Disfagia, la difficoltà a deglutire: da cosa dipende, come si cura di Laura Cuppini

Non è una malattia, ma un sintomo correlato a diverse condizioni. In alcuni casi è conseguenza dell'invecchiamento però ci sono anche forme pediatriche. Le soluzioni cambiano a seconda del contesto (Fonte: https://www.corriere.it/ 7 novembre 2026)



Ogni giorno deglutiamo tra le cinquecento e le mille volte. È un'azione che diamo per scontata, come respirare, ma **si tratta di uno dei processi neuromuscolari più complessi: richiede la coordinazione di oltre 30 muscoli e coinvolge diversi nervi cranici**. Un meccanismo altamente raffinato per un atto che dura meno di un secondo ma è cruciale, la deglutizione: **oltre a permettere il passaggio di alimenti solidi e liquidi, protegge le vie aeree dall'ingresso di corpi estranei che impedirebbero il passaggio di aria**. Purtroppo capita che l'ingranaggio si inceppi e a volte sono guai seri.

Bocca e faringe

La disfagia consiste nella difficoltà a deglutire o, in casi estremi, l'impossibilità di farlo. «Non è una malattia, bensì un sintomo che può essere correlato a diverse condizioni (ictus, demenza, tumori testa-collo). In alcuni casi è semplicemente una conseguenza dell'invecchiamento - spiega **Marco Gitto, medico specialista in Audiologia e Foniatria presso l'Unità operativa di Neuroriabilitazione degli Istituti Clinici Zucchi di Carate Brianza (Monza-Brianza)** -. Come foniatri ci occupiamo in particolare della disfagia orofaringea, che riguarda la bocca e la faringe ed è la più pericolosa perché espone al rischio di aspirazione di cibi o liquidi, che finiscono nelle vie aeree invece che nell'esofago».

Eliminare la saliva

La deglutizione non riguarda solo il mangiare, ma anche l'eliminazione della saliva dalla bocca. «Ci sono situazioni, per esempio dopo un ictus del tronco encefalico, in cui **il paziente non riesce a mandare giù la saliva che, di conseguenza, può stagnare nella parte più bassa della gola** - prosegue Gitto, che è anche professore a contratto all'Università degli Studi di Milano -. Il problema è che il cavo orale è una delle zone più sporche del nostro corpo. **I batteri presenti nella saliva possono essere aspirati e giungere nelle vie respiratorie**, causando una forma di polmonite chiamata ***ab ingestis***. Per questi pazienti una corretta igiene orale è importantissima».

Alterazioni della tosse

I disturbi della deglutizione sono classificati attraverso **sette livelli di gravità** (scala «ASHA NOMS - National outcomes measurement system» dell'American Speech-Language-Hearing Association, *si veda sotto*). «Alcuni tipi di disfagia sono associati ad alterazione della tosse - sottolinea l'esperto -. Tipicamente **l'inefficacia della tosse deriva dalla sarcopenia severa, condizione in cui si perde massa muscolare, anche a livello delle corde vocali**». La sarcopenia può essere una conseguenza di invecchiamento, sedentarietà e mancanza di movimento. Ma gli anziani non sono i soli a soffrire di disfagia.

Un bambino ogni 25

«**Il problema è in aumento anche nei bambini e spesso non viene riconosciuto**. Alcuni studi recenti hanno dimostrato che i disturbi dell'alimentazione e della deglutizione riguardano fino a un bambino ogni 25, sotto i 5 anni. Ne soffrono per esempio i piccoli con paralisi cerebrale infantile e anche quelli con alcune **cardiopatie congenite**. Nei neonati prematuri ci sono spesso problemi di deglutizione, perché il riflesso di suzione non è ben coordinato. Altre condizioni in cui può essere presente disfagia sono **la sindrome di Down e le leucodistrofie**».

Compensazione e riabilitazione

Che cosa si può fare? «Il trattamento cambia da caso a caso - chiarisce Marco Gitto -, ma ci sono dei pilastri comuni per tutti i pazienti. **La prima strategia è quella della compensazione, ovvero si propongono interventi per rendere la deglutizione più sicura: per esempio cambiando le consistenze del cibo, che viene addensato o al contrario trasformato da solido a semisolido**. A volte basta semplicemente ridurre la dimensione del bolo. Un'altra strategia è **l'adozione di determinate posture**: per esempio si può avvicinare il mento allo sterno per aumentare la spinta della faringe e aprire un po' le vie di accesso all'esofago, oppure ruotare la testa se c'è una emiparesi. **Il secondo pilastro è quello riabilitativo**, si ricorre a logopedia e tecniche mirate a recuperare la funzione della deglutizione. Sono utili, per esempio, **esercizi di rinforzo della lingua o della faringe**, se il problema è di tipo muscolare. Altri esercizi aiutano a **coordinare deglutizione e respirazione**. Nelle forme molto gravi di disfagia si ricorre alla **nutrizione**

artificiale tramite sondino naso-gastrico. Oggi poi sono oggetto di studi le tecniche di **neurostimolazione**, come la stimolazione magnetica transcranica o quella elettrica della faringe».

Approcci mininvasivi

In quali casi si ricorre alla **chirurgia**? «Possono beneficiarne i pazienti che hanno **un ipertono dello sfintere esofageo superiore**, il muscolo che dà accesso all'esofago. In presenza di **stenosi**, si mettono in atto approcci mininvasivi per posizionare dilatatori all'interno dell'esofago. Ma nella maggior parte dei casi, anche con la sola riabilitazione, le persone tornano ad avere una vita normale».

Voce gorgogliante

Come si riconosce la disfagia nei bambini? «Può esserci **un rifiuto del pasto o pianto ed episodi di tosse durante l'alimentazione** - spiega Gitto -. Altri segnali sono l'**eccessiva durata dei pasti** (oltre i 30 minuti), **frequenti infezioni respiratorie e ritardo di crescita**. Un'altra cosa da osservare è se, a tavola, la voce o la respirazione del bambino diventano sempre più umide e gorgoglianti. Infine, anche **un bimbo che tende a mangiare solo alcune consistenze (per esempio liquidi o semisolidi) o ha rigurgiti frequenti potrebbe avere un disturbo della deglutizione**. In tutti i casi elencati è bene rivolgersi a uno specialista. Spesso il problema si può risolvere, specialmente nei casi in cui vi è un inquadramento precoce con tecniche come l'esame endoscopico o la videofluoroscopia».

Sette livelli di gravità

La scala di valutazione della deglutizione «**National outcomes measurement system**» dell'American Speech-Language-Hearing Association («**ASHA NOMS**»), classifica la disfagia in base a sette livelli di gravità.

Livello 1: deglutizione completamente inefficace.

Livello 2: deglutizione incostante e/o ritardata, alimentazione insufficiente rispetto ai bisogni.

Livello 3: il disturbo della deglutizione non consente di soddisfare appieno le necessità nutrizionali, serve una supervisione.

Livello 4: il disturbo non impedisce un sufficiente apporto alimentare, ma si richiede una supervisione durante i pasti.

Livello 5: la deglutizione è abbastanza soddisfacente ai fini di una corretta nutrizione, purché il paziente si autocontrolli e usi tecniche di compenso.

Livello 6: la deglutizione è efficiente per la maggior parte dell'alimentazione; possono manifestarsi occasionalmente lievi difficoltà e può essere necessario prolungare il tempo dedicato al pasto.

Livello 7: la deglutizione è normale in tutte le situazioni.

L'efficacia della tosse

Esiste poi una scala di misurazione in 8 punti legata alla tosse e al vestibolo laringeo (parte superiore della laringe): è la **Penetration-Aspiration Scale (PAS) di Rosenbek**.

Punti 1-3: nessun contatto con le corde vocali; il materiale non entra nelle vie aeree (1), oppure vi accede ma rimane sopra le corde vocali, venendo espulso (2), o non completamente eliminato (3).

Punti 4-5: contatto con le corde vocali; il materiale raggiunge le corde vocali e viene rimosso del tutto (4), oppure permane parzialmente (5).

Punti 6-8: aspirazione - superamento delle corde vocali; il materiale passa sotto le corde vocali; viene eliminato (6), non è rimosso nonostante il tentativo del paziente (7), oppure l'aspirazione è del tutto silente senza alcun tentativo di espulsione (8).