

PROGRAMMA

Dalle 8.30 - **Registrazione partecipanti**

9.00 – **Saluti, Introduzione, obiettivi del corso e patto d'Aula** – Anna Maria Bergamin Bracale, Stefano De Carli

9,20 – **Dalla presbifagia alla disfagia: perché riconoscerla cambia la storia clinica** – Annamaria Bellomo

9,40 – **Il burden della disfagia: tra le complicanze sistemiche e il circolo vizioso delle ospedalizzazioni** - Ilaria Bolondi

10,00 – **Valutazione otorinolaringoiatrica della presbifagia: FEES (Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing)** – Raffaella Stella

10,20 - **Valutazione radiologica della presbifagia: quando e perchè è davvero necessaria** – Stefania Zanetti

10,40 - **Il ruolo del Medico di Medicina Generale e del Territorio nella rilevazione dei segni precoci** – Monica Liberale

11,00 - **La valutazione tempestiva della malnutrizione** – Maria Carpentieri

11,20 **Nutrizione enterale: il supporto nutrizionale artificiale nella fragilità disfagica** – Sonia Solito

11.40 - **Salute orale e rischio aspirativo: il cavo orale nella prevenzione delle complicanze** – Mario Di Pietro

12,00 - **Il farmaco non deglutibile: soluzioni pratiche, sicure e alternative** – Nicolò Lemessi

12,20 - **Presbifagia: riconoscimento e strategie logopediche per prevenire la disfagia** - Giuditta Cussigh

12,40 - **IDDSI (International Dysphagia Diet Standardisation Initiative) e dieta sicura: come proteggere la deglutizione** – Laura Di Meo

13,00 – **Tavola rotonda e question time** – Coordina Stefano De Carli

13,30 – **Test di valutazione ECM**

14,00 - Fine lavori

Responsabile Scientifico e Relatore

Dr. Stefano De Carli – Dirigente Medico SOC Medicina Interna Ospedale di S. Danile ASUFC

Faculty

Dr.ssa Annamaria Bellomo - Medico specialista in Otorinolaringoiatria

Dott.ssa Ilaria Bolondi – Nutrizionista

Dr.ssa Maria Carpentieri – Medico Chirurgo specialista in Endocrinologia

Dott.ssa Giuditta Cussigh – Logopedista

Dott.ssa Laura Di Meo - Dietista

Dr. Mario Di Pietro – Odontoiatra

Dr.ssa Monica Liberale – Medico Chirurgo MMG

Dott. Nicolò Lemessi – Direttore SOC Farmacia Alto Friuli

Dr.ssa Sonia Solito – Medico Chirurgo specialista in Malattie dell'apparato digerente

Dr.ssa Stefania Zanetti – Medico Chirurgo



"DALLA PRESBIFAGIA ALLE COMPLICANZE:

PERCHE' IL RICONOSCIMENTO PRECOCE FA LA DIFFERENZA"



Sabato 16 maggio 2026

Dalle 9,00 alle 14,00

Sala Convegni OMCeO Udine
Viale A. Diaz 30



Dalla **PRESBIFAGIA** alla **DISFAGIA**

Perchè riconoscerla cambia la storia clinica

*Introduzione alle sfide cliniche nella gestione
della deglutizione nell'anziano*

Dott.ssa Annamaria Bellomo

Caso Clinico:

Maria, 79 anni - Equilibrio fragile che si rompe

- Alimentazione autonoma ma lenta e faticosa
- Preferenze per cibi morbidi e piccoli bocconi
- Pasti prolungati 45-60 min
- Idratazione con piccoli sorsi frequenti senza difficoltà apparente.
- Peso stabile negli ultimi 6 mesi.



DOPO L'EVENTO

- Dopo un evento acuto: tosse post-deglutitoria, voce umida, residui, calo ponderale, polmonite ab-ingestis

LA DISFAGIA EMERGE QUANDO LA RISERVA FUNZIONALE NON SOSTIENE PIÙ IL COMPENSO



Perché è un problema clinico?

