

La Gestione Nutrizionale in RSA

Dalla malnutrizione alla ristorazione



Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ATS Insubria

PRESENTAZIONE

In Italia, come in molti Paesi occidentali, la popolazione anziana (per definizione d'età superiore ai 65 anni) è in netto aumento; il dato nazionale percentuale per gli "ultrasessantacinquenni" è del 22,3% della popolazione totale. Nella classifica internazionale dei Paesi che nel prossimo cinquantennio risultano più esposti all'invecchiamento della popolazione, l'Italia è al secondo posto, subito dopo il Giappone (dati O.M.S.). Il principale fattore responsabile dell'invecchiamento del Paese, non è tanto l'allungamento della vita degli individui quanto il crollo del tasso di fecondità verificatosi nel decennio 1975-85. (dal "Libro bianco sul Welfare" – Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali). Meno citato e meno conosciuto è l'aumento dei "vecchi più vecchi", che dal 1950 si sono quadruplicati e che nel 2025 costituiranno un sesto di tutta la popolazione oltre i 65 anni.

Particolarmente rilevante è il fatto che, in qualsiasi parte del mondo e anche in Italia, il gruppo degli ultraottantenni sta aumentando due volte più rapidamente del gruppo dei 65 anni. Gli anziani in toto costituiscono comunque l'80% della totalità dei soggetti con deficit funzionali e non autosufficienti. Non è tanto la singola patologia che porta l'anziano alla mancanza di autosufficienza, e quindi all'aumentata richiesta assistenziale, ma è la disabilità che risulta perlopiù dalla comorbilità e dall'influenza di fattori socio-economici, quali la povertà, l'isolamento, il cambiamento di ruolo sociale dopo il pensionamento.

L'aumento della speranza di vita è un fenomeno universale e la quantificazione dei periodi di vita che verranno trascorsi con disabilità e necessità di assistenza sono gli indicatori più significativi che i politici sanitari dovrebbero utilizzare per la pianificazione dei servizi assistenziali. In termini pratici "l'invecchiamento della popolazione", ha fatto emergere due problemi principali, a cui il sistema assistenziale italiano è chiamato con urgenza a far fronte: da un lato è cresciuto il numero degli anziani che vivono soli o per i quali la rete dei sostegni familiari si è indebolita; dall'altro è aumentato il numero di soggetti esposti al rischio di perdere autosufficienza fisica o psichica.

A cura del gruppo di lavoro aziendale:

Lucas Maria Gutierrez Direttore Generale

Ester Poncato Direttore Socio Sanitario

Edoardo Michele Majno Direttore Sanitario

Annalisa Donadini Direttore Promozione della Salute e Prevenzione Fattori di Rischio Comportamentali

Bianchi Maria Antonietta Direttore Igiene Alimenti e Nutrizione

Del Bene Giuseppe Dirigente Medico Qualità della Nutrizione e Stili Alimentari

Piotto Laura Coordinatore - Assistente Sanitaria Qualità della Nutrizione e Stili Alimentari

Baldo Cinzia Dietista Qualità della Nutrizione e Stili Alimentari

Frigerio Sara Dietista Qualità della Nutrizione e Stili Alimentari

Capurso Antonella Infermiera Qualità della Nutrizione e Stili Alimentari

Carlomagno Giuseppina Ingegnere Gestionale Dipartimento PIPSS

SOMMARIO

PRESENTAZIONE	2
INTRODUZIONE.....	4
FRAGILITA'	5
DATI DI CONTESTO PER LE UDO RSA ATS INSUBRIA (aggiornati al 31/12/2018)	7
OFFERTA: caratteristiche delle U.D.O della ATS Insubria e indicatori per la programmazione socio sanitaria	11
ANALISI DEI BISOGNI sanitari e assistenziali degli ospiti delle RSA di ATS Insubria (anno 2018).....	14
ALIMENTAZIONE E ANZIANI	20
FABBISOGNI	21
DIETETICO OSPEDALIERO	24
DIETA FISIOLÓGICA 1800 KCAL (VITTO COMUNE).....	26
DIETE STANDARD.....	31
DIETA IPOCALORICA	31
DIETA IPERCALORICA.....	31
DIETA PRIVA DI GLUTINE	32
DIETA IPOPROTEICA.....	33
DIETA PER MORBO DI PARKINSON.....	33
DIETA A RIDOTTO APPORTO DI FIBRA E DI LATTOSIO.....	33
DIETA A GLUCIDI CONTROLLATI PER DIABETICI TIPO II.....	34
VALUTAZIONE E MONITORAGGIO DELLO STATO NUTRIZIONALE.....	35
MALNUTRIZIONE	35
SCREENING NUTRIZIONALE	35
DISFAGIA.....	38
GESTIONE DELLA PEG	44
GESTIONE DELLA MEDICAZIONE PEG IN ASSENZA DI COMPLICANZE	44
GESTIONE DELLA GASTROSTOMIA	44
GESTIONE DELLA NUTRIZIONE ENTERALE: PROBLEMI, CAUSE ED INTERVENTI.....	45
GESTIONE DELLA TERAPIA FARMACOLOGICA.....	46
INDICAZIONI PER IL PERSONALE.....	47
ALLEGATI.....	55
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI.....	65

INTRODUZIONE

La Conferenza Stato-Regioni ha approvato nel dicembre 2010 le Linee d'indirizzo nazionale per la Ristorazione ospedaliera e assistenziale, messe a punto dal Ministero della salute. Il documento si compone di varie parti ed è incentrato sull'attenzione verso l'utente, che nel "Sistema Sanità" deve essere il fulcro in grado di azionare tutte le leve che muovono il sistema verso gli obiettivi di qualità e di efficienza.

Le Linee di indirizzo, rivolte a tutti gli operatori della ristorazione ospedaliera e assistenziale, indicano le strategie da adottare per la prevenzione e cura della malnutrizione.

È dimostrato scientificamente che una corretta alimentazione durante il ricovero, particolarmente degli anziani e dei lungodegenti, diventa parte integrante del percorso di cura. La malnutrizione comporta, infatti, una maggiore vulnerabilità alla malattia e conseguenti ricoveri ripetuti.

Nel novembre 2003 il *Council of Europe Committee of Ministers* ha emesso una serie di raccomandazioni per i vari Stati membri atte a sancire l'importanza di adeguati interventi nutrizionali per tutti i soggetti ospedalizzati e degenti RSA allo scopo di identificare i pazienti a rischio nutrizionale al momento dell'ammissione in reparto e supportarli tempestivamente dal punto di vista dietetico.

Nel 2008, la Relazione sul Libro bianco concernente "Una strategia europea sugli aspetti sanitari connessi all'alimentazione, al sovrappeso e all'obesità" (2007/2285(INI)), ha spinto ad adottare un approccio più globale alla nutrizione ed a fare della malnutrizione, insieme all'obesità, una delle principali priorità nel campo della nutrizione e della salute. Nella risoluzione si richiama l'attenzione sul problema della malnutrizione, una condizione in cui una carenza, un eccesso o uno squilibrio alimentare hanno un impatto negativo misurabile sulla funzione del corpo. Inoltre riporta che la malnutrizione rappresenta un grave onere per l'individuo e per la società, in particolare per il sistema sanitario, e che essa comporta un aumento della mortalità, degenze ospedaliere più lunghe, complicazioni più gravi e una diminuzione della qualità della vita per i pazienti, sottoponendo le strutture ad un aggravio di costi. Per tale motivo il parlamento europeo invita gli Stati membri a migliorare sul piano quantitativo e qualitativo l'alimentazione negli ospedali e nelle case di riposo, per aumentare l'aspettativa di vita e contenere la spesa pubblica.

È indispensabile porre attenzione allo stato nutrizionale del paziente anche attraverso un sistema di ristorazione di qualità.

A questo proposito, nel 2019, la ATS Insubria ha ripreso le Linee Guida Nazionali sulla ristorazione ospedaliera e assistenziale del dicembre 2010, già rivalutate nel 2017 in seguito dell'entrata in vigore della L.R. 23/2015, elaborando un nuovo documento che possa essere di aiuto per il raggiungimento degli obiettivi europei di salute e di proporre delle indicazioni di corretta alimentazione sia dal punto di vista igienico che nutrizionale.

FRAGILITA'

La fragilità è una condizione di vulnerabilità latente a cui consegue un crescente rischio di disabilità. È uno stato dinamico legato a perdite sia di ordine fisico che psichico e sociale; l'interazione fra questi elementi spiegherebbe il frequente comparire nell'anziano di scompensi fisici e/o comportamentali senza un riferimento specifico ad un organo. È un fenomeno che attraversa tutte le fasce di età, ma si concentra essenzialmente nella fascia degli anziani.

Il medico deve sospettare una possibile fragilità in tutte le persone anziane, anche se autonome nelle attività della vita quotidiana. Il sospetto di fragilità si basa sull'osservazione e/o sulla narrazione della persona raccogliendo in parallelo dati sulla motricità, sulla cognitivtà, sugli organi di senso e su tutti gli elementi, anche i socio-ambientali, che concorrono all'autonomia personale e sociale. Il punto critico per riconoscere la fragilità è nello straordinario numero di variabili che, interagendo fra loro, determinano una vulnerabilità individuale con effetti spesso imprevedibili. Non esiste un unico strumento che consenta una semeiotica clinica della fragilità. Alcune linee guida indicano valutazioni complesse, spesso di ordine specialistico. Negli ultimi anni la letteratura ha concordato una definizione della fragilità e degli elementi che possano far sospettare una sua presenza. La fragilità viene definita come una "sindrome fisiologica caratterizzata dalla riduzione delle riserve funzionali e dalla diminuita resistenza agli stressors, risultante dal declino cumulativo di sistemi fisiologici multipli" (L. Fried 2004). Dalla stessa autrice sono state individuate cinque condizioni che, se presenti in numero uguale o superiore a tre, sono in grado di configurare un fenotipo fragile. L'attribuzione delle precedenti caratteristiche cliniche al "fenotipo fragile" deve comunque seguire l'esclusione di una patologia organica.

FENOTIPO FRAGILE

- 1. Perdita di peso (maggiore di 4.5 Kg nell'ultimo anno)**
- 2. Affaticamento (si sente affaticato per almeno 3 giorni/settimana)**
- 3. Riduzione della forza muscolare (hand-grip) (m=< 5.85 kg; f=> 3.37 kg)**
- 4. Ridotta attività fisica (ev. questionario PASE)**
- 5. Riduzione della velocità del cammino (su percorso noto > 7" per percorrere 5 m)**

Fragilità= 3 o più item presenti

Fried LP et al. For the Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group. Frailty in older adults: Evidence for a phenotype. Journals of Gastroenterology. Series a: Biological and Medical Sciences 56: M146-M157; 2001

La fragilità può essere sospettata anche con un approccio di opportunità, soprattutto nel sistema delle cure primarie.

Nella Figura 2 si esemplifica un approccio di opportunità. Basandosi sullo screening di un numero elevato di persone, possono essere riconosciuti i soggetti vulnerabili nei quali sarà opportuno attivare verifiche.

Figura 2: Approccio di opportunità per sospettare la fragilità

Suggerimenti per l'approccio di opportunità

- **Domande relative all'organizzazione della giornata** (a che ora si alza, a che ora fa colazione, se e quando va a fare la spesa, chi prepara i pasti, chi pulisce la casa, chi fa il bucato, come impiega la giornata).
- **Domande relative a igiene e cura della persona** (autonomia nell'igiene personale, autonomia nel vestirsi, autonomia nell'andare in bagno, problemi di masticazione)
- **Domande relative all'alimentazione:** abitudini dietetiche, perdita di appetito, riduzione del peso corporeo negli ultimi 6 mesi, quantità di liquidi assunta durante la giornata.
- **Domande relative all'attività fisica abituale,** alle difficoltà nella mobilità, alle cadute negli ultimi 12 mesi.
- **Domande relative alla terapia farmacologica** e alla sua gestione.
- **Valutazione dello stato fisico del paziente:** valutazione del cavo orale, magrezza, osservazione della muscolatura, postura e mobilità.

Quando è possibile effettuare una visita a casa del paziente per valutare l'ambiente domestico.

Nella Tabella 1 si riassumono i quesiti proposti per lo screening.

SCREENING POSTALE DELLA FRAGILITÀ

	Punteggio
1. CI VEDE ABBASTANZA DA LEGGERE I TITOLI DEI GIORNALI?	1.5
2. SI STANCA MOLTO A FARE LE COSE DI TUTTI I GIORNI?	3
3. HA PROBLEMI DI MEMORIA?	1
4. È MAI CADUTO NEGLI ULTIMI 6 MESI?	1.5
5. HA DIFFICOLTA' A CAMMINARE PER 400 m IN PIANURA?	3.5
6. ASSUME REGOLARMENTE (TUTTI I GIORNI O QUASI) 5 O PIU' FARMACI?	1
	<hr/>
	Tot. (0-11.5)

SOLITAMENTE È IN GRADO DI VESTIRSI E SVESTIRSI

Mossello E, Profili F, Di Bari M, Bandinelli S, Razzanelli M, Salvioni A, Corridori C, Di Fiandra T, Francesconi P. Postal screening con identify frailty and predict outcomes in older adults: lonaitudinal data from INTER-FRAIL study. Aae Aaeina. 2016. in press.

Cut-off 6,5 -> sensibilità 75% e 69% nell'identificare la presenza di fragilità secondo i criteri di Fried (Fried et al., J Gerontol Med Sci, 2001)

Nella pratica clinica trovano impiego anche strumenti valutativi basati su performance fisiche. Lo Short Physical Performance Battery è uno degli strumenti proposti dalla letteratura internazionale. L'individuo è un sistema complesso, che invecchiando vede spesso aumentare la complessità e contemporaneamente anche il disordine. La fragilità è frutto della complessità, non è uno stato patologico facilmente definibile ma, come già sottolineato, è una "sindrome fisiologica" che spesso evolve negativamente negli anni, fino a determinare una sempre maggiore difficoltà nella ricerca di strategie adattative capaci di compensare la progressiva limitazione dell'autonomia personale e sociale. La fragilità è spesso correlata con lo stile di vita che può essere causa di declino personale o strumento per trovare i compensi necessari al ricupero o al mantenimento dell'autonomia. La letteratura indica che un'eccessiva sedentarietà, l'uso eccessivo di farmaci, l'obesità, le carenze dietetiche, in particolare della vitamina D, sarebbero fra gli elementi che concorrono a determinare la fragilità. Nella molteplicità delle manifestazioni della fragilità è tuttavia quasi costante la riduzione della forza muscolare e la riduzione del peso. In situazioni di spiccata fragilità, la forza muscolare si riduce del 5% al giorno, diminuiscono i depositi di glicogeno, si riduce la lunghezza delle fibre muscolari. Questi fenomeni sono più evidenti negli arti inferiori rispetto ai superiori. Questa caratteristica della fragilità rende particolarmente utile l'utilizzo del test SPPB come elemento sia diagnostico che di monitoraggio nel soggetto fragile.

DATI DI CONTESTO PER LE UDO RSA ATS INSUBRIA (aggiornati al 31/12/2018)

Nel 2018 nelle RSA a contratto della ATS dell'Insubria sono state assistite 13.310 persone, di cui il 98% anziani (età ≥ 65 anni) e l'91% di età superiore ai 75 anni.

Le caratteristiche anagrafiche della popolazione ricoverata in RSA in tale periodo sono riportate nelle figure 1 – 2 – 3.

