out-patient setting. *NeuroRehabilitation*. 2007; 22(6): 417-23.

Logemann JA. Oropharyngeal dysphagia and nutritional management. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*. 2007 Sep; 10(5): 611-4.

Logemann JA. Levels of evidence supporting dysphagia interventions: where are we going? *Semin Speech Lang*. 2006 Nov; 27(4): 219-26.

Morris H. Dysphagia in the elderly--a management challenge for nurses. *Br J Nurs*. 2006 May 25-Jun 7; 15(10): 558-62.

Lister R. Oropharyngeal dysphagia and nutritional management. *Curr Opin Gastroenterol*. 2006 Jul; 22(4): 341-6.

Singh S, Hamdy S. Dysphagia in stroke patients. *Postgrad Med J*. 2006 Jun; 82(968): 383-91.

Logemann JA. Update on clinical trials in Dysphagia. *Dysphagia*. 2006 Apr; 21(2): 116-20.

Squires N. Dysphagia management for progressive neurological conditions. *Nurs Stand*. 2006 Mar 29-Apr 4; 20(29): 53-7.

18: Smith Hammond CA, Goldstein LB. Cough and aspiration of food and liquids due to oral-pharyngeal dysphagia: ACCP evidence-based clinical practice guidelines. *Chest*. 2006 Jan; 129(1 Suppl): 154S-168S.

Ramsey DJ, Smithard DG. Assessment and management of dysphagia. *Hosp Med*. 2004 May; 65(5): 274-9.

Prosiegel M, Schelling A, Wagner-Sonntag E. Dysphagia and multiple sclerosis. *Int MS J*. 2004 Apr; 11(1): 22-31.

Marik PE, Kaplan D. Aspiration pneumonia and dysphagia in the elderly. *Chest*. 2003 Jul; 124(1): 328-36.

Ramsey DJ, Smithard DG, Kalra L. Early assessments of dysphagia and aspiration risk in acute stroke patients. *Stroke*. 2003 May; 34(5): 1252-7. Epub 2003 Apr 3.

Leslie P, Carding PN, Wilson JA. Investigation and management of chronic dysphagia. *BMJ*. 2003 Feb 22; 326(7386): 433-6.

Perry L. Dysphagia: the management and detection of a disabling problem. *Br J Nurs*. 2001 Jul 12-25; 10(13): 837-44.

Hamdy S, Aziz Q, Thompson DG, Rothwell JC. Physiology and pathophysiology of the swallowing area of human motor cortex. *Neural Plast*. 2001; 8(1-2): 91-7.