- La disfagia è frequente nell'anziano e spesso misconosciuta
- Nell'anziano ospedalizzato la prevalenza aumenta in modo significativo
- Le complicanze principali sono aspirazione, polmonite, malnutrizione e disidratazione
- La diagnosi tardiva si associa a peggioramento prognostico, ricoveri più lunghi e perdita funzionale
- Il problema non è solo “deglutire male”, ma entrare in una traiettoria di fragilità



Cos'è la presbifagia?

- Insieme dei cambiamenti età-correlati della deglutizione
- Non è di per sé una malattia, ma una condizione di ridotta riserva funzionale
- La funzione può rimanere ancora efficace grazie a strategie di compenso spontanee
- Il rischio clinico aumenta quando questi compensi diventano instabili
- Per questo la presbifagia va considerata un indicatore di vulnerabilità, non una semplice “normalità dell’età”

Diagnosi differenziale: presbifagia o disfagia?



PRESBIFAGIA	DISFAGIA
Adattamento età-correlato	Condizione clinicamente rilevante
Funzione ancora conservata	Sicurezza e/o efficacia compromesse
Compensi spontanei presenti	Compensi insufficienti o falliti
Intake ancora possibile	Rischio nutrizionale e respiratorio
Vulnerabilità	Manifestazione patologica



LA PRESBIFAGIA PUÒ EVOLVERE IN DISFAGIA!

LA DIFFERENZA NON È SOLO NELLA PRESENZA DEL SINTOMO, MA NELL'IMPATTO CLINICO-FUNZIONALE

Riserva funzionale e perdita del compenso

- La riserva funzionale è la capacità del sistema di adattarsi a richieste e stress
- Nell'anziano questa riserva si riduce progressivamente
- Finché i compensi sono efficaci, la funzione può restare apparentemente conservata
- Un evento acuto può far precipitare rapidamente l'equilibrio
- La disfagia clinica emerge quando il sistema non riesce più a compensare



DALLA VULNERABILITÀ ALLA COMPLIANZA IL PASSAGGIO PUÒ ESSERE RAPIDO

Aging biologico dell'apparato deglutitorio



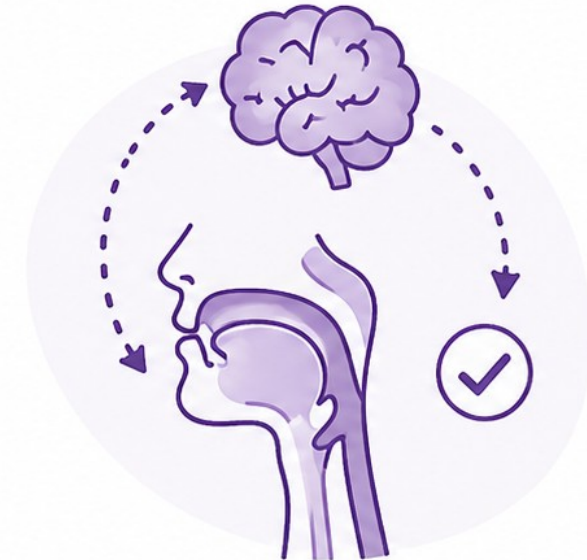
FORZA MUSCOLARE

La forza muscolare si riduce (circa del 35%) per effetto della sarcopenia orofaringea, con minore efficacia e resistenza della contrazione



SENSIBILITÀ

La sensibilità diminuisce (circa del 60%), con soglie più alte e una risposta deglutitoria meno pronta.



COORDINAZIONE

La coordinazione si modifica, con tempi più lunghi e maggiore variabilità del gesto (perdita del 25%).

Evidenze fisiologiche



I tempi deglutitori aumentano significativamente con l'età: Il tempo totale di deglutizione si attesta a 1.6 secondi, con ritardo d'innescio di circa 0.4 secondi e un'apertura dello UES di circa 0.8 secondi.



Le pressioni linguali si riducono progressivamente, partendo dai 45 kPa nei giovani, ai 35 kPa negli adulti, 25 kPa negli anziani e 18 kPa negli anziani fragili. Valori <20 kPa costituiscono rischio clinico



Queste modificazioni si associano alla presenza di residui faringei e aumentato rischio di aspirazione

Sistema giovane vs. sistema anziano

Sistema deglutitorio giovane (18-40 anni):

- Alta riserva funzionale (85%)
- Elevata plasticità (95%)
- Ampio margine di compenso (45%)
- Recupero rapido (2-3 giorni)

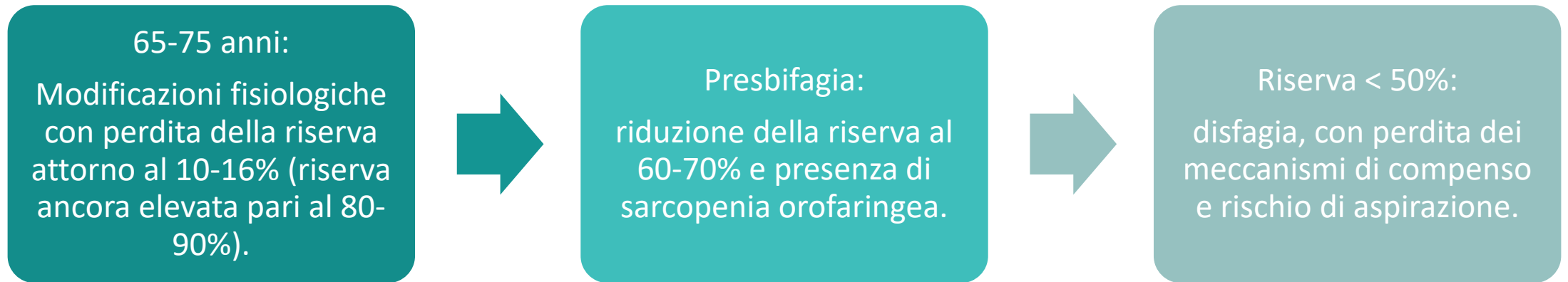
Sistema deglutitorio anziano (> 75 anni):

- Marcata riduzione della riserva
- Minore plasticità (45%)
- Ridotto margine di compenso (15%)
- Recupero più lento (7-14 giorni)



Dall'aging alla disfagia...

La disfagia non compare improvvisamente: è il risultato di una progressiva perdita della riserva funzionale

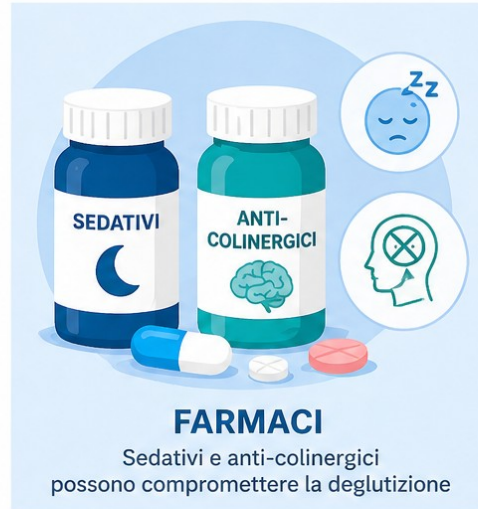


QUESTO DECLINO È PROGRESSIVO E AVVIENE IN UN ARCO DI TEMPO COMPRESO TRA I 2-5 ANNI.

Fattori che fanno precipitare l'equilibrio



SARCOPENIA
Riduzione della massa e della forza muscolare



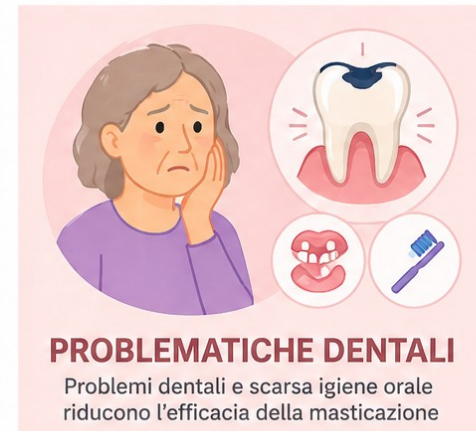
FARMACI
Sedativi e anti-colinergici possono compromettere la deglutizione



COMORBIDITÀ CLINICHE
Patologie croniche che aumentano il rischio di disfagia

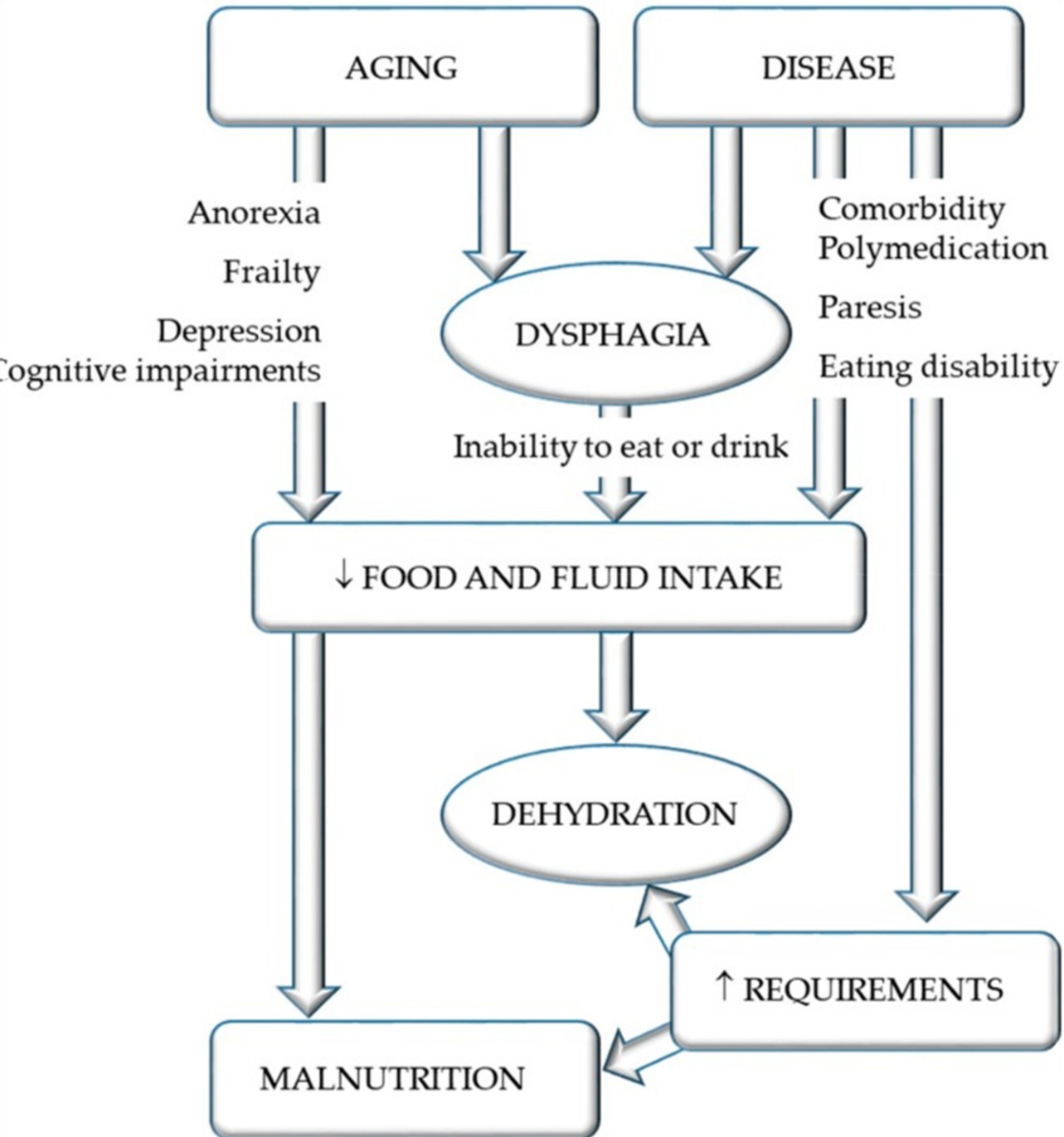


INFEZIONI
Allettamento e disidratazione peggiorano la funzione deglutitoria



PROBLEMATICHE DENTALI
Problemi dentali e scarsa igiene orale riducono l'efficacia della masticazione

LA DISFAGIA È SPESSO L'ESITO DI UN'INTERAZIONE TRA FATTORI E NON HA UNA SOLA CAUSA



Segnali da monitorare



Segnali che indicano **riduzione della riserva funzionale** e vulnerabilità deglutitoria:

- Pasto prolungato (>45 minuti).
- Affaticamento durante la masticazione o deglutizione.
- *Ridotta assunzione di liquidi.*
- Tosse isolata e voce umida/ gorgogliante.
- Calo ponderale involontario, riduzione dell'introito.

L'ASSENZA DI SINTOMI ECLATANTI NON ESCLUDE RISCHIO CLINICO

Come valutare il cambiamento

- Monitorare durata del pasto
- Verificare la forza del muscolo orbicolare
- Valutare la produzione salivare



EAT-10: Test per il monitoraggio della capacità deglutitoria

Cognome: _____ Nome: _____ Data: _____
Sesso: _____ Età: _____

Obiettivo:

Il test EAT-10 aiuta a misurare le sue difficoltà di deglutizione.
Può essere importante parlare con il suo medico per stabilire il trattamento adeguato ai suoi sintomi.

A. Istruzioni:

Risponda ad ogni domanda barrando il valore corrispondente all'entità del sintomo.
Consideri che: 0= nessun problema e 4= problema serio.

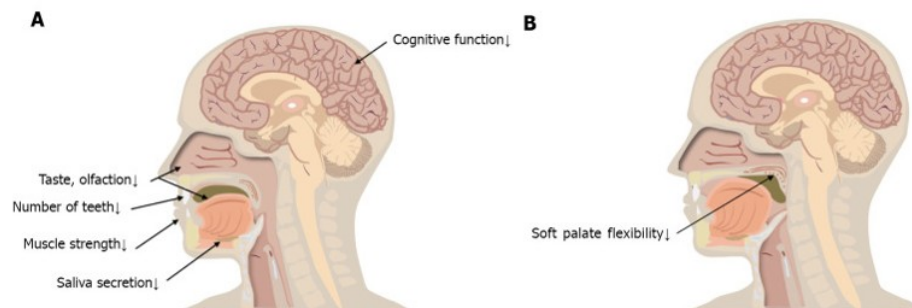
- | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| 1) La difficoltà a deglutire mi ha causato una perdita di peso
0 1 2 3 4 | 6) Deglutire mi causa dolore
0 1 2 3 4 |
| 2) La difficoltà a deglutire mi rende difficile pranzare fuori casa
0 1 2 3 4 | 7) La difficoltà a deglutire mi riduce il piacere del pasto
0 1 2 3 4 |
| 3) Deglutire i liquidi mi risulta difficoltoso
0 1 2 3 4 | 8) Quando deglutisco, il cibo mi si ferma in gola
0 1 2 3 4 |
| 4) Deglutire cibi solidi mi risulta difficoltoso
0 1 2 3 4 | 9) Quando mangio tossisco
0 1 2 3 4 |
| 5) Ho difficoltà a deglutire i medicinali (pillole, compresse, capsule)
0 1 2 3 4 | 10) Deglutire mi genera ansia
0 1 2 3 4 |

B. Punteggio:

Sommi i singoli punteggi e scrivi il totale nelle caselle.
Punteggio totale (massimo 40 punti)

C. Cosa fare dopo:

Se il suo punteggio totale è pari o maggiore di 3, potrebbe avere problemi a deglutire in modo corretto e sicuro. Le consigliamo di condividere i risultati del test EAT-10 con il suo medico.



DOI: 10.12998/wjcc.v11.i11.2363 Copyright ©The Author(s) 2023.

CAMBIAMENTI DELLA DEGLUTIZIONE CON L'INVECCHIAMENTO

- Valutare la pressione massima linguale
- Eseguire screening precoce con questionario EAT-10
- Se sono presenti i segnali, eseguire visita specialistica

Screening e valutazione clinica essenziale

Il sospetto clinico deve nascere dai segni precoci e dal contesto di fragilità

Lo screening semplice è il primo livello di identificazione

La valutazione bedside orienta il rischio e la necessità di approfondimento

L'approfondimento specialistico è indicato nei quadri dubbi o ad alto rischio

L'obiettivo non è medicalizzare tutto, ma non perdere i pazienti vulnerabili



Implicazioni pratiche per il clinico



La presbifagia è un indicatore di fragilità, non una condizione benigna:

- ✓ Identificare segnali precoci
- ✓ Valutare la riserva funzionale
- ✓ Monitorare adattamenti spontanei

Scale validate per lo screening:

- EAT-10
- MWST
- RSST
- MTP

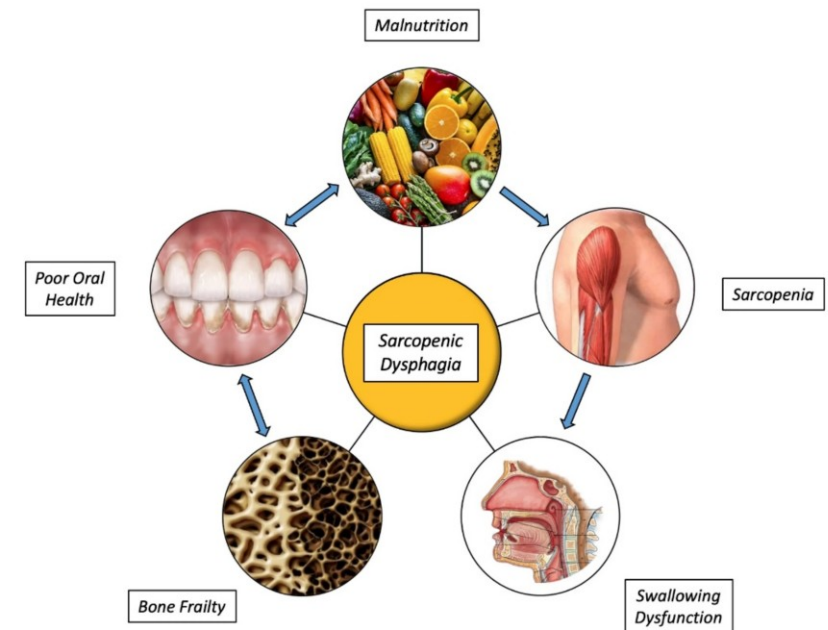
Valutazione multidimensionale

Non solo deglutizione

- **Clinico-funzionale:** sintomi, tempi del pasto, autonomia, fatigue.
- **Nutrizionale-idratativa:** peso, intake, rischio di malnutrizione e disidratazione
- **Orale:** dentizione, protesi, xerostomia, igiene orale
- **Geriatrica globale:** fragilità, sarcopenia, cognizione, farmaci, comorbidità

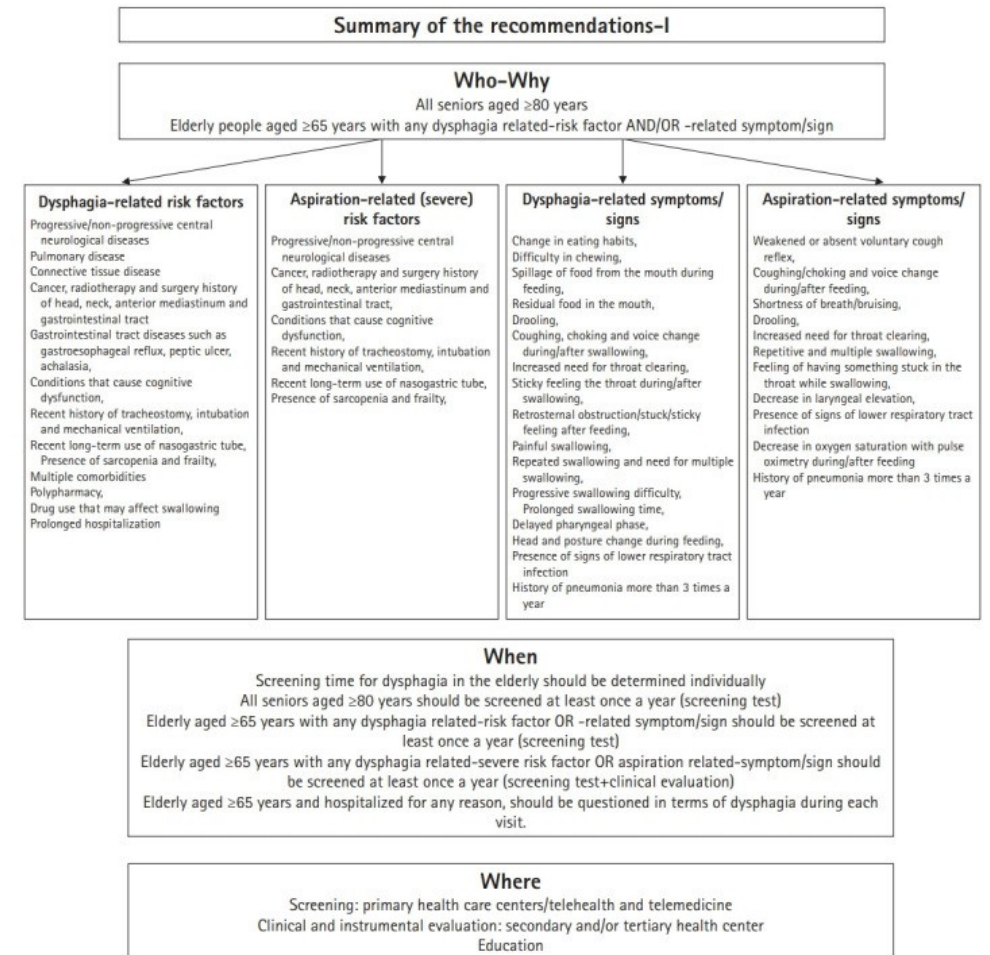
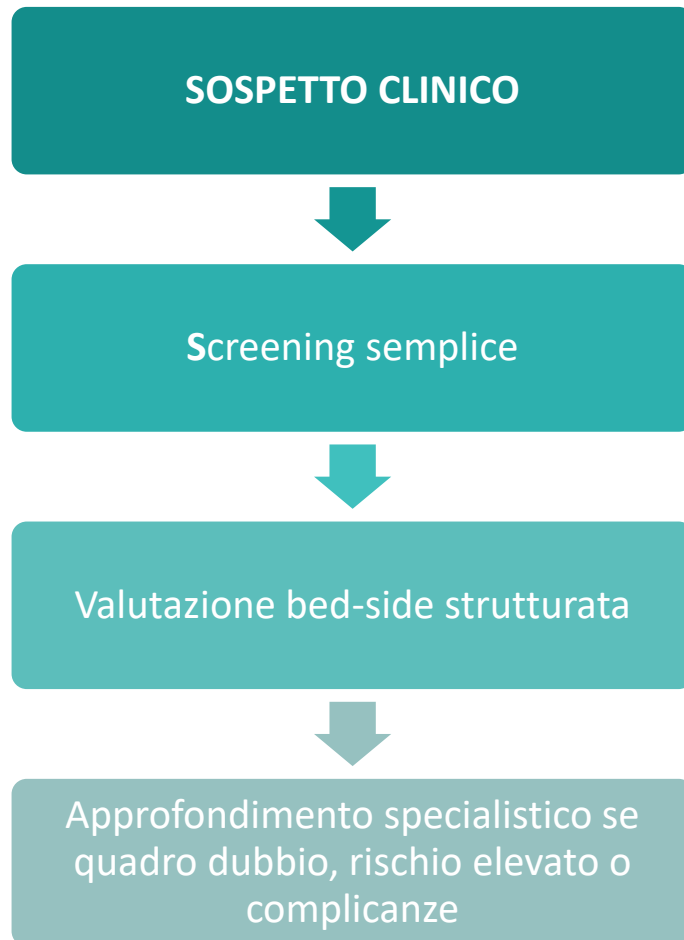
LA DEGLUTIZIONE VA LETTA ALL'INTERNO DEL PROFILO COMPLESSIVO DEL PAZIENTE

RELAZIONE TRA SARCOPENIA, DISFAGIA E SALUTE ORALE



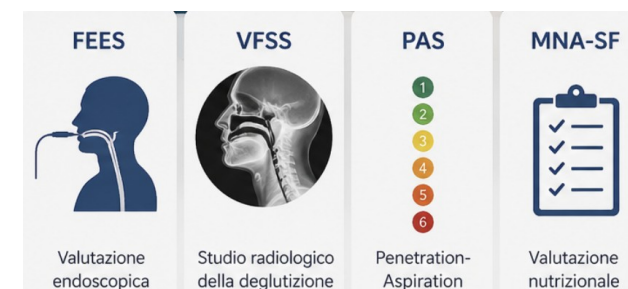
Percorso clinico essenziale: dallo screening all'approfondimento

CHI – PERCHÉ - COSA – DOVE - QUANDO



Implicazioni pratiche per il clinico e presa in carico

- Riconoscere precocemente la vulnerabilità significa **prevenire complicanze**
- La gestione richiede integrazione tra clinica, nutrizione, idratazione e salute orale
- Il percorso va modulato sulla fragilità, sulla riserva residua e sul contesto assistenziale
- L'approccio deve essere interdisciplinare
- L'obiettivo è preservare sicurezza, efficacia del pasto e qualità di vita



Intervenire precocemente:

- ✓ *Educazione*
- ✓ *Farmaci*
- ✓ *Dieta*
- ✓ *Igiene dentale*

Take-home messages



La presbifagia non è una malattia, ma non è neppure una condizione neutra



La disfagia nell'anziano spesso emerge per perdita di compenso



Le red flags vanno cercate attivamente prima delle complicanze



La valutazione deve essere multidimensionale



Riconoscere presto significa preservare funzione, nutrizione e qualità di vita

CONCLUSIONI

- La presbifagia ci obbliga a leggere la deglutizione dell'anziano non come un evento isolato, ma come espressione di vulnerabilità clinica.
- Riconoscere questa vulnerabilità è il primo passo.
- Approfondirla correttamente e trattarla in modo mirato richiede invece competenze integrate.

GRAZIE PER L'ATTENZIONE