Figura 1: distribuzione per sesso

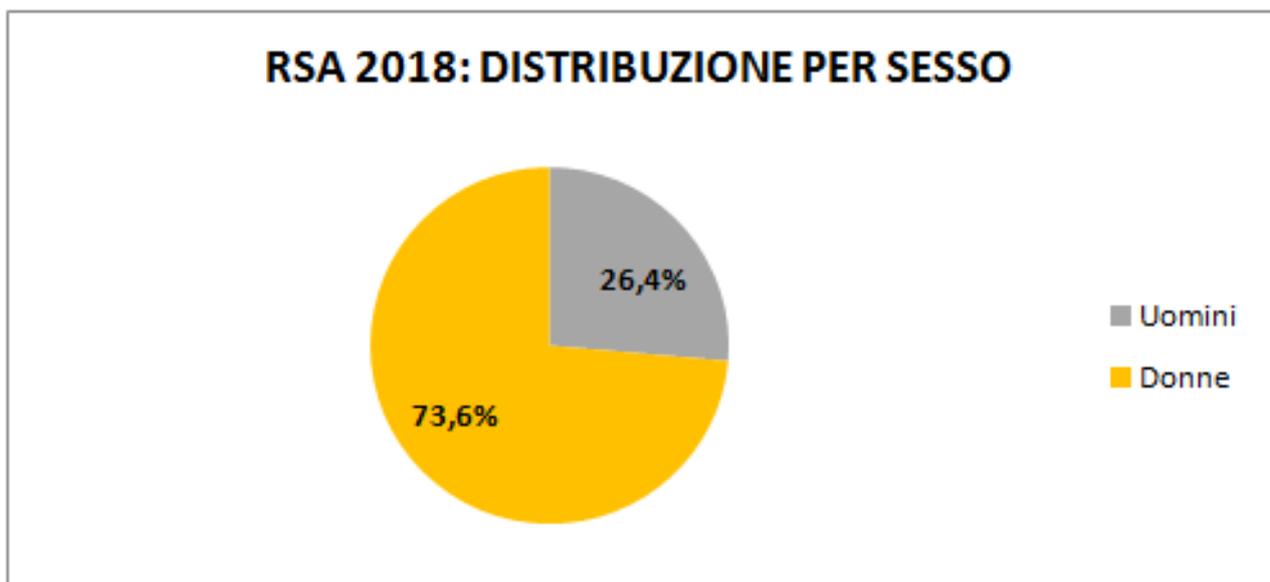


Figura 2: distribuzione per classi di età

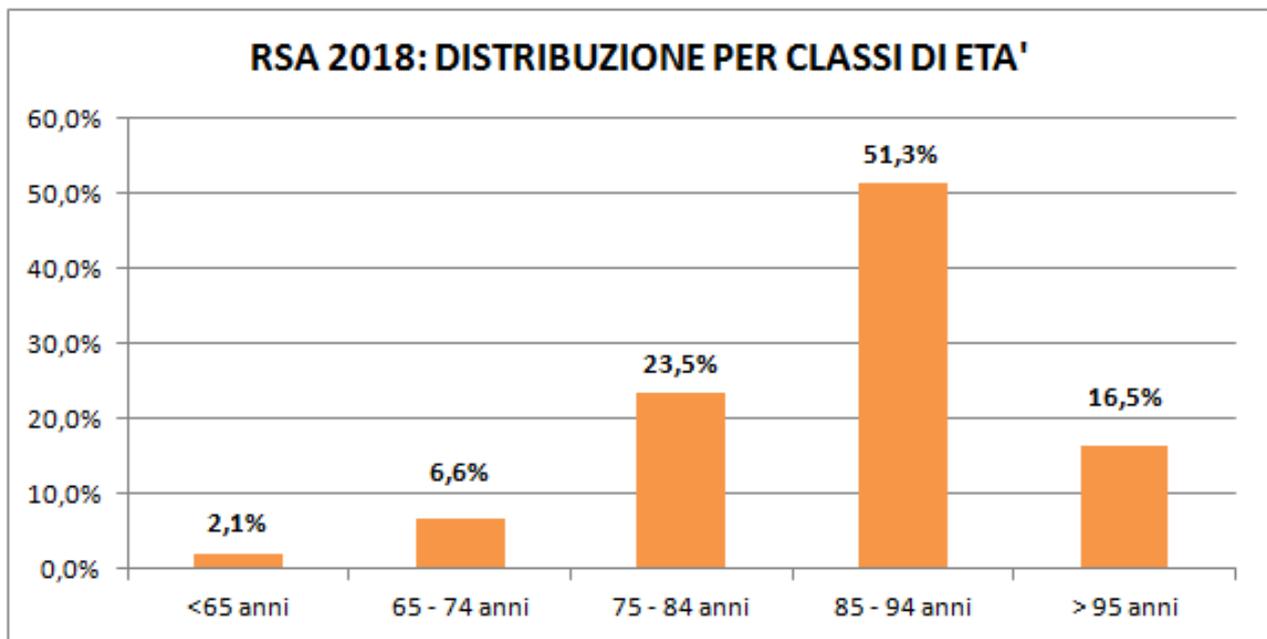
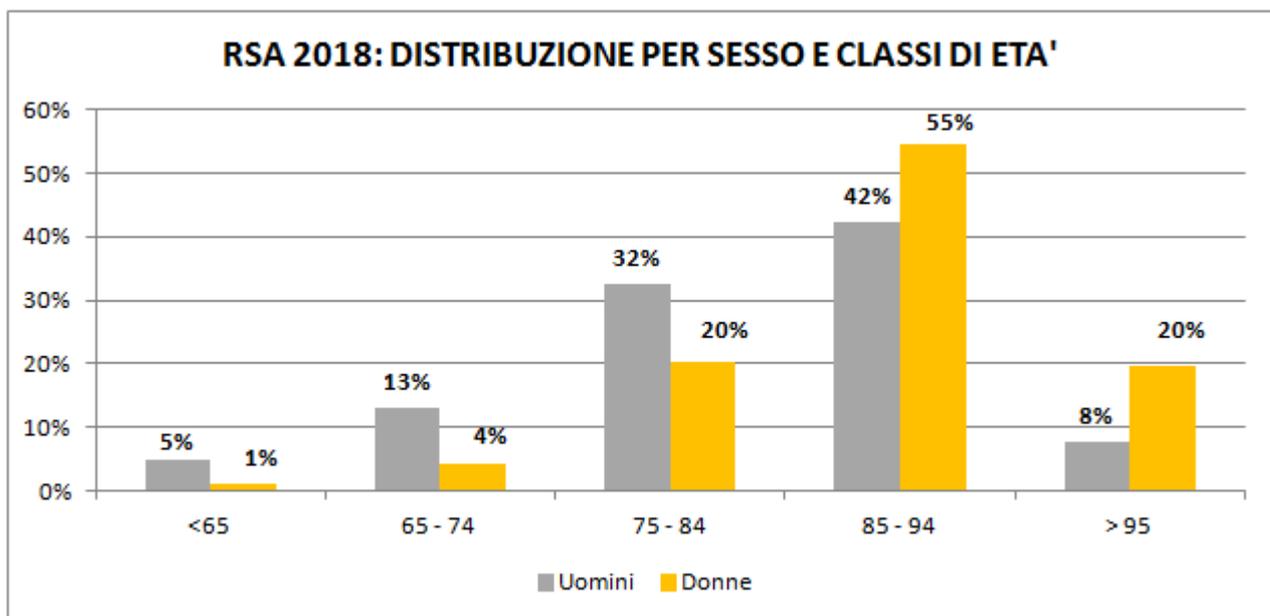


Figura 3: distribuzione dell'utenza in base alle classi di età e al sesso

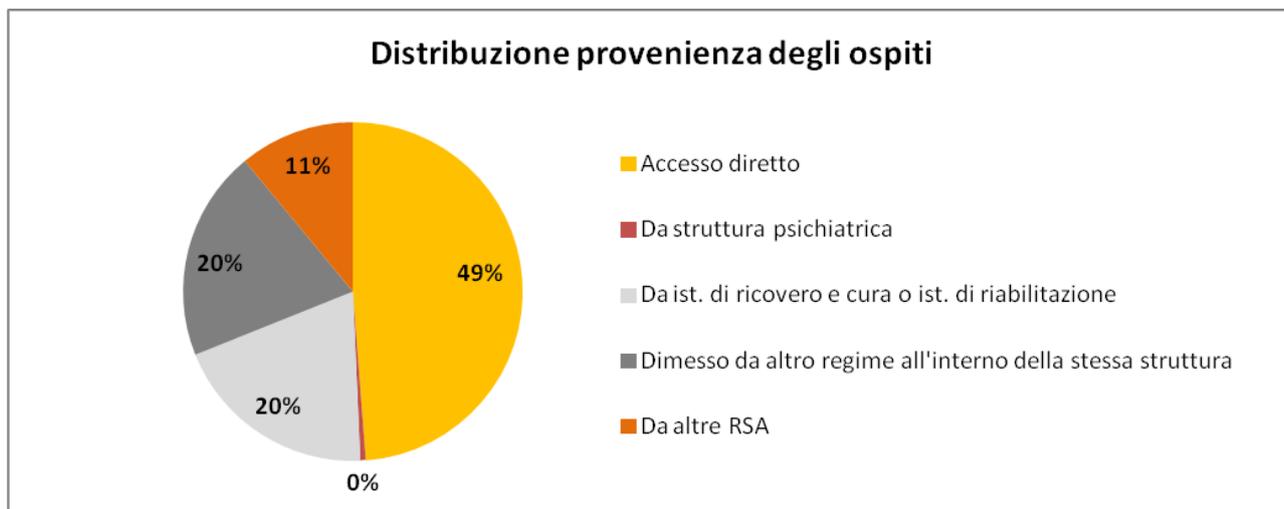


Si osserva come il 42% della popolazione delle RSA della ATS dell'Insubria è rappresentato da donne (Figura 1) e che più del 50% degli ospiti è compreso nella fascia di età tra gli 85 e i 94 anni. Esigua, come è normale che sia, la presenza nelle nostre RSA di utenza giovane (pari al 2,1% del totale degli utenti).

Viceversa la percentuale di donne molto anziane (fasce di età tra gli 85 e i 94 anni e oltre i 95 anni) è decisamente superiore a quella degli uomini, anche in considerazione della diversa aspettativa di vita tra i due sessi (Figura 3).

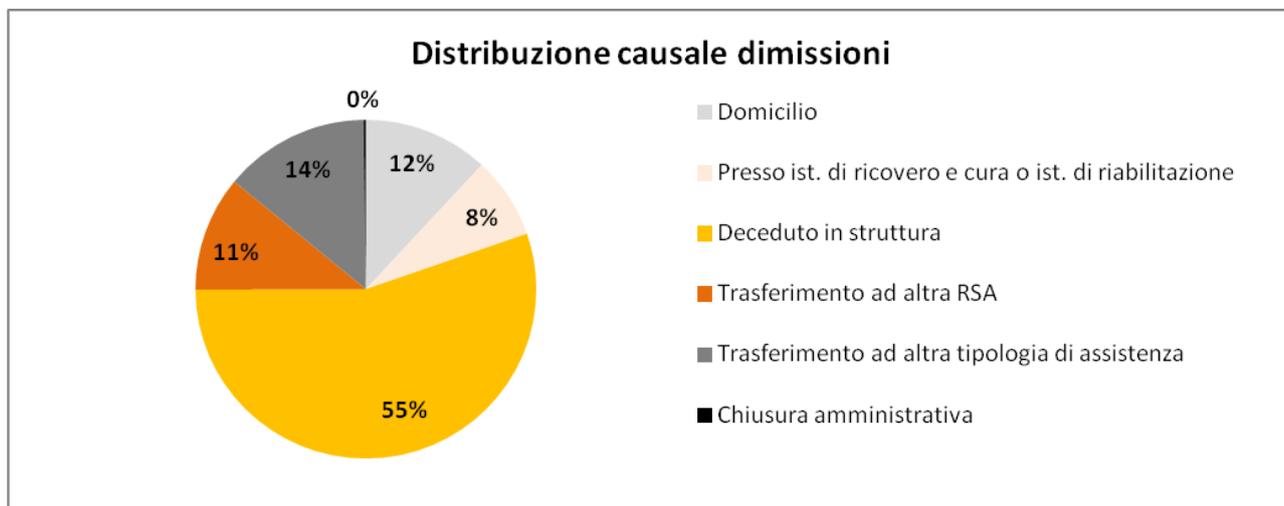
Da notare che complessivamente il 16% della popolazione ospite delle RSA di ATS Insubria appartiene alla fascia di età degli ultra 95enni ed in particolare 215 utenti superano la soglia dei 100 anni di età. Quasi la metà degli ospiti arriva in RSA come accesso diretto (Figura 4 - Distribuzione della provenienza degli ospiti), quindi probabilmente dal domicilio. Un 20% proviene da istituti di ricovero e cura o istituti di riabilitazione e un altro 20% cambia regime all'interno della stessa struttura. Un numero minore di ospiti proviene da altre RSA.

Figura 4 - Distribuzione della provenienza degli ospiti



Dalle causali di dimissione (Figura 5), emerge che più del 50% è deceduto in struttura, confermando il trend che gli ospiti vanno in RSA nel fine vita. Si conferma l'11% che viene dimesso per andare in altra RSA. Il 12% degli ospiti ritorna al proprio domicilio.

Figura 5 - Distribuzione causale di dimissione



La tipologia di utenza ricoverata nell'anno 2018 nelle RSA della ATS Insubria risulta composta per il 94% da utenza tipica. Il restante 6% è rappresentato da utenza cosiddetta non tipica, in prevalenza persone con Alzheimer, ma anche ospiti in stato vegetativo (SV), ospiti provenienti dagli ex ospedali psichiatrici (ex OP) e, in misura molto minore rispetto alle altre tipologie di utenza, persone affette da malattia del motoneurone (SLA) e AIDS (Figura 6).

Figura 6: distribuzione percentuale dell'utenza speciale

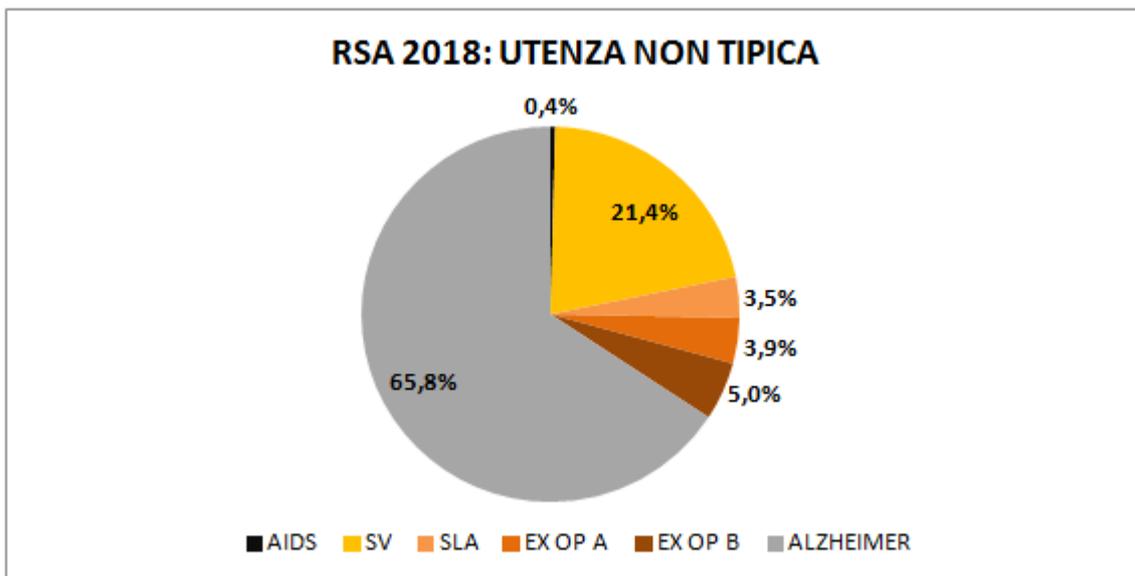


Tabella 1: distribuzione per sesso dell'utenza speciale anno 2018

UTENZA NON TIPICA ANNO 2018							
	ALZHEIMER	SV	EX OPB	EXOPA	SLA	AIDS	totale
Uomini	152	97	17	17	13	3	299
Donne	334	61	20	12	13	0	440
TOTALE	486	158	37	29	26	3	739

In linea generale si osserva come, mentre per l'utenza Alzheimer le donne rappresentano quasi il doppio degli uomini (dato epidemiologico correlato alla maggior prevalenza di grandi anziani nel sesso femminile ospiti di RSA, oltre che alla clinica della malattia), per tutte le altre tipologie di utenza speciale non esiste differenza significativa tra i due sessi.

OFFERTA: caratteristiche delle U.D.O della ATS Insubria e indicatori per la programmazione socio sanitaria

Le RSA presenti sul territorio della ATS Insubria sono 106. Di queste: 102 sono contrattualizzate, 1 solo accreditata e 3 sono solo autorizzate al funzionamento.

In tabella 2 l'offerta territoriale dei posti di RSA nel territorio insubrico, distinti per tipologia, l'offerta per ciascuna tipologia rispetto alla popolazione residente di età maggiore o uguale a 75 anni e il tasso di saturazione medio per ATS dei posti a contratto.

Si osserva che dei 9829 posti autorizzati, il 96,7% sono accreditati e il 88,93% sono anche contrattualizzati con il SSR. Pertanto nel territorio della ATS Insubria al 31 dicembre 2018 risultano disponibili per nuovi accreditamenti circa il 3,3% (sul totale di posti disponibili in ATS) di posti autorizzati ma non ancora accreditati e per nuova contrattualizzazione circa il 8,04% (sul totale di posti disponibili in ATS) di posti già accreditati ma non ancora a contratto.

Tabella 2: offerta territoriale e tasso di saturazione nella ATS Insubria

POPOLAZIONE OVER-75 (AL 31 DICEMBRE 2018)	Tipologia posti	N° totale posti	Margine di accreditament o/contrattuali zzazione (rispetto ai posti disponibili)	% posti ogni 100 residenti over 75 anni	Tasso di saturazione (solo per RSA a contratto)
169.202	AUTORIZZATI	9829	3,30%	5,81 %	----
	ACCREDITATI	9505	8,04%	5,62 %	----
	A CONTRATTO	8741	---	5,17 %	98,96%

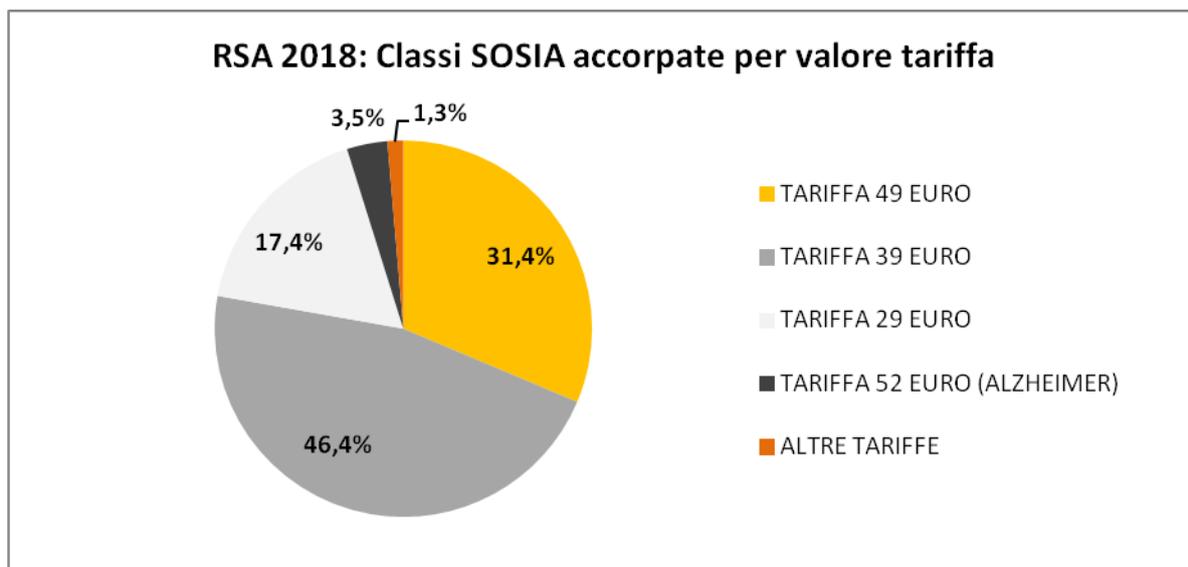
Gli ospiti provenienti da altre ATS lombarde rappresentano il 15,5% del totale degli ospiti, a cui si deve aggiungere un ulteriore 0,2% di utenti provenienti da altre regioni italiane. La distribuzione riportata in tabella 3 evidenzia che l'ATS di Milano (7,8%) e l'ATS Brianza (7,0%), confinanti con l'ATS dell'Insubria, sostengono la maggior parte della mobilità intra-regionale (95%). Le RSA del territorio insubrico, rispetto al territorio confinante, sono attrattive anche per il clima. La mobilità in entrata verso le RSA dell'ATS dell'Insubria è stata nel 2018 pari al 15,7% dell'utenza totale.

Tabella 3: distribuzione territoriale della mobilità intraregionale per singola ATS – anno 2018

ATS DI PROVENIENZA	N° OSPITI IN RSA INSUBRIA	% sul totale della mobilità intraregionale
FUORI REGIONE	30	0,2%
ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO	1.033	7,8%
ATS DELL'INSUBRIA	11.221	84,3%
ATS DELLA MONTAGNA	44	0,3%
ATS DELLA BRIANZA	931	7,0%
ATS DI BERGAMO	27	0,2%
ATS DI BRESCIA	7	0,1%
ATS DELLA VAL PADANA	8	0,1%
ATS DI PAVIA	9	0,1%
TOTALE	13.310	100,0%
TOTALE ATS LOMBARDE	2.059	15,5%
TOTALE MOBILITA' IN INGRESSO	2.089	15,7%

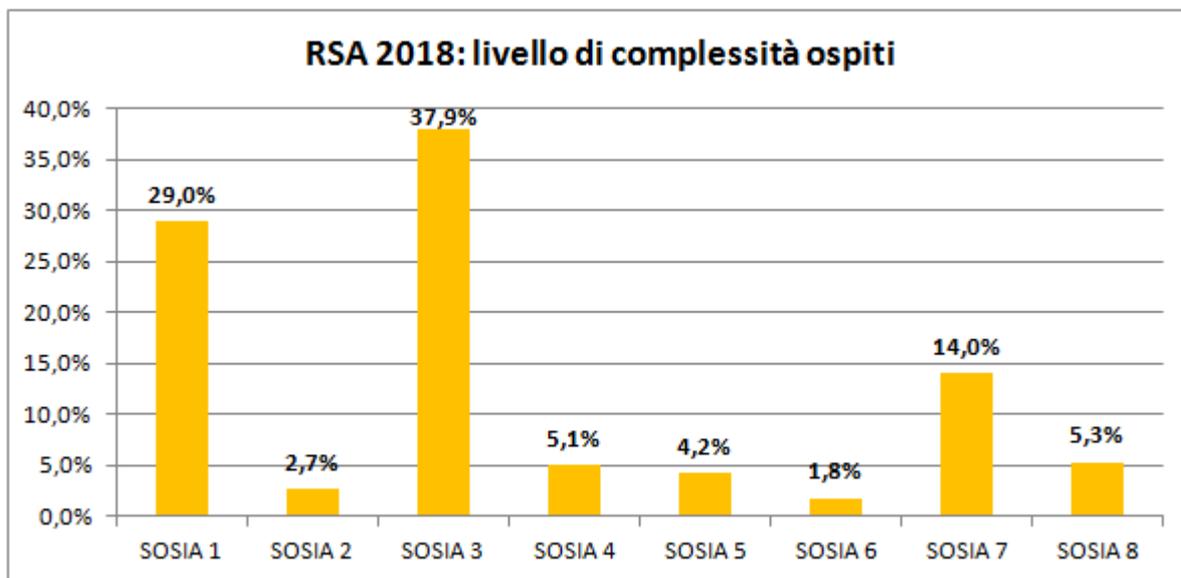
In Figura 7 è riportato il raggruppamento delle classi SOSIA o schede per tariffa remunerata.

Figura 7: distribuzione delle tariffe SOSIA nel 2018



In Figura 8 è riportata la distribuzione ATS delle classi di gravità (SOSIA) degli ospiti presenti nel 2018.

Figura 8: distribuzione dell'utenza in base alle classi di gravità SOSIA nel 2018

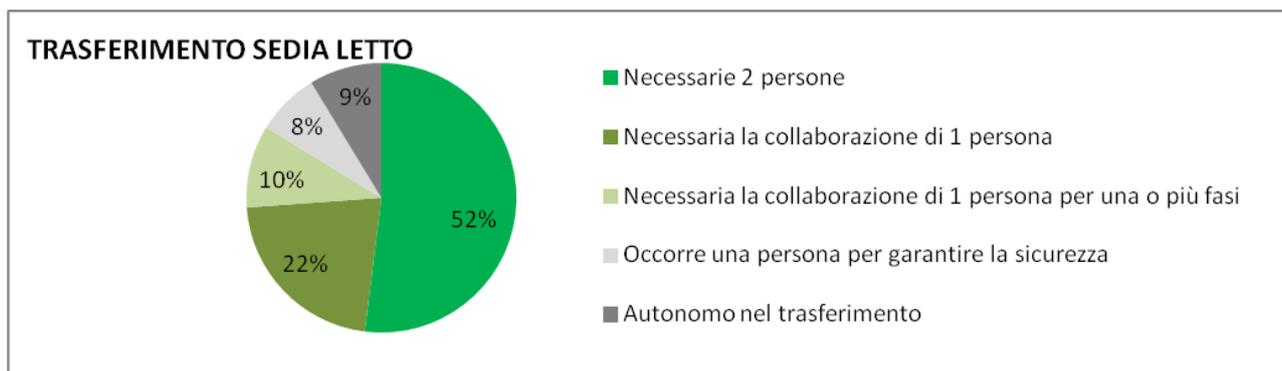


La distribuzione delle classi SOSIA nelle RSA del territorio dell'Insubria e quella delle tre tariffe corrispondenti illustrate nelle due figure, suggerisce che le classi di gravità intermedie (3 – 4 - 5 e 6) che corrispondono alla tariffa di 39 euro, rappresentano quasi il 50% delle classi di gravità assistenziale, mentre le classi di maggior gravità (1 e 2) coprono il 32% degli ospiti.

ANALISI DEI BISOGNI sanitari e assistenziali degli ospiti delle RSA di ATS Insubria (anno 2018)

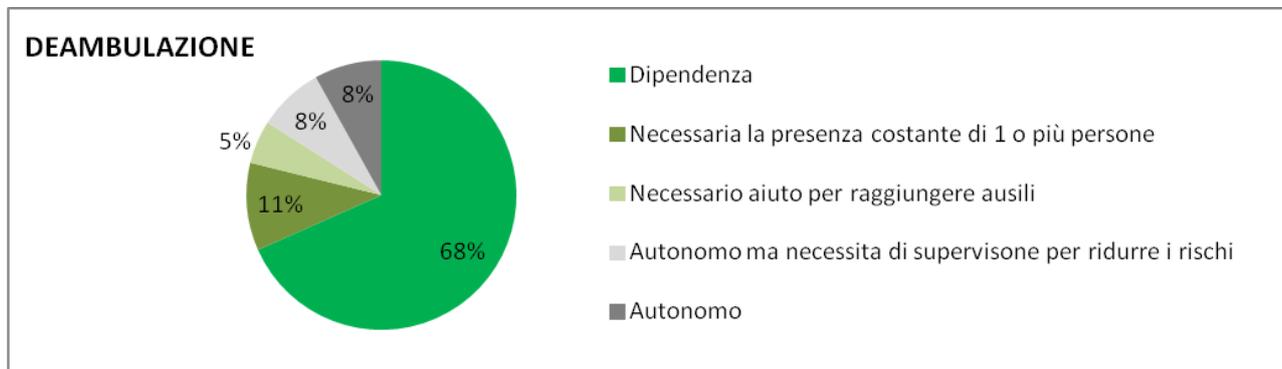
Analizzando i dati di valutazione degli ospiti¹ presenti in struttura emerge un quadro clinico abbastanza complesso. Più del 50% necessita di 2 persone per il trasferimento sedia – letto (Figura 9) e il 32% necessita comunque della collaborazione di una persona. Meno del 10% degli ospiti risulta autonomo.

Figura 9 - Trasferimento sedia letto



A livello motorio, più del 68% degli ospiti non è in grado di muoversi autonomamente (Figura 10), cui si aggiunge un 11% di ospiti che necessita costantemente di una o più persone che offrono aiuto in tutte le fasi del movimento. Anche in questo caso meno del 10% degli ospiti risulta autonomo.

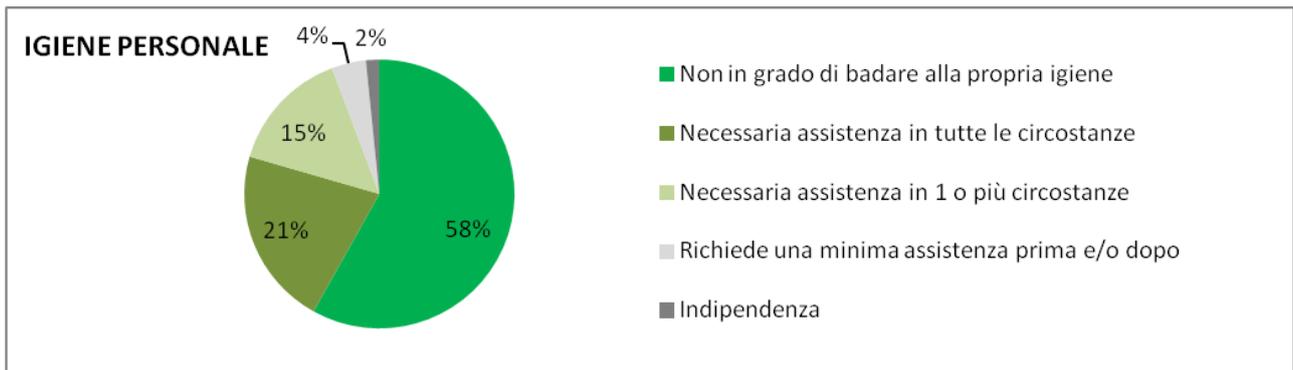
Figura 10 – Deambulazione



Con riferimento all'igiene personale, quasi il 60% degli ospiti non è in grado di badare alla propria igiene personale (Figura 11), cui si aggiunge il 36% che necessita di assistenza in tutte le occasioni che riguardano l'igiene personale o solo in alcune di esse. Solo il 6% richiede un poca assistenza o è indipendente.

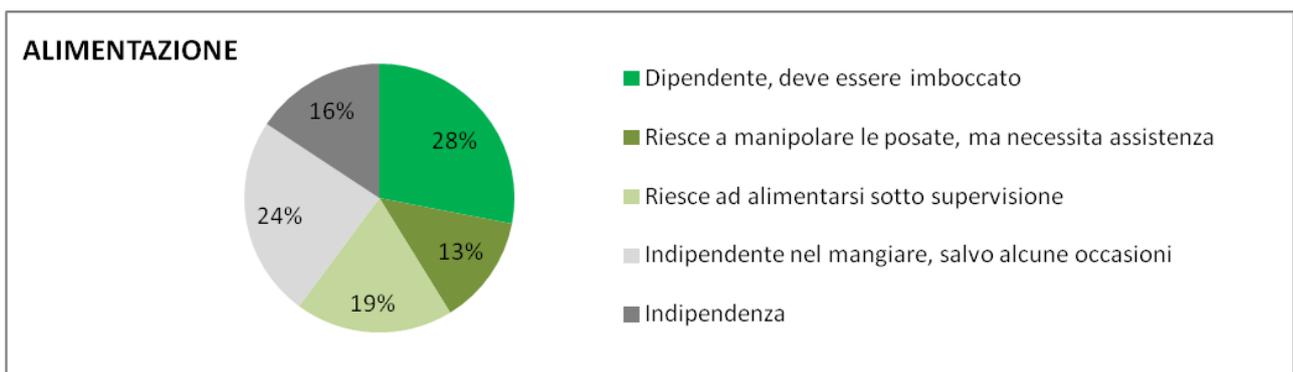
¹ Avendo a disposizione più di una valutazione per ogni ospite, è stata considerata ai fini dell'elaborazione solo l'ultima valutazione

Figura 11 - Igiene personale



Dal punto di vista dell'alimentazione, il quadro appare meno complesso. Infatti il 40% è indipendente nel mangiare (Figura 12) o, in alcuni casi, necessita di aiuto in rare occasioni. Inoltre, solo il 28% degli ospiti necessita di essere imboccato, la restante parte necessita di una supervisione più o meno stretta.

Figura 12 – Alimentazione



Dal punto di vista dello stato cognitivo, il 67% ospiti sono confusi (figura 13), completamente o in molte occasioni. In compenso, più della metà degli ospiti non mostra alcun segno di irritabilità (53%) (Figura 14) e/o di irrequietezza motoria (56%) (Figura 15).

Figura 13 – Confusione

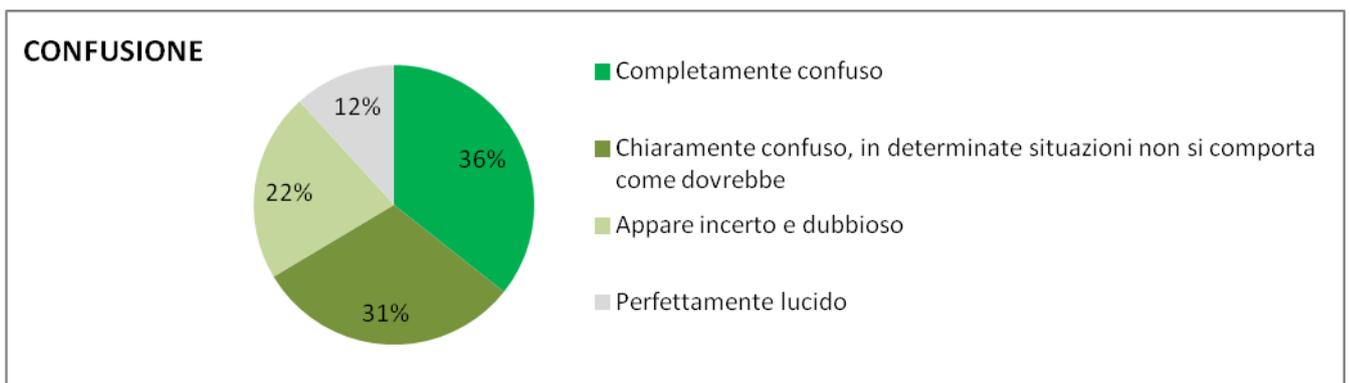


Figura 14 – Irritabilità

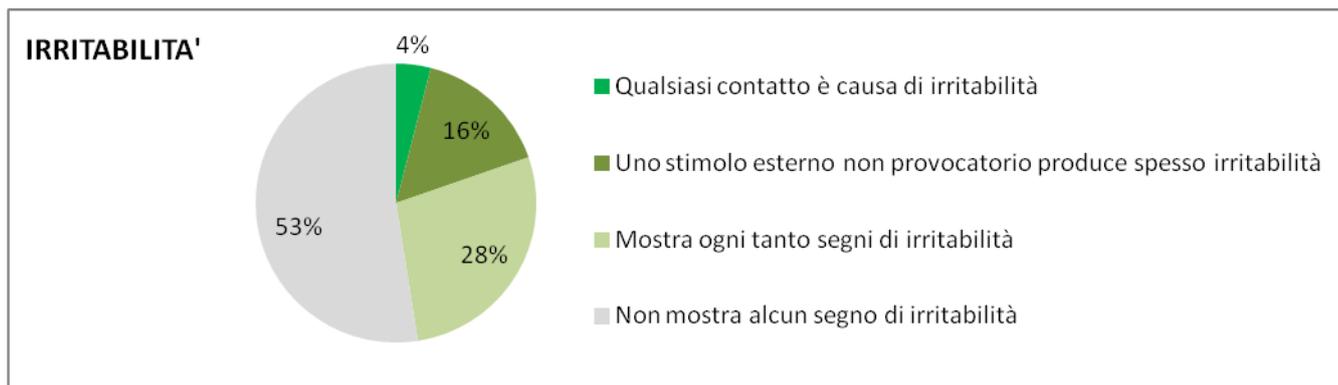
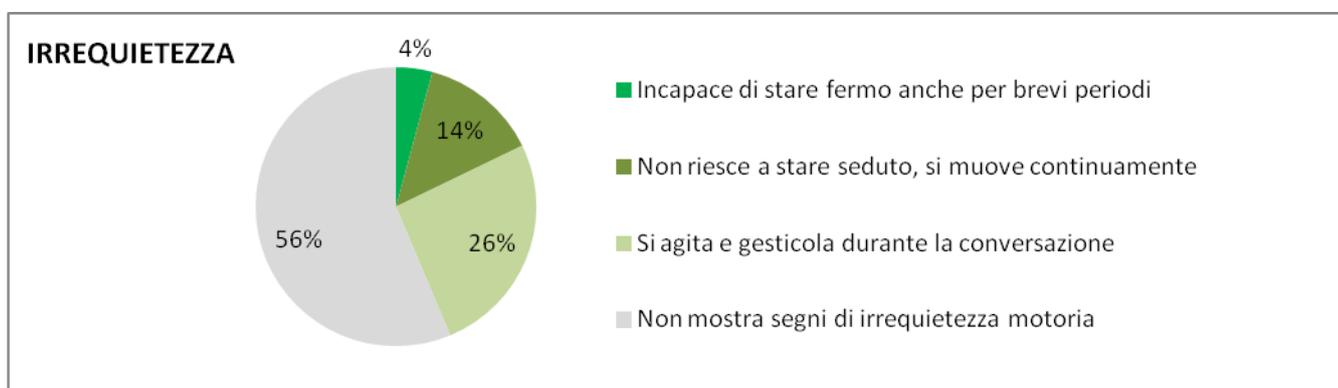
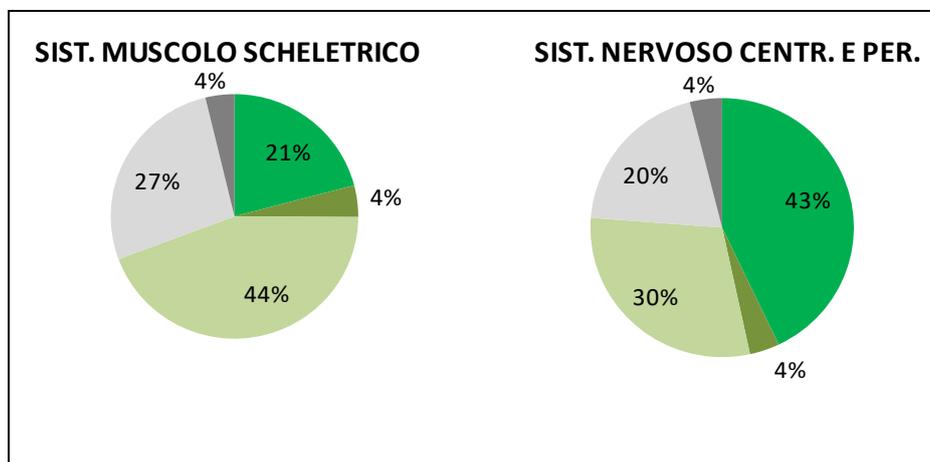


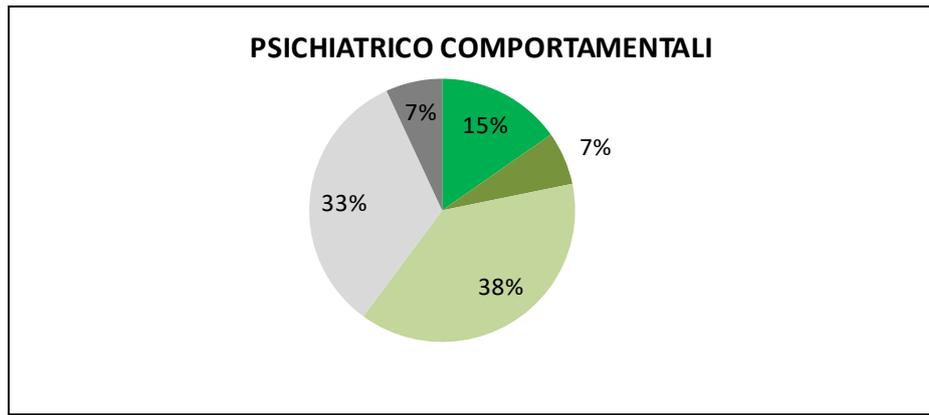
Figura 15 – Irrequietezza



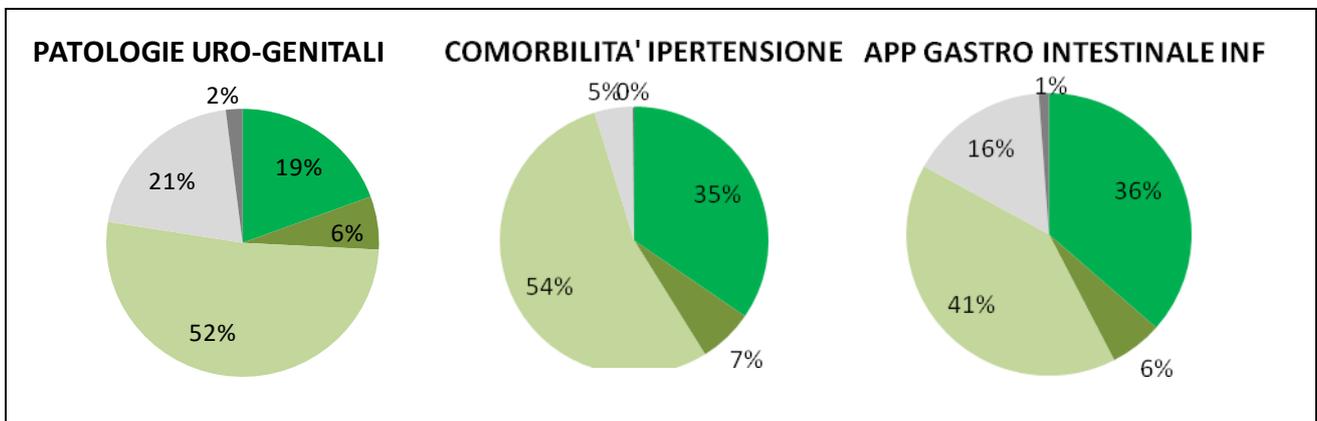
Sono state analizzate **14 comorbilità**, secondo una scala che va da assente a molto grave. Emerge che le comorbilità presenti in forma molto grave sono poche e, ove ci sono, sono rivolte a una bassa percentuale di ospiti (ad esempio le comorbilità psichiatrico comportamentali presenti nel 7% degli ospiti).

■ Assente ■ Lieve ■ Moderata ■ Grave ■ Molto grave

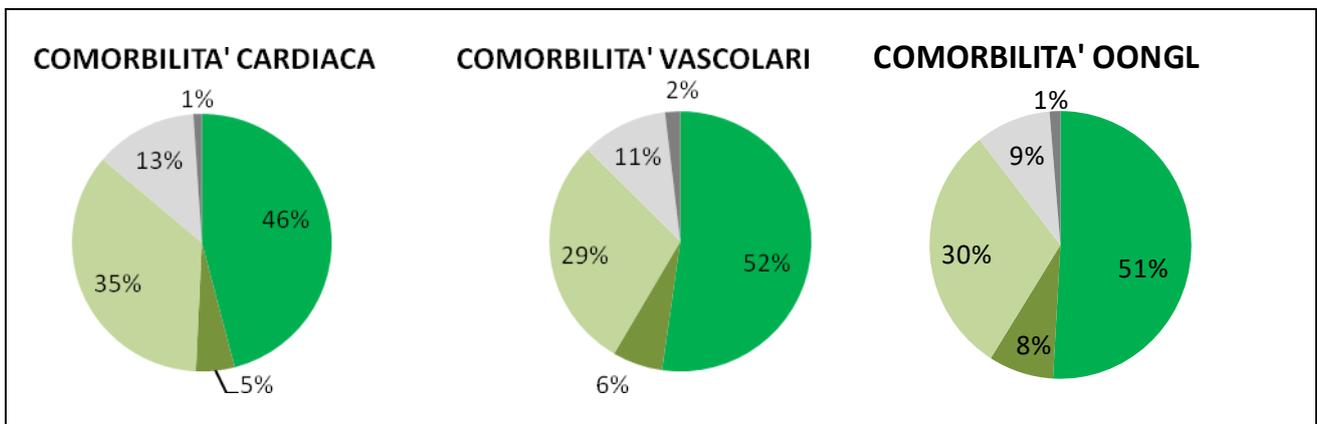




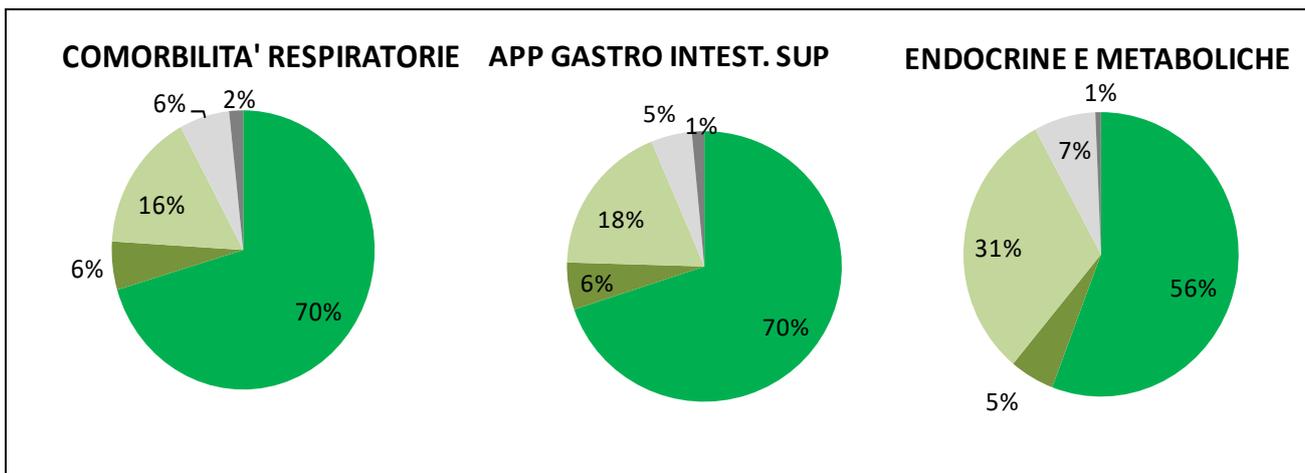
Presenti in forma moderata in circa il 50% degli ospiti risultano le comorbidità legate alle patologie uro-genitali, ipertensione e apparato gastro-intestinale inferiore.



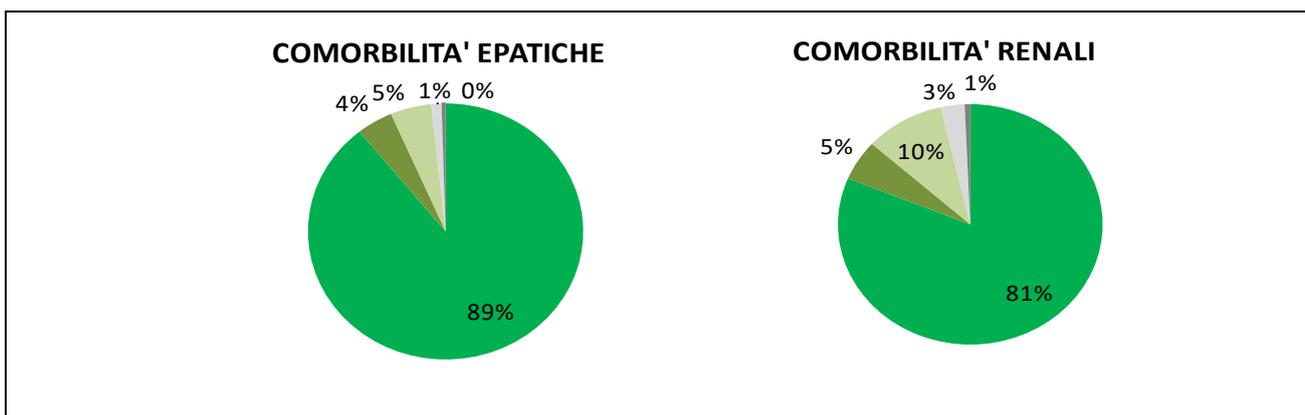
Altre comorbidità come cardiaca, vascolare e OONGL sono assenti in circa il 50% degli ospiti o presenti in forma lieve.



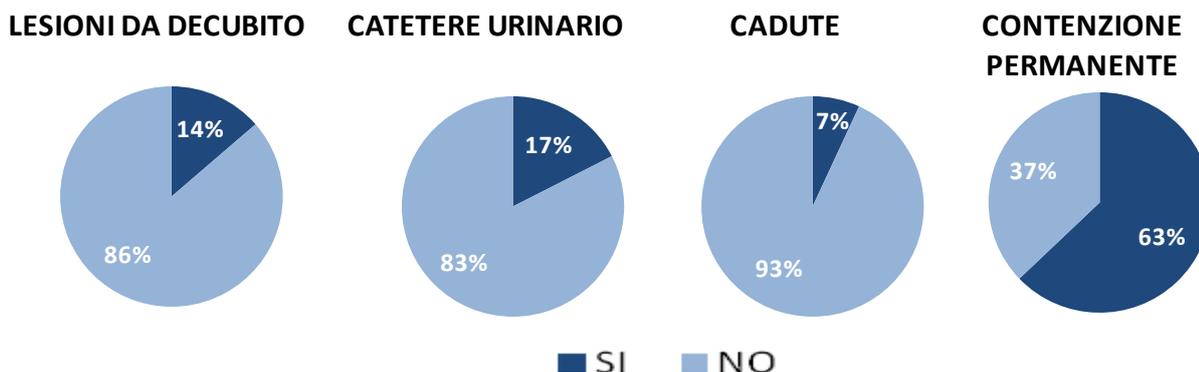
Le comorbidità legate all'apparato gastro intestinale superiore e le comorbidità respiratorie risultano assenti nel 70% degli ospiti. Laddove presenti, sono comunque presenti in forma lieve o moderata. Mentre le comorbidità endocrine e metaboliche sono assenti per il 56% degli ospiti.



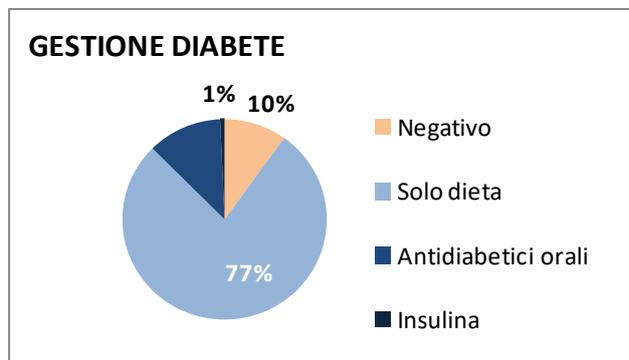
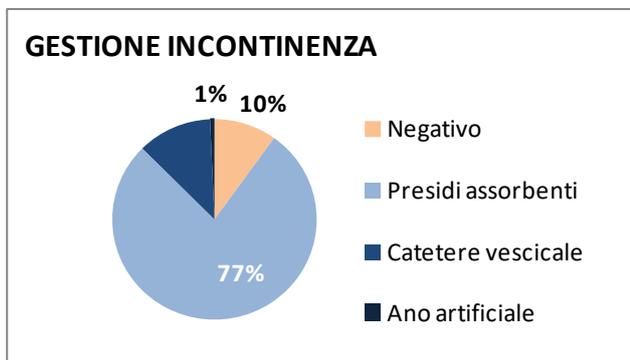
Infine, risultano quasi del tutto assenti comorbilità epatiche e renali, assenti o presenti solo in forma lieve per quasi il 90% degli ospiti.



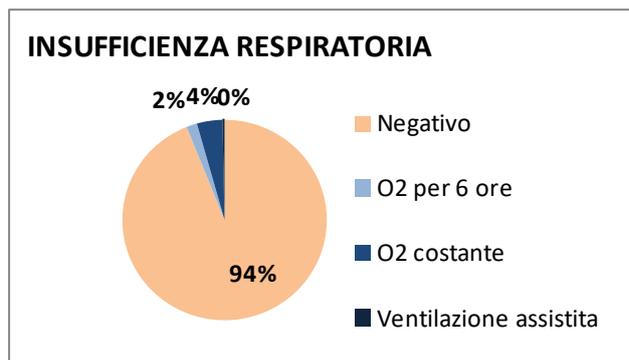
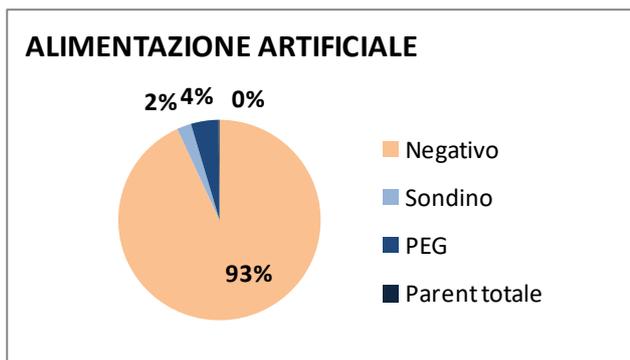
Con riferimento a bisogni sanitari emerge un quadro piuttosto stabile. Infatti meno del 20% degli ospiti ha avuto bisogno di assistenza per lesioni da decubito e/o presenza di catetere urinario. Solo il 7% ha subito delle cadute. Di questi l'85% ha subito solo 1 caduta. Al contrario, più del 60% degli ospiti necessita di una contenzione permanente.



Per il 77% degli ospiti la gestione dell'incontinenza è fatta mediante presidi assorbenti e/o, sempre per il 77% degli ospiti il diabete viene gestito mediante la sola dieta.



Infine, emerge che l'alimentazione artificiale e la gestione dell'insufficienza respiratoria è necessaria per meno del 7% degli ospiti. La quasi totalità degli ospiti non necessita di alcun dispositivo esterno.



ALIMENTAZIONE E ANZIANI

L'alimentazione dell'anziano ha assunto in questi ultimi anni un'importanza sempre più rilevante sia in campo sanitario che in quello socio-economico. Questo è dovuto a diversi fattori:

- L'influenza che la dieta esercita sui processi involutivi che caratterizzano l'invecchiamento dell'organismo;
- L'aumento della vita media e del numero delle persone anziane;
- L'aumento degli anziani pensionati, il cui introito economico è spesso inadeguato;
- La densità della popolazione anziana nelle grosse aree urbane;
- Il cambiamento degli stili di vita.

Grazie ai progressi scientifici sono migliorate le conoscenze sulla composizione chimica degli alimenti, sui bisogni nutritivi dell'uomo, sulla digestione, assorbimento ed utilizzazione degli alimenti da parte dell'organismo.

Una corretta alimentazione riveste un ruolo importante in tutte le età della vita per il mantenimento di uno stato di salute ottimale ed ha un ruolo altresì rilevante nella prevenzione di molte patologie, influenzando così la durata e la qualità della vita di una persona.

La nozione di utilizzare una nutrizione bilanciata come medicina preventiva è un concetto oramai noto sia nei paesi occidentali, quanto per le culture orientali, nelle quali è riconosciuto da molto più tempo che alcuni alimenti procurano benefici per il mantenimento della salute.

L'invecchiamento porta delle modifiche al nostro corpo: diminuzione del metabolismo basale e diminuzione del fabbisogno energetico giornaliero, riduzione della massa magra e dell'acqua totale e aumento della massa grassa, riduzione della capacità di digestione e assorbimento dei micronutrienti, perdita di calcio, riduzione della funzionalità di organi e apparati e alterazione del gusto e della sensazione di sete.

Modificazioni	
<i>Fisiologiche</i>	Masticazione inadeguata Alterazione del gusto e della sete
<i>Patologiche</i>	Digestione difficile Malattie croniche degenerative con conseguente assunzione di farmaci
<i>Psicologiche</i>	Difficoltà a socializzare Rifiuto ad assumere alcuni cibi Lontananza o disinteresse dei parenti, amici Scarsa attività ricreativa
<i>Socio economiche</i>	Isolamento sociale scarsità di mezzi finanziari Scarsa educazione alimentare Insufficiente assistenza al pasto

FABBISOGNI

La determinazione dei fabbisogni energetici negli individui anziani è resa difficile dal fatto che in tale fascia d'età il dispendio energetico è fortemente condizionato, non solo dall'invecchiamento in sé ma anche dalle variazioni in composizione corporea (fino alla sarcopenia), dal vario grado di attività motoria, dalla presenza di patologie acute e/o croniche, dall'istituzionalizzazione ecc. L'alimentazione dell'anziano non differisce dal punto di vista qualitativo da quella dell'adulto sano, cambia nelle quantità delle porzioni e nella consistenza.

Fabbisogno energetico

Una dieta corretta nell'anziano deve assicurare circa 30 Kcal/Kg/die. I fabbisogni calorici per fascia di età si possono ricavare dai nuovi LARN – IV Revisione 2014.

L'apporto energetico giornaliero medio consigliato è pari a circa **1800 Kcal**. Più nello specifico, in base al livello di attività motoria del soggetto è possibile stimare differenti fabbisogni:

Uomini	Donne
Con <i>attività fisica conservata</i> Kcal 2000 /die	Con <i>attività fisica conservata</i> Kcal 1700 /die
Con <i>scarsa mobilitazione</i> kcal 1700 /die	Con <i>scarsa mobilitazione</i> Kcal 1500 /die
<i>Allettati</i> Kcal 1500 /die	<i>Allettate</i> Kcal 1300 /die

La *distribuzione* delle calorie giornaliere consigliata dovrebbe essere suddivisa in: **3 pasti** principali e **1 o 2 spuntini**, per garantire un corretto equilibrio.

Prima colazione	20% delle calorie totali
Spuntino a metà mattina	5% delle calorie totali
Pranzo	40% delle calorie totali
Merenda pomeridiana	5% delle calorie totali
Cena	35% delle calorie totali

La dieta giornaliera deve contenere tutti i macro nutrienti, vitamine, sali minerali, acqua e fibre. Per la *ripartizione* dei macro nutrienti si raccomanda:

Glucidi	55-60%
Lipidi	25-30%
Proteine	10-15%

Fabbisogno proteico

Tradurre il fabbisogno proteico in termini rigidamente numerici non è semplice, sia per l'importanza esercitata dall'apporto globale di energia sia per i vari fattori che influenzano l'utilizzazione delle proteine, quali la digeribilità, la composizione in aminoacidi, la quota di azoto proteico globale, le vitamine ed i sali minerali presenti nella dieta.

Alla luce di queste considerazioni, alla popolazione anziana nel suo complesso deve essere garantita un'assunzione di proteine maggiore rispetto a quanto indicato per gli individui adulti ossia **1,1 g di proteine/kg peso ideale x die**, con il suggerimento ulteriore di assicurare una quantità adeguata di proteine di elevata qualità nutrizionale, ossia di origine animale che devono rappresentare almeno il 50% delle proteine totali; è necessario quindi assicurare una razione

La Gestione Nutrizionale in RSA

quotidiana di latte e derivati, carne, pesce o uova al fine di garantire il corretto apporto di aminoacidi essenziali. Le proteine vegetali contenute in cereali e legumi, hanno un valore biologico inferiore, tuttavia l'associazione di questi due alimenti produce una discreta quantità di aminoacidi e può essere una valida alternativa ai prodotti di origine animale.

Fabbisogno lipidico

I grassi sono una fonte energetica di riserva, favoriscono l'assorbimento di Vit liposolubili (A-D-E-K), costituiscono le membrane cellulari ed alcuni ormoni. I lipidi devono coprire il 30-35% delle calorie giornaliere e di questi solo il 10% rappresentato da grassi saturi (come il colesterolo). Pertanto evitare il consumo di grassi animali (burro, lardo, etc.) e preferire olio extravergine d'oliva o di un solo seme (es. mais). È importante introdurre acidi grassi essenziali, tra questi gli acidi grassi polinsaturi $\omega 3$ e $\omega 6$ (fonte ideale rappresentata dall'olio extravergine d'oliva) e gli acidi grassi monoinsaturi, presenti soprattutto nel pesce. In particolare si consiglia di preferire i pesci tipo sogliola, merluzzo, nasello, trota, palombo, dentice, orata, e pesce azzurro.

Fabbisogno di carboidrati

I carboidrati o glucidi, comunemente chiamati zuccheri, sono la principale fonte di energia. Un quantitativo adeguato di carboidrati è indispensabile per consentire l'utilizzazione ottimale di tutti i principi nutritivi e in particolare delle proteine e degli aminoacidi, favorendo il miglioramento del bilancio azotato. Devono coprire circa il 55-60% delle calorie giornaliere con preferenza per i carboidrati *complessi* (pasta, riso, cereali, pane, polenta, patate, legumi) che vengono assorbiti lentamente. Occorre invece limitare gli zuccheri semplici (zucchero da cucina, marmellata, miele, dolci in genere, bibite ecc) che devono essere assunti in quantità inferiore al 10-15% delle calorie totali.

Fabbisogno di fibra

Tra i carboidrati dobbiamo considerare anche quella parte "non disponibile", ovvero le fibre. La loro assunzione giornaliera dovrebbe essere di circa 30 gr, che corrispondono a 5 porzioni al giorno tra frutta e verdura (2 di frutta, 3 di verdura). I diversi tipi di fibre alimentari hanno effetti meccanici e metabolici diversificati sul tratto gastrointestinale. Da più studi emerge che l'aumento del consumo di fibre è correlato con il decremento del tasso di patologie dell'apparato digerente (stipsi, diverticolosi, emorroidi), delle dislipidemie e di alcune patologie neoplastiche. Sono classificate in idrosolubili e non idrosolubili.

Fibre idrosolubili:	Gomme, pectine, galattomannano, glucomannano	Fibre non idrosolubili:	Cellulosa, emicellulosa, lignina
Assorbono acqua e formano una massa gelatinosa		Stimolano la motilità intestinale e aumentano il volume fecale	
Danno senso di sazietà, rallentano l'assorbimento di zuccheri e di grassi		Hanno effetto lassativo fisiologico, sequestrano colesterolo e sali biliari favorendo la loro eliminazione	

Fabbisogno di liquidi

È caratteristica comune, negli anziani, una diminuzione del senso della sete con costante pericolo di disidratazione soprattutto durante il periodo estivo. L'equilibrio del bilancio idrico è particolarmente importante per la salute degli anziani e richiede un attento monitoraggio perché spesso lo stato di disidratazione viene sottovalutato. Un bilancio idrico negativo può essere dovuto sia ad introiti inadeguati sia ad eccessive perdite (febbre, diarrea, malassorbimento, vomito, perdite emorragiche).

Il fabbisogno idrico dell'anziano in assenza di perdite patologiche e di insufficienza d'organo (cioè con funzione renale, cardiorespiratoria ed epatica normale) è stimato in 25-30 ml/kg/die, vale a dire circa 1,5/2 litri di liquidi/die oltre all'acqua contenuta negli alimenti. Il bilancio idrico deve essere valutato con particolare attenzione in tutti i soggetti ed a maggior ragione in coloro che fanno uso di farmaci ed in particolare di diuretici e lassativi.

Si raccomanda di bere acqua medio minerale con residuo fisso di 500-800 mg/l calcica o bicarbonato calcica per garantire un buon apporto di calcio (il calcio contenuto nell'acqua è quello più riassorbibile).

Fabbisogno delle principali vitamine e minerali

Negli anziani è frequente rilevare in inadeguato introito di Calcio, di Vitamine D, B12, B6 E Acido Folico dovuto a svariate cause: esclusione di alcuni alimenti dalla dieta, cottura non corretta dei cibi, difficoltà di masticazione, disturbi dell'assorbimento gastrointestinale, terapie farmacologiche prolungate.

Il fabbisogno vitaminico è soddisfatto da una dieta variata, composta da alimenti sia di origine animale che vegetale. Le vitamine si possono dividere in idrosolubili e liposolubili.

idrosolubili Gruppo B, vit.C, PP, Acido folico, Biotina	liposolubili A-D-E-K
Non esistono depositi nell'organismo, devono essere introdotte costantemente	Possono essere accumulate nell'organismo
Metabolismo dei nutrienti: Gruppo B, C (assorbimento di ferro, antiossidante)	Antiossidanti: A-E
Componente di coenzimi: PP	Procoagulante: K\1
Sintesi acidi nucleici: Acido folico, Biotina	Antirachitica e metabolismo osseo: D

	anni	Vit. C (mg)	Tiamina (mg)	Riboflavina (mg)	Niacina (mg)	Vit. B ₆ (mg)	Folati (µg)	Vit. B ₁₂ (µg)	Vit. A (µg)	Vit. D (µg)
Maschi	60-74	75	1,0	1,3	14	1,4	320	2,0	500	10
	≥75	75	1,0	1,3	14	1,4	320	2,0	500	10
Femmine	60-74	60	0,9	1,1	14	1,3	320	2,0	400	10
	≥75	60	0,9	1,1	14	1,3	320	2,0	400	10

Fonte LARN IV Revisione 2014

DIETETICO OSPEDALIERO

Il pasto presso le RSA deve:

- Garantire una scelta qualitativa degli alimenti che tenga conto di sistemi di produzione, trasformazione e distribuzione che garantiscano la sicurezza igienica;
- Assicurare un apporto adeguato di nutrienti per tutti i tipi di ospiti;
- Garantire un menù equilibrato secondo le linee guida e che stimoli l'appetibilità;
- Rispettare le valenze psico-affettive del pasto.
- Prevedere una sufficiente fornitura di integratori alimentari (proteici, acqua gelificata, ecc.) nel caso in cui fossero presenti situazioni critiche dal punto di vista nutrizionale.

Validazione delle tabelle dietetiche

La progettazione del Servizio di Ristorazione extraospedaliera, in strutture residenziali o semiresidenziali, sia pubbliche che private, deve essere necessariamente multidisciplinare e coinvolgere anche le ATS. Il servizio Qualità della Nutrizione e Stili Alimentari ha il compito di valutare, approvare ed eventualmente predisporre le tabelle dietetiche e le diete speciali.

Per la validazione, il richiedente dovrà inviare al servizio Qualità della Nutrizione e Stili Alimentari il piano nutrizionale, che comprenda un menù redatto da personale qualificato, articolato su almeno 4 settimane (salvo diverse e motivate esigenze della struttura), suddiviso in estivo/invernale, corredato da un ricettario in cui sia riportato il peso in grammi a crudo e al netto degli scarti delle materie prime che compongono ciascun piatto ("grammature"), le ricette con relativa definizione per ogni singolo pasto (colazione, spuntini, pranzo e cena) e la composizione bromatologica (energia, macro e micronutrienti) prevista per l'intera giornata. Il piano nutrizionale dovrà essere integrato con varianti rispetto al menù principale in relazione a diverse patologie, al credo etico-religioso ecc. Dovrà inoltre essere specificata la fonte delle tabelle bromatologiche utilizzate come riferimento per la redazione del menù.

Il servizio Qualità della Nutrizione e Stili Alimentari una volta valutato il piano nutrizionale, richieste ed ottenute le eventuali integrazioni/modifiche, esprimerà una validazione formale, trasmettendo con lettera d'accompagnamento il documento vidimato con firma e data dal Responsabile.

Una copia del menù deve essere esposta per la consultazione da parte degli ospiti e dei loro familiari.

I responsabili delle strutture potranno altresì richiedere al Servizio Qualità della Nutrizione e Stili Alimentari la completa elaborazione di un piano nutrizionale o di parte di esso. Tale prestazione è soggetta a pagamento, secondo il Tariffario del Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria.

La distribuzione del pasto

- L'assistenza all'anziano, autosufficiente o non autosufficiente, è un momento di comunicazione, che non va sottovalutato o ridotto ad un semplice servizio. Alimentarsi è uno dei bisogni primari e fondamentali dell'uomo, pertanto il considerare l'aspetto qualitativo e il benessere psicofisico globale legato al momento del pasto permette di coniugare, includere e soddisfare aspetti fisici, psicologici, emotivi e relazionali.

- Gli orari dovrebbero rispettare il più possibile gli usi comuni, con una possibile elasticità soprattutto sulla colazione e sugli spuntini. La durata dei pasti deve essere tale da garantire una comoda fruizione degli stessi da parte degli ospiti.

- I locali refettorio, uno o più, destinati alla somministrazione dei pasti, devono essere ben areati ed illuminati, di dimensioni proporzionate al numero degli utenti e dotati di arredi facilmente lavabili e sanificabili. Dovranno ricreare un'atmosfera di tipo familiare, piacevole, favorire la socializzazione e l'integrazione e stimolare l'autonomia e le possibilità di scelta dell'utente. Gli ambienti potranno essere resi piacevoli attraverso pareti e arredi colorati, quadri e poster. Inoltre dovranno essere previsti tavoli preferibilmente a quattro/sei posti, stoviglie non monouso, tovaglie o tovagliette. Il menù deve essere ben visibile e di facile lettura per l'anziano. Dovranno inoltre essere messi a disposizione degli ospiti, oltre che pane e acqua, anche olio extravergine di oliva, formaggio grattugiato, sale iodato, aceto, vino, limone, spezie o erbe aromatiche. Se necessarie, dovranno essere disponibili attrezzature specifiche, quali cannuce, posate ricurve, etc.

Si dovrà porre attenzione e cura alla modalità di presentazione dei piatti o dei vassoi, per renderli gradevoli alla vista e stimolare l'appetito degli ospiti. La tipologia di somministrazione e sporzionamento dovrà essere differenziata in relazione alla tipologie di utenza: in generale deve favorire l'autonomia e il rispetto dei gusti individuali degli utenti. Il numero di addetti alla distribuzione deve essere adeguato e sufficiente al numero di utenti e al tempo da dedicare loro in base alla eventuale disabilità. Il personale deve essere adeguatamente formato in ambito alimentare, indossare indumenti adeguati. Per lo sporzionamento devono essere utilizzati strumenti idonei, che possono anche servire di riferimento alla porzione (come unità di misura).

Se l'ospite è autosufficiente, si dovrà coadiuvarlo nel mettere in atto le sue scelte alimentari, rispettando le eventuali indicazioni mediche. Se, invece, l'ospite non è autosufficiente, dovrà essere adeguatamente assistito in relazione ai bisogni.

Il Dietetico deve comprendere:

- ***Vitto comune:***

deve prevedere due alternative del giorno per ogni portata ed un numero minimo di piatti fissi sia a pranzo che a cena. Si compone di un primo piatto (asciutto e in brodo), secondo piatto (carne preferibilmente bianca, pesce, carne rossa massimo una volta settimana, affettati magri, formaggi e uova), verdura cotta e cruda, pane bianco o integrale senza condimenti aggiunti e a ridotto tenore di sale, frutta di stagione fresca o cotta anche frullata (o dessert solo nei giorni di festa, a rotazione tra crostata, torta non farcita, gelato nel menù estivo).

- Bevande: acqua minerale oligominerale o bicarbonato-calcica naturale o frizzante.
- Alternative fisse per il primo piatto: pasta o riso all'olio, al pomodoro, pastina, semolino, patate lessate o in purea.
- Alternative fisse per il secondo piatto: carne ai ferri, pollo lesso, pesce al vapore o al forno.

- ***Schemi dietoterapici:*** diete speciali standard prescrivibili dal personale medico del reparto o in consulenza con specialisti della nutrizione.

DIETA FISIOLÓGICA 1800 KCAL (VITTO COMUNE)

È importante impostare il menu su 4 settimane prevedendo un menu invernale e uno estivo. La stagionalità, oltre a prevenire la monotonia dei piatti proposti, permette di utilizzare, soprattutto per l'ortofrutta, prodotti freschi e appetibili.

Tutti i piatti proposti devono riportare la composizione (grammature e ingredienti) per una valutazione completa delle *caratteristiche nutrizionali e bromatologiche* della portata e specificare sempre *le tipologie* degli alimenti proposti (evitando le diciture "formaggi misti", "affettati misti", ecc.).

Prevedere almeno ogni 15 giorni la presenza di un piatto tipico della tradizione locale. Riportare sempre le proposte della prima colazione, della merenda e delle bevande proposte nell'arco della giornata.

Energia/Macro e Micronutrienti	U.M.
Energia	1800 Kcal
Proteine	10-15% delle Kcal totali
Carboidrati	55-60% delle Kcal totali
Di cui semplici	< 15% delle Kcal totali
Grassi	30-35% delle Kcal totali
Di cui saturi	<10% delle Kcal totali
Di cui monoinsaturi	≥15% delle Kcal totali
Di cui polinsaturi	10 % delle Kcal totali
Colesterolo	<300 mg
Fibra	30 g
Sodio	<3000 mg

Di seguito un esempio di menù standard con relative grammature

COLAZIONE a scelta tra:

ALIMENTI:		SOSTITUZIONI:
the o caffè o orzo solubile	q.b.	
Latte parz. scremato	g 200	Yogurt magro alla frutta g 125
Fette biscottate comuni o integrali	g 30	Pane comune g 40, pane integrale g 50, biscotti secchi g 30
Marmellata	g 25	Mousse di frutta g 100 o frutta cotta g 150, zucchero 1 cucchiaino

SPUNTINO POMERIDIANO:

ALIMENTI:		SOSTITUZIONI:
the o camomilla	q.b.	
Fette biscottate comuni o integrali	g 15	Pane comune g 20, pane integrale g 30 , biscotti secchi g 15
zucchero	g 5	

PRANZO E CENA:

ALIMENTI:		SOSTITUZIONI:
Pasta asciutta	g 80	Riso, orzo, farro, farina per polenta g 80; conditi con un sugo semplice di pomodoro fresco, verdure, erbe aromatiche, zafferano oppure: Patate g 320, gnocchi di patate g 250 (1 v/sett.)
Se in brodo	g 30	brodo di carne o di verdura, minestrone o zuppa di verdura con patate e legumi
Parmigiano	g 5	Grana, pecorino g 5
Carne	g 100	Pollo, coniglio, tacchino, vitello, vitellone, manzo, cavallo, agnello, lonza di maiale g 150 pesce fresco o surgelato: filetto o tranci di pesce azzurro, merluzzo, nasello, sogliola, branzino, cernia, orata, palombo, tonno/sgombro una scatoletta uova n° 2 g. 70 prosciutto cotto, prosciutto crudo, bresaola, privati del grasso visibile g 100 formaggio fresco: mozzarella, crescenza, caprini, caciotte fresche, primosale, quartiolo oppure g 50 formaggi stagionati grana, parmigiano, fontina, emmenthal, provolone. g 40 di legumi secchi oppure g 120 freschi, surgelati o in scatola ben

		sgocciolati: ceci, piselli, fave, lenticchie, fagioli
Verdura cotta o cruda	q.b.	tutte le verdure con l'esclusione di patate, legumi
Olio extravergine di oliva	g 20	
Pane comune	g 50	Pane integrale g 60, grissini, crackers g 30, pasta o riso g 40, patate 160, purea di patate g 100
Frutta fresca	g 150	Frutta di stagione fresca, cotta, frullata, spremuta senza zucchero aggiunto. Mousse di frutta g 100

FREQUENZE SETTIMANALI DEGLI ALIMENTI

- **Cereali:** si consiglia di proporre almeno **1-2 volte alla settimana** un primo piatto a base di **cereali integrali** (pasta o riso integrale, farro, avena, orzo, segale, miglio, quinoa ecc.), e avere a disposizione anche pane integrale da offrire agli utenti. Per la preparazione delle minestre utilizzare pastina di semola, riso, cereali misti, semolino, creme di cereali. Limitare la pasta all'uovo. Limitare a massimo una volta alla settimana, eventualmente la domenica, i primi piatti a base di ravioli, gnocchi, pizza e piatti della tradizione più ricchi di calorie, grassi e sale. Prodotti da forno come biscotti secchi, fette biscottate, fiocchi di avena e pane possono essere proposti a colazione e come spuntino.
- **Carne bianca: 3 volte alla settimana;**
- **Carne rossa: 1 volta alla settimana;**
- **Pesce: 3 volte alla settimana;** prediligere pesce in filetti per limitare il rischio della presenza di lische. Una volta alla settimana è preferibile proporre salmone, sgombro, pesce azzurro e pesce di lago per il contenuto elevato di acidi grassi ω 3.
- **Affettati magri** (bresaola, prosciutto cotto, prosciutto crudo, speck sgrassati, arrosto di tacchino o di pollo): **2 volte alla settimana.**
- **Formaggi freschi** (mozzarella, ricotta, formaggi spalmabile, stracchino, primo sale, ecc.): **1 volta alla settimana;**
- **Formaggi stagionati** (fontina, toma, asiago, grana ecc.): **1 volta alla settimana;**
- **Legumi** (ceci, piselli, fagioli, lenticchie, fave): **2 volte alla settimana** come secondo piatto associato, se associato a un cereale può essere considerato piatto unico (pasta e fagioli, riso e piselli, pasta e ceci ecc). È concesso l'utilizzo di legumi nella preparazione di sughi e minestre.
- **Uova:** 2 uova **1 volta alla settimana.**
- **Pane:** a ridotto contenuto di sale, anche integrale, **tutti i giorni** a pranzo e a cena.
- **Verdura:** proporre verdura di stagione **a pranzo e a cena** sia cruda che cotta.
- **Frutta:** fresca e di stagione **tutti i giorni** a pranzo e a cena.
- **Latte: tutti i giorni** a colazione parzialmente scremato. Lo yogurt magro 0,1% di grassi può essere proposto a merenda massimo **1 volta alla settimana.**
- **Budino, dolce:** solo nei giorni di festa.
- **Alcolici:** da limitare ad un bicchiere di vino al giorno per le donne e a due per gli uomini e **solo se concesso.**
- **Bibite gasate e zuccherate, succhi di frutta e tè confezionati: evitare.**
- **Zucchero:** limitare.

QUALITA' DEGLI ALIMENTI:

- **CEREALI:** orzo, avena, farro, segale, miglio, quinoa, riso, pane e pasta *integrali*, preferendoli agli analoghi raffinati. Se sono proposti crackers e grissini in sostituzione del pane sono preferibili quelli preparati con acqua, a ridotto contenuto di grassi, colesterolo e sale. Proporre i prodotti da forno (anche il *pane*) a ridotto contenuto di sale.
- **FRUTTA e VERDURA:** scegliere frutta e verdura *fresca e di stagione*, consumando 2 porzioni di frutta e 2-3 porzioni di verdura al giorno (è possibile proporla nella preparazione dei sughi dei primi piatti). Frutta secca a guscio con moderazione.
- **LEGUMI:** prediligere quelli secchi, freschi o surgelati e consumarli 2-3 volte alla settimana. Se acquistati in scatola si consiglia di risciacquarli abbondantemente sotto l'acqua corrente. Non utilizzare i legumi in scatola per i pazienti ipertesi per il contenuto di sale.
- **PESCE:** preferire merluzzo, sogliola, palombo, trota, spigola, orata, salmone, cernia, tonno al naturale, *pesce azzurro e di lago*. Evitare i molluschi e i crostacei (se graditi dall'utenza proporli massimo una volta al mese). Prediligere i filetti per il minor contenuto di lisce.
- **CARNE:** prediligere carni bianche (pollo, tacchino e coniglio), freschi o surgelati. *Evitare le preparazioni pronte confezionate e/o surgelate* (es. pollo panato, arrosto di tacchino confezionato, rotolo di coniglio ecc.). Cosce e petti di pollo vanno proposti *senza pelle*. Tagli magri di carne rossa (lonza di maiale, cavallo, vitello e manzo) sono da limitare a massimo una volta alla settimana e cucinati con poco olio aggiunto a crudo. *Eliminare sempre il grasso visibile*.
- **LATTE E LATTICINI:** scegliere latte *scremato* o parzialmente scremato e yogurt magri. Sono da preferire formaggi freschi e a basso contenuto di grassi (light) e di sale. Evitare i formaggi che contengono polifosfati.
- **UOVA:** consumare non più di 2 uova intere o tuorli a settimana. Conteggiare come porzione di uova anche l'assunzione di prodotti da forno contenenti uova o pasta all'uovo.
- **INSACCATI:** scegliere bresaola, prosciutto crudo e prosciutto cotto privati del grasso. Limitare il consumo di salame, mortadella, pancetta e salumi grassi alle "occasioni speciali".
- **GRASSI DA CONDIMENTO:** scegliere oli vegetali come *l'olio extravergine d'oliva*, l'olio monoseme (girasole, soia, arachidi, mais) sostituendoli ai grassi animali (burro, lardo, strutto, panna). Se si deve utilizzare olio per la cottura utilizzare solo olio di oliva. Controllare l'assenza di grassi vegetali idrogenati nei prodotti pronti e confezionati. Il burro può essere utilizzato solo in piccole quantità per le preparazioni di piatti della tradizione che lo richiedono espressamente in ricetta ed esclusivamente crudo o scaldato a basse temperature.
- **ALTRO:** è preferibile preparare il brodo con vegetali freschi, e limitare il brodo di carne. Non utilizzare dadi o preparati per brodo che contengono grassi idrogenati e glutammato monosodico e l'estratto di carne. Evitare salse, sughi pronti del commercio e condire con erbe aromatiche e spezie: l'uso di aromi consente di insaporire gli alimenti riducendo la quantità di sale impiegato (basilico, prezzemolo, salvia, rosmarino, alloro, cipolla, aglio, ecc.). limitare il pepe e il peperoncino ed evitare le salse piccanti.
- **DOLCI:** limitare lo zucchero, anche grezzo di canna, ed eventualmente utilizzare dolcificanti. Non sono concesse creme spalmabili. Limitare succhi di frutta, anche senza zucchero, ed eventualmente preparare succhi o centrifugati di verdura e frutta fresca con acqua, senza zucchero. Limitare i dolci.
- **SALE:** il sale alimentare va utilizzato in quantità moderata, preferibilmente iodurato/iodato, in coerenza con le linee direttrici della campagna del Ministero della Sanità per la prevenzione del rischio di patologie da carenza di iodio.

COTTURE CONSIGLIATE

La cottura determina numerose modificazioni chimiche, fisiche e organolettiche nell'alimento, di cui la maggioranza sono volute e favorite, altre invece, indesiderate.

<i>COTTURA IN ACQUA</i>	Permette di ridurre l'aggiunta di grassi e favore di spezie e aromi. Se la cottura è prolungata e la quantità di acqua è abbondante possono esserci perdite notevoli di vitamine idrosolubili, in particolare di vitamina C, e di minerali.
<i>COTTURE A VAPORE IN PENTOLA A PRESSIONE (VAPORE SPINTO)-IN PENTOLA A VAPORE (VAPORE DOLCE)</i>	Cuoce più rapidamente l'alimento, le perdite di nutrienti sono ridotte e le caratteristiche organolettiche degli alimenti vengono preservate. La nuova tecnologia mette a disposizione dei forni innovativi che effettuano tali cotture nella maniera più adeguata e sicura, dove il vapore viene prodotto in apposite caldaie, distribuito uniformemente e in quantità corretta (forni a vapore a pressione o termoventilati - trivalenti). Non richiede l'utilizzo di grassi da cottura.
<i>COTTURA BRASATA</i>	È una cottura lenta che utilizza una piccola quantità di grassi per rosolare il prodotto, soprattutto se si utilizza una pentola antiaderente. La cottura prosegue poi in pochissimo liquido (brodo, vino, ecc.). Si ha una discreta perdita di vitamine termolabili e di altri nutrienti per dissoluzione. Quest'ultima viene rallentata se, durante la rosolatura, attorno all'alimento si è formata la crosta.
<i>COTTURA ALLA GRIGLIA (DA EVITARE)</i>	I cibi sono esposti ad altissime temperature, fornite dalla carbonella o dalla fiamma o dalla piastra. Evitare il contatto diretto degli alimenti con la fiamma viva e non consumare le parti bruciate. Le parti proteiche si coagulano con estrema velocità. Si mantiene il contenuto cellulare (salvo i grassi) e si formano nuove sostanze aromatiche responsabili del sapore particolare. Evitare di salare gli alimenti prima di cuocerli.
<i>COTTURA AL FORNO</i>	La cottura al forno è utilizzata per molti tipi di alimenti (carni, pesci, verdure, ecc.) perché li rende particolarmente appetibili. Le perdite di nutrienti sono poco rilevanti, soprattutto se il forno è preriscaldato. È possibile ridurre l'utilizzo di grassi da cottura utilizzando carta da forno e teglie antiaderenti.
<i>COTTURA A BASSA TEMPERATURA</i>	Mantiene più liquidi e nutrienti all'interno, non brucia e non richiede continua supervisione. È necessario possedere un forno con un buon termostato e molto tempo a disposizione. I forni termoventilati sono da preferire. Inoltre, se predisposti, permettono la cottura combinata "convezione - vapore" che risulta più veloce, necessita di minori quantitativi di grassi e porta ad un prodotto finale più morbido perché più ricco di liquidi.
<i>FRITTURA</i>	Sconsigliato nella ristorazione ospedaliera , deve essere utilizzato raramente e fatto solo con oli idonei in quanto resistenti alle alte temperature.
<i>COTTURA IN PADELLA</i>	Da eseguire con pochissimo olio, consiste nell'appassimento o nella tostatura delle verdure in poca acqua o poco brodo vegetale. Utile, ad esempio, nella preparazione del sugo vegetale o della base per un risotto. Utile anche nel sostituire la tecnica del soffritto.
<i>COTTURA NEL FORNO A MICROONDE</i>	Da utilizzare solo per riscaldare le bevande o le pietanze già pronte

DIETE STANDARD

Le diete standard, come indicato nelle Linee di Indirizzo Nazionale per la Ristorazione Ospedaliera Assistenziale, sono schemi dietoterapici che hanno caratteristiche nutrizionali differenti dal vitto comune e devono essere accompagnate dalla composizione bromatologica dell'intero pasto. Devono basarsi preferibilmente sulle proposte giornaliere del vitto comune al fine di garantire una maggiore accettazione da parte degli utenti, che si sentono meno discriminati, e di consentire una migliore organizzazione della preparazione del pasto. Le principali diete standard che devono essere presenti nel Dietetico sono:

- **Dieta ipocalorica:** è indicata sia nei pazienti in sovrappeso ed obesi, ma anche nei pazienti con malattie metaboliche associate come dislipidemie, diabete di tipo II, sindrome metabolica, steatosi epatica. La dieta ipocalorica può essere controllata anche nel contenuto di sodio, così da essere destinata anche ai soggetti affetti da ipertensione arteriosa;
- **Dieta ipercalorica:** è indicata nei pazienti affetti da malnutrizione proteico-calorica (PEM), da utilizzare fino al raggiungimento di un buono stato di salute.
- **Dieta priva di glutine:** è indicata nei pazienti affetti da Morbo celiaco.
- **Dieta ipoproteica:** è indicata nei pazienti affetti da insufficienza renale acuta e cronica.
- **Dieta per Morbo di Parkinson:** è indicata nei pazienti affetti da tale patologia.
- **Dieta a ridotto apporto di fibre e di lattosio:** è una dieta da utilizzare per brevi periodi e in caso di alcune patologie gastrointestinali tipo diarrea, diverticolite (non di diverticolosi), nella preparazione di alcune indagini diagnostiche dell'apparato digerente.
- **Dieta consistenza modificata:** è indicata nei pazienti edentuli e/o con deficit della deglutizione (disfagia di diverso grado).

DIETA IPOCALORICA

Lo schema ipocalorico è un tipo di dieta che deve prevedere un apporto lipidico, energetico controllato e una riduzione quasi totale di zuccheri semplici (ad eccezione del fruttosio contenuto in frutta e verdura e di lattosio contenuto nei latticini). Va posta particolare attenzione anche agli acidi grassi saturi. *Cucinare senza grassi: tra i metodi di cottura preferire il vapore, la cottura al forno, la bollitura, la brasatura.* La dieta moderatamente ipocalorica può essere frullata e/o modificata in consistenza per i pazienti affetti da edentulia/disfagia.

DIETA IPERCALORICA

Lo schema dietetico ipercalorico deve essere utilizzato nei casi dove il fabbisogno energetico è aumentato. La dieta deve essere bilanciata in calorie, proteine, grassi e carboidrati, con un lieve aumento di proteine (al massimo 1,2 g/Kg di peso corporeo/die) e di carboidrati complessi. La dieta moderatamente ipercalorica può essere frullata e/o modificata in consistenza per i pazienti affetti da edentulia/disfagia. Devono essere utilizzate le stesse frequenze e le stesse qualità degli alimenti del vitto comune, ma è importante:

- Proporre spuntini durante la giornata, anche oltre l'orario di distribuzione del pasto.
- Utilizzare zucchero (massimo 10 g al giorno secondo il parere medico).
- Controllare che il paziente consumi interamente il pasto.
- Aumentare lievemente le porzioni di primi piatti, pane, fette biscottate.
- Se presenta sazietà precoce limitare la quantità di verdura e prediligere i secondi piatti proteici.
- Lasciar scegliere al paziente l'alternativa del giorno preferita.

DIETA PRIVA DI GLUTINE

La dieta senza glutine prevede l'esclusione di prodotti contenenti glutine e procedure corrette di preparazione del pasto che evitino la contaminazione con prodotti/alimenti con glutine. La composizione bromatologica deve essere il più simile possibile alla dieta fisiologica (vitto comune).

La *DIETA SENZA GLUTINE* è al momento l'unica terapia per il Morbo celiaco e deve essere rigorosa e permanente. Il suo scopo è quello di migliorare le condizioni della mucosa intestinale e contenere il malassorbimento, eliminare i sintomi e prevenire le complicanze.

La dieta senza glutine può essere frullata e/o modificata in consistenza per i pazienti affetti da edentulia/disfagia.

- **Il glutine è presente nei cereali:** ORZO, FRUMENTO, FARRO, SEGALE, SPELTA, KAMUT, TRITICALE, AVENA. Tutti i loro derivati farina, semolino, pasta di ogni tipo, pasta ripiena, gnocchi, pane comune, integrale, pangrattato, grissini, fette biscotti, pancarrè, focacce, pizza, crusca, malto, dolci contenenti farina, crusca (a meno che sia ricavata dal riso), malto d'orzo, miscele di cereali, salse e creme addensate con farina, cibi impanati o "in crosta".
- **Il glutine NON è presente in:** RISO, MAIS, MIGLIO, LEGUMI, SESAMO, GRANO SARACENO, SORGO, TEFF, QUINOA, AMARANTO. Tutti i loro derivati farina di riso, creme ed amido di riso, farina di mais, polenta, maizena, popcorn, farina di miglio, di soia, di tapioca, di patate, di ceci e di altri legumi, fiocchi di riso, di mais, di soia, tapioca senza aggiunta di malto, grano saraceno, carruba, fecola di patate.

Nascono senza glutine, ma *possono essere lavorati, stoccati, trasformati in ambienti dove è presente anche il frumento e quindi possono essere **contaminati***. Per tale motivo devono essere utilizzati solo prodotti comprovanti la totale assenza di glutine.

<p>PRODOTTI IDONEI AL CELIACO</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Alimenti naturalmente senza glutine ➤ Prodotti Notificati (D.L. 111/92) ➤ Regolamento europeo 828/2014. ➤ Alimenti di uso corrente "senza glutine". 		<p>ASSOCIAZIONE ITALIANA CELIACHIA</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Prodotti con il Marchio SPIGA SBARRATA ➤ Prodotti inseriti nel Prontuario AIC 	
---	--	--	--

COSA NON SI DEVE FARE	COSA SI DEVE FARE
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Infarinare gli alimenti con farine vietate ✓ Aggiungere farine vietate in salse e sughi ✓ Utilizzare l'acqua di cottura della pasta comune ✓ Contaminare il cibo con le mani o con utensili o infarinati ✓ Appoggiare il cibo direttamente su superfici contaminate 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Lavare accuratamente le mani e le superfici sporche di farina ✓ Lavare le stoviglie e gli utensili usati per preparazioni contenenti glutine ✓ Non mescolare con le stesse posate utilizzate per cotture di alimenti con glutine

DIETA IPOPROTEICA

Questo tipo di dieta è indicata nei pazienti con problematiche renali che devono limitare l'apporto proteico. Il contenuto calorico è aumentato e la quantità proteica ridotta per evitare un sovraccarico di scorie azotate che il rene non è più in grado di eliminare in maniera efficiente. La dieta è controllata anche nell'apporto di fosforo, potassio e sodio che il rene fatica ad eliminare e che si accumulano nel sangue, con aumentato rischio di creare aritmie cardiache ed altre conseguenze pericolose sulla salute.

DIETA PER MORBO DI PARKINSON

Lo schema dietetico per i malati di Morbo di Parkinson deve essere impostato in modo da favorire l'assorbimento e il trasporto del farmaco specifico (levodopa).

Infatti:

- una dieta ricca di grassi ne rallenta l'assorbimento intestinale;
- alcuni aminoacidi che costituiscono le proteine di origine animale, utilizzano lo stesso sistema di trasporto della levodopa entrando in competizione con il farmaco;
- un apporto elevato di carboidrati favorisce il trasporto della levodopa a livello cerebrale.

È stato osservato che un'alimentazione di tipo vegetariano nella prima parte di giornata, cioè una dieta che preveda solo nelle ore serali l'assunzione della quota proteica di origine animale, migliora l'efficacia della terapia farmacologica e quindi la fluidità dei movimenti.

- Il farmaco va assunto circa **30 minuti prima dei pasti**.
- Colazione a base di the, camomilla o tisana con fette biscottate e marmellata
- Il pranzo sarà composto da un primo piatto semplice con un sugo di verdura senza l'aggiunta di proteine animali (nemmeno il grana), un contorno di verdure cotte o crude condite con olio di oliva, pane e frutta.
- **A cena inserire la quota proteica:** legumi, carne, pesce, formaggi o uova; a cui segue sempre un contorno di verdura cruda o cotta, il pane e la frutta.
- Spesso i pazienti affetti da Morbo di Parkinson presentano anche **disfagia**. È opportuna la valutazione della deglutizione.
- La **stipsi** rappresenta un'ulteriore complicanza comunemente associata alla malattia, dovuta sia alla diminuzione della motilità intestinale sia all'effetto della terapia farmacologica: preferire pasta e riso integrale, ricchi di **fibra**, alternandoli con gli analoghi raffinati e nell'arco della giornata è importante bere almeno **un litro e mezzo di acqua** (6-8 bicchieri al giorno).

DIETA A RIDOTTO APPORTO DI FIBRA E DI LATTOSIO

Lo schema dietetico a ridotto apporto di fibra e di lattosio è indicata in quelle situazioni e patologie in cui è necessario ridurre le scorie. È una dieta che va utilizzata per brevi periodi, perché non equilibrata in macro e micronutrienti, limita l'apporto di fosforo, potassio e sodio ed è opportuno integrare l'alimentazione con *liquidi ed elettroliti*.

DIETA A GLUCIDI CONTROLLATI PER DIABETICI TIPO II

La dieta nel diabete resta un elemento fondamentale per un efficace controllo glicometabolico. Gli obiettivi del trattamento dietetico per i pazienti affetti da diabete mellito sono:

1. Un apporto calorico appropriato per il raggiungimento e/o mantenimento di un peso desiderabile;
2. La prevenzione dell'iper o ipoglicemia;
3. La riduzione del rischio di sviluppare complicanze.

Al fine di favorire un buon compenso glicometabolico con il mantenimento della glicemia entro determinati valori si consiglia di rispettare rigorosamente gli orari dei pasti secondo lo schema dietetico predisposto. Evitare ogni abuso quali-quantitativo, durante la giornata è necessario assumere tre pasti principali: colazione, pranzo e cena. u

Gli intervalli tra un pasto e l'altro devono essere di almeno 2 ore e $\frac{1}{2}$ al fine di non avere ripercussioni sul valore glicemico prima del pasto successivo legati appunto, alla composizione del pasto precedente. Se gli intervalli tra i pasti sono maggiori di 5-6 ore si consiglia di aggiungere spuntini a metà mattina e a metà pomeriggio a base di frutta fresca e/o yogurt magro + fette biscottate o pane meglio se integrali.

Per i pazienti trattati con insulina che hanno un'ultima somministrazione alle ore 23:00, sarebbe opportuno associare un piccolo spuntino a base di latte e fette biscottate secondo le indicazioni dello schema dietetico predisposto su indicazione del medico specialista.

VALUTAZIONE E MONITORAGGIO DELLO STATO NUTRIZIONALE

MALNUTRIZIONE

La malnutrizione proteico-energetica, denominata anche malnutrizione proteico-calorica (PEM), è un deficit energetico dovuto a una carenza di tutti i macronutrienti. Essa generalmente comprende la carenza di molti micronutrienti. La PEM può essere improvvisa e totale o graduale. La gravità varia dalle carenze subcliniche al deperimento evidente (con edema, perdita di capelli e atrofia cutanea). La diagnosi solitamente comporta l'esecuzione di esami di laboratorio, tra cui l'albumina sierica. Il trattamento consiste nella correzione delle carenze di liquidi e di elettroliti con soluzioni EV, reintroducendo poi gradualmente le sostanze nutritive, se possibile per os. La malnutrizione per difetto è causata, il più delle volte, da carenze nutrizionali multiple (malnutrizione proteico-calorica – PEM O MPC) determinate da problemi legati al soggetto anziano: di masticazione, deglutizione, digestione, assorbimento, metabolismo modificato, perdita di sostanze nutritive e/o aumento dei fabbisogni. In presenza di PEM tutti gli organi ed i diversi sistemi dell'organismo possono andare incontro a marcate alterazioni funzionali: deterioramento cognitivo, ridotta immunocompetenza, alterata funzionalità cardiaca e renale, atrofia muscolare, ritardo della cicatrizzazione delle ferite, osteoporosi, lesioni da decubito. Il recupero di almeno il 5% del peso è in grado di ridurre l'incidenza di morbilità e mortalità, in pazienti anziani istituzionalizzati affetti da malnutrizione, ma al contrario, un calo ponderale superiore al 5% del peso iniziale ottenuto in un arco di tempo ristretto come 3-6 mesi, è un fattore indipendente d'aumento della mortalità. Nell'anziano una perdita di peso superiore al 15% del peso abituale è un fattore di rischio di mortalità maggiore dell'obesità: immunodeficienza, lesioni da decubito, fratture sono più frequenti nei soggetti malnutriti.

La prevalenza di PEM severa nell'anziano è correlata all'ambiente in cui vive: è presente nel 10-38% degli anziani non ospedalizzati, nel 5-12% di quelli che vivono al proprio domicilio, nel 26-65% di quelli ospedalizzati e nel 5-85% dei pazienti che vivono in casa di riposo, in ospedale o in lungodegenza, con gradi di deplezione più grave nei soggetti di sesso femminile o di età più avanzata. L'eterogeneità dei dati può essere attribuita ai diversi quadri clinici di malnutrizione. I pazienti anziani con allettamento protratto, non in grado di compiere gli atti quotidiani della vita per concomitante demenza (m. di Alzheimer) o comunque gravemente compromessi (esiti di ictus, m. di Parkinson avanzato), sono ancora più esposti alle conseguenze di uno stato nutrizionale particolarmente insufficiente. L'anziano malnutrito ha una mortalità, nell'arco di 12 mesi, del 62% contro il 9% di un anziano ben nutrito.

SCREENING NUTRIZIONALE

È possibile valutare lo stato nutrizionale delle persone anziane attraverso le metodiche standard di anamnesi alimentare, antropometria, valutazione clinica e analisi biochimica. È indicato un preventivo riconoscimento dei fattori di rischio che possono portare al deficit nutrizionale. I fattori più comuni che portano alla malnutrizione nell'anziano sono:

- 1) **Fattori psicologici**, come la depressione, l'anoressia tardiva e la demenza;
- 2) **Fattori sociali**, quali la povertà, l'isolamento sociale e l'alcolismo;
- 3) **Fattori patologici**, tra cui i disordini endocrini, la deglutizione dolorosa, la sazietà precoce, la difficoltà nella masticazione (frequente nel morbo di Parkinson), l'edentulia, forme tumorali, e l'utilizzo di specifici farmaci.

Si deve ricordare il rischio di disidratazione, tipica nell'anziano, che può aggravare situazioni patologiche e/o alterare l'omeostasi dell'organismo. Un problema comune è la mancanza di assunzione di liquidi prima del sonno, con il risultato di rimanere per un periodo di tempo eccessivamente prolungato senza le necessarie ed indispensabili risorse idriche.

L'allegato n. 1 è un esempio di **cartella per la valutazione nutrizionale e dello stato di idratazione**, che riporta tutti gli elementi indicati nella DGR n. 1765 del 08/05/2014.

La malnutrizione può essere identificata con alcuni semplici strumenti, che non richiedono personale con competenza specifica, ma adeguatamente formato. In letteratura sono noti l'impiego di:

- Mini Nutritional Assessment (MNA) disponibile sul sito <https://www.mna-elderly.com/>, facile ed immediato, specifico per la popolazione anziana. È possibile effettuare l'MNA short composto da un numero inferiore di domande per una maggiore velocità di esecuzione.
- Malnutrition Universal Screening Tool (MUST), screening in 5 fasi, di semplice esecuzione. (Allegato n.2).

L'MNA è lo strumento di riferimento per la popolazione anziana. Il MUST è uno strumento validato, e ritenuto dalla letteratura scientifica il più auspicabile in base alla valutazione costi/benefici. Il suo utilizzo è facile, rapido, riproducibile e fornisce risultati costanti.

Peso e altezza devono sempre essere misurati. **Per i pazienti pesabili** è opportuno rilevare il peso senza calzature, i vestiti con solo biancheria intima o eventualmente il pigiama, non in corso di terapia infusionale, preferibilmente la mattina. La rivalutazione del peso deve essere fatta secondo gli stessi criteri e preferibilmente nella stessa fascia oraria.

È opportuno che ogni reparto o struttura sia dotato di **strumenti idonei per la valutazione del peso e dell'altezza**: bilancia e stadiometro, metro a nastro, bilancia pesa-carrozzella, letti-bilancia ed eventualmente dinamometro pesapersona applicabile ai sollevatori.

Quando non è possibile misurare il peso è possibile utilizzare misure alternative (Allegato n. 2)

Quando non è possibile misurare l'altezza, perché il soggetto non è in grado di stare in stazione eretta, è possibile utilizzare misure alternative. (Allegato n. 2).

Come effettuare il MUST?

- 1) Il primo step, o fase, prevede il **calcolo dell'IMC**, ovvero dell'indice di massa corporea (o BMI). Il calcolo è di semplice esecuzione:

$$\text{IMC} = \text{peso in kg} / \text{altezza in metri}^2$$

- 2) Il secondo step prevede la valutazione del **calo ponderale involontario** negli ultimi 3-6 mesi.

È opportuno chiedere questo tipo di informazioni anche ai familiari o caregivers. Per calcolare la perdita di peso ci si può avvalere della tabella in allegato. (Allegato n.16)

- 3) Il terzo step prevede la valutazione **dell'assunzione di cibo**, intesa come mancata assunzione o previsione di mancata assunzione di cibo per più di 5 giorni.

Se il soggetto è attualmente colpito da una condizione fisiopatologica o psicologica e non vi è stato alcun apporto nutrizionale (o comunque si pensa non ci sia stato per più di 5 giorni), è probabile che il soggetto

sia a rischio nutrizionale, ad es. persone criticamente malate, con difficoltà di deglutizione, lesioni al capo, o che hanno subito un intervento gastrointestinale.

- 4) Il quarto step prevede la valutazione del **rischio globale di malnutrizione**, che deriva dalla somma dei punteggi del primo, secondo e terzo step.

Lo screening nutrizionale iniziale deve essere **effettuato** di regola a tutti i pazienti **al momento del ricovero**, o entro le 24/48 ore dall'ingresso. La procedura va eseguita dal personale sanitario del reparto/struttura e **ripetuta ogni qualvolta si modificano le condizioni cliniche della persona**, o entro un tempo definito da un protocollo interno, e deve essere effettuata anche sui pazienti senza rischio di malnutrizione.

Il MUST consente di definire un punteggio finale che indica l'attuale rischio di malnutrizione e quali sono le indicazioni per poterlo gestire. Se il risultato del test è un punteggio pari o superiore a 2, il rischio nutrizionale è alto ed occorre richiedere l'intervento del team nutrizionale e/o mettere in atto adeguate procedure terapeutiche per incrementare e migliorare l'introito nutrizionale totale.

Anche la valutazione dell'introito alimentare del degente è utile per valutare il rischio di malnutrizione. L'assunzione di alimenti va monitorata e registrata attraverso semplici questionari tali da renderne possibile la quantificazione (Allegato n. 1). La valutazione degli scarti dei pasti è utile anche per impostare un adeguato supporto nutrizionale.

Gli strumenti a disposizione per gestire la malnutrizione sono il Dietetico ospedaliero, gli integratori nutrizionali e la Nutrizione Artificiale.

Anche il soggetto obeso anziano deve essere correttamente valutato. Sebbene una modesta eccedenza ponderale è tollerata in età avanzata (3-5 kg rispetto al peso forma dell'età adulta), l'obesità e l'iperalimentazione concorrono allo sviluppo di patologie cronicodegenerative (diabete mellito non insulino-dipendente, dislipidemie, ipertensione, malattie cardiovascolari, alcuni tipi di tumore).

DISFAGIA

La disfagia è il disturbo della deglutizione ovvero della capacità di far arrivare in modo corretto allo stomaco le sostanze (alimenti, liquidi, saliva, farmaci, etc.) introdotte dalla bocca.

Le patologie che possono causare la disfagia sono varie e la loro identificazione, a cura del medico specialista, è indispensabile per conoscere il decorso e la prognosi del disturbo e l'eventuale possibilità di una terapia. Nell'anziano la disfagia è causata da patologie a interessamento neurologico (ictus, esiti di trauma cranio-encefalico o stati di coma, Morbo di Parkinson, Sclerosi Multipla, Sclerosi Laterale Amiotrofica, demenze, encefalopatie, altro) o muscolare (miastenia, distrofia miotonica e oculofaringea, altro). Può essere causata anche da esiti di tumori che interessano il distretto capo – collo o da effetti collaterali di chemio o radioterapia. Nell'anziano il fisiologico invecchiamento può essere ulteriore causa di disfagia, in associazione a molteplici eventi patologici concomitanti.

Il processo di deglutizione alterato può causare il passaggio di alimenti nelle vie aeree (trachea, polmoni) determinando tosse e soffocamento e il ristagno di cibo in queste zone favorisce alcune infezioni dell'apparato respiratorio (polmonite *ab ingestis*). Se non correttamente gestita la disfagia può determinare complicanze che possono mettere a rischio lo stato di salute della persona che ne è colpita e essere causa di ricoveri ospedalieri anche ripetuti nel tempo. Il disturbo di deglutizione può essere invalidante al punto tale da compromettere la qualità della vita di chi ne è affetto e di chi lo circonda.

È necessario richiamare l'attenzione del paziente, dei familiari o del *caregiver* (chi si occupa di offrire cure ed assistenza al malato) su alcuni campanelli d'allarme che possono indicare il passaggio di piccole quantità di alimenti nelle vie aeree:

- Sensazione di persistenza del cibo in gola.
- Comparsa di tosse involontaria dopo 2-3 minuti dalla deglutizione del bolo (cibo).
- Comparsa di voce velata o gorgogliante dopo aver deglutito.
- Aumento della salivazione e presenza di catarro.
- Aumento della temperatura corporea fin ai 38.0 °C in assenza di altre patologie.
- Fuoriuscita di liquido o di cibo dal naso.
- Ricorrenti patologie respiratorie: faringiti, tracheiti, bronchiti, polmoniti.

Meccanismo della deglutizione

Il movimento impegna 5 nervi cranici (trigemino, faciale, glossofaringeo, vago, ipoglosso) che mediano il movimento dei muscoli facciali.

Nella deglutizione si distinguono 4 fasi:

1) Fase iniziale

La vista del cibo, l'odore e il sapore, fanno aumentare la produzione di saliva. In bocca, grazie alla masticazione e alla miscelazione della saliva, il cibo si trasforma in bolo. Il palato molle si abbassa per impedire che il cibo possa defluire nelle vie aeree.

2) Fase orale

Il bolo viene spinto volontariamente con l'aiuto della lingua verso la parte posteriore della bocca verso la faringe.

3) *Fase faringea*

Il movimento è involontario. I tre muscoli costrittori della faringe spingono il bolo verso l'esofago, l'epiglottide si abbassa e le corde vocali si chiudono.

4) *Fase esofagea*

Il bolo procede verso lo stomaco per effetto della peristalsi.

Perché la deglutizione sia efficace, queste fasi devono essere integre, il paziente deve essere vigile ed avere una postura corretta.

Suggerimenti e consigli pratici per chi assiste il paziente disfagico durante il pasto.

Salvo diverse indicazioni da parte del personale sanitario esperto nella gestione della disfagia si suggeriscono le seguenti modalità di somministrazione di alimenti e farmaci, nonché di assistenza di assistenza al paziente disfagico durante il pasto:

1. Il paziente, prima di iniziare a mangiare, deve essere correttamente posizionato. La posizione migliore per alimentarsi è certamente quella seduta. Il paziente (eccettuato il caso di uno specifico posizionamento suggerito dal personale sanitario esperto nella gestione della disfagia) deve essere seduto dritto, con un comodo sostegno per gli avambracci e i piedi appoggiati a terra. Se tale posizione non può essere assunta, è necessario posizionare il paziente a letto, il tronco deve essere alzato il più possibile, anche utilizzando più di un cuscino da mettere come appoggio alla schiena.

2. L'ambiente ove viene consumato il pasto deve essere tranquillo, silenzioso e ben illuminato.

3. Il paziente deve mangiare lentamente, rispettando per ogni singolo boccone il volume consigliato e non introdurre un secondo se quello precedente non è stato completamente deglutito (attenzione ai residui di cibo che permangono in bocca). Il pasto non può, però, durare in media più di 45 minuti, altrimenti di conseguenza la stanchezza e la distraibilità del paziente aumenterebbero i rischi d'inalazione. Compito di chi assiste il paziente durante il pasto, sarà anche quello di controllare lo stato d'attenzione ed eventualmente decidere di sospendere il pasto ai primi segni di stanchezza.

4. Ogni tanto far eseguire colpi di tosse per controllare la presenza di cibo in faringe. 5. Elemento comune a tutte le posture è evitare che, durante la somministrazione

dell'alimento, il paziente cambi posizione alzando, ad esempio, la testa verso l'alto. Per evitare che ciò accada è importante, oltre ad opportuni input verbali, una giusta modalità nell'imboccare.

6. Il paziente non deve parlare durante il pasto, né guardare la televisione, né essere distratto in alcun modo.

7. I farmaci, se devono essere somministrati per os, vanno prima polverizzati e poi aggiunti ad una piccola quantità di frutta frullata al fine di creare un composto omogeneo e facilmente deglutibile.

8. Per almeno 15 minuti dopo il pasto il paziente deve rimanere seduto e successivamente è indispensabile provvedere all'igiene orale, per prevenire tra l'altro l'aspirazione di particelle di cibo che possono rimanere in bocca. Non potendo utilizzare, specialmente all'inizio del trattamento riabilitativo della deglutizione, dentifrici e colluttori in quanto il paziente potrebbe ingerirli o, peggio ancora, inalarli, può essere utilizzata in sostituzione una garza sterile o uno spazzolino per bambini a setole morbide, imbevuti con piccole quantità di bicarbonato di sodio.

9. Non utilizzare MAI liquidi per mandare giù il cibo se il paziente non ha dimostrato un'adeguata protezione delle vie respiratorie.

10. La somministrazione dei liquidi, quando è consentita, deve avvenire anche con l'ausilio del cucchiaio (per dosarne meglio la quantità), ma deve necessariamente essere preceduta dalla rimozione di eventuali residui alimentari dalla bocca.

NORME DIETETICHE

In base alla loro consistenza i cibi si dividono in:

– **Liquidi**: comprendono le bevande come acqua, tè, camomilla, latte, caffè, ecc. Esistono anche i cosiddetti liquidi con scorie (così chiamati perché contengono piccole particelle di consistenza maggiore), tra i quali troviamo succhi di frutta, yogurt "da bere", sciroppi, brodi vegetali. I liquidi generalmente sono i più difficili da deglutire in quanto "sfuggono" distribuendosi nel cavo orale e per questo risultano difficilmente gestibili.

– **Semiliquidi**: a questa categoria appartengono gelati, creme, passati di verdure, frullati e omogeneizzati di frutta. Per questi alimenti è sufficiente una modesta preparazione orale in quanto non necessitano di masticazione.

– **Semisolidi**: comprendono passati e frullati densi, omogeneizzati di carne e pesce, purè, uova strapazzate, formaggi morbidi e cremosi, budini. Tali alimenti necessitano di una preparazione orale leggermente più impegnativa della categoria precedente, ma non di masticazione.

– **Solidi**: sono alimenti quali pasta ben cotta, uova sode, pesce (attentamente pulito dalle lisce), verdure cotte non filacciose, frutta, pane, biscotti, ecc., che necessitano di un'accurata, attenta e prolungata preparazione orale, accompagnata poi da una masticazione efficace.

Precisando che ogni soggetto, anche in base al tipo di danno subito, si comporta in maniera diversa e che quindi non esistono proposte di terapia uguali per tutti, si può dire che le consistenze più utilizzate per i pazienti disfagici sono quelle semisolida e semiliquida. Queste consistenze consentono di ottenere una giusta scorrevolezza ed

eliminano, non utilizzando cibo solido, sia il lavoro di masticazione e soprattutto il rischio di soffocamento causato dall'ingestione di porzioni voluminose di cibo.

L'alimento più difficile da gestire, e di conseguenza il meno utilizzato, è quello liquido, mentre i cibi solidi, se riescono a diventare un traguardo raggiungibile dopo riabilitazione della disfagia, devono essere comunque morbidi, omogenei (cioè composti da particelle della stessa consistenza) e compatti (NON devono cioè frammentarsi o sbriciolarsi come crackers, grissini, ecc).

Alimenti da evitare

– Alimenti a doppia consistenza ad esempio la zuppa di latte, la pastina in brodo, il minestrone con verdure a pezzi. Questi hanno una consistenza disomogenea e nella cavità orale si scindono con facilità, sfuggendo facilmente al già alterato controllo.

– Alimenti filanti formaggi cotti, mozzarella, gomme da masticare.

– Alimenti appiccicosi che aderiscono al palato.

- Alimenti solidi di difficile gestione in bocca caramelle, confetti (di qualsiasi formato e consistenza), riso, fette biscottate, legumi interi (piselli, fagioli, fave, lenticchie), carne filacciosa o asciutta.
- Alcolici
- Pane
- Crackers e grissini
- Frutta secca
- Frutta fresca (mirtilli, ribes, melagrane, more, lamponi)
- Gelati con pezzi di nocciole, scaglie di cioccolato, canditi.

Come addensare i cibi:

È possibile addensare i liquidi, i liquidi densi e i cibi semiliquidi sino a renderli di una consistenza che ne renda facile e sicura la gestione.

Impiego di agenti addensanti:

- Aggiungere gradualmente gli addensanti ai liquidi, evitando di incorporare grandi quantità in una sola volta. Alcuni agenti hanno un effetto addensante quasi istantaneo, altri possono avere un effetto graduale che dura vari minuti ed in questo caso il cibo rischia di diventare troppo denso. La quantità di addensante necessaria varia secondo la marca e le etichette riportate sulla confezione indicano la dose corrispondente alla consistenza che si desidera ottenere (sciropo, crema, budino).
- È preferibile agitare liquido e addensante in un contenitore con tappo (shaker), piuttosto che mescolare.
- È possibile utilizzare una frusta elettrica per evitare la formazione di grumi.

Esistono in commercio alcuni modificatori di consistenza comunemente utilizzati in cucina, come fecola di patate, tapioca, patate, ma anche preparati gelificanti come colla di pesce, agar-agar e gelatine in polvere.

Impiego di prodotti del commercio:

- Le gelatine in polvere possono essere aggiunte alle bevande sia fredde che calde senza alterarne il sapore. Leggere le istruzioni d'uso sulle etichette.
- Colla di pesce e agar-agar che richiedono cottura e possono essere utilizzate per la preparazione di alimenti sia dolci che salati. La colla di pesce, se usata in fogli, va fatta ammorbidire per alcuni minuti in acqua fredda e lasciarla gonfiare, poi scolarla, strizzarla con delicatezza e scioglierla completamente in un liquido caldo ma mai bollente (acqua, latte). Infine unirla agli altri ingredienti. Se si vuole preparare un piatto freddo, la preparazione fredda va aggiunta alla gelatina e non viceversa. Se si utilizza la preparazione in polvere, normalmente deve essere sciolta in un po' di acqua fredda, lasciata gonfiare e procedere come quella in foglie. L'agar-agar è un composto ricavato dalle alghe e si trova in commercio sottoforma di fiocchi, barrette o fogli da sciogliere in acqua. La preparazione si addensa lasciandola raffreddare.
- Fecola di patate, creme di cereali per la prima infanzia, semolino, fiocchi di patate da aggiungere durante la cottura di alimenti dolci o salati.
- Patate bollite o saltate in padella, poi schiacciate in modo omogeneo preferibilmente con lo schiacciapatate, da aggiungere ai cibi per creare una consistenza semisolida.
- Amido di mais.

Inoltre, per favorire il transito del bolo, il riflesso della deglutizione e lo stimolo della salivazione, sono consigliati:

- I condimenti (oli, burro, panna, besciamella...) agiscono da lubrificanti per cui facilitano la progressione del bolo alimentare impedendone il ristagno a livello orale, faringeo, esofageo.
- Evitare pietanze troppo speziate, pepate o piccanti perché potrebbero indurre la tosse e quindi compromettere la deglutizione
- Cibi ben caldi o freddi, in modo da essere ben percepiti.

Per rendere più fluidi gli alimenti si possono aggiungere liquidi, condimenti e alimenti quali:

1. bevande calde o fredde a base di latte. A seconda delle necessità dietetiche è possibile utilizzare latte di mucca, di capra, vegetale di soia, riso o avena.
2. liquidi caldi (brodo vegetale e di carne, sugo di carne frullato).
3. succhi di frutta e di verdura.
4. olio d'oliva, margarina, burro, panna, maionese.

Come aumentare la densità calorica e la quantità proteica degli alimenti

Le conseguenze della disfagia implicano un deficit dell'alimentazione spontanea, con progressiva perdita di peso corporeo, carenze vitaminiche e di minerali, scarso apporto di liquidi (disidratazione) fino alla malnutrizione.

Per aumentare l'apporto calorico e proteico è possibile aggiungere alle preparazioni alcuni alimenti, solo in assenza di condizioni patologiche che ne limitano l'assunzione (es. ipercolesterolemia, ipertrigliceridemia, diabete, insufficienza renale ecc.) e secondo parere medico:

- Latte in polvere da aggiungere al latte, alle minestre, alle salse, ai budini, alla purea di patate e agli yogurt. Si consiglia di aggiungere uno o due cucchiaini in un po' di latte o acqua e miscelare.
- Biscotto granulato da aggiungere al latte addensato o allo yogurt.
- Carne, prosciutto, pesci frullati, formaggi teneri, da aggiungere alle preparazioni a base di verdura, oppure alle creme di cereali, semolino e passati di verdura.
- Formaggio grattugiato da aggiungere gradualmente, evitando la formazione di grumi.
- Tuorlo d'uovo sodo schiacciato da aggiungere alle creme di verdure, sufflè, semolino e creme di cereali.
- Burro o margarina da aggiungere alle creme di cereali e verdura.
- Panna da aggiungere nelle mousse di frutta o dessert.
- Zucchero da sciogliere nelle bevande addensate.

- ➡ Si allegano alcuni esempi di ricette per l'utente disfagico. (Allegato n.4)

IGIENE ORALE

Dopo il pasto è consigliata un'accurata igiene orale per prevenire la proliferazione di batteri, disturbi locali e patologie respiratorie.

- Quando si usano spazzolino da denti e dentifricio, per evitare l'accidentale deglutizione di liquidi, è utile usare (o far usare), per gli sciacqui, acqua calda che dà una sensazione sgradevole che non stimola la deglutizione. È utile mantenere il capo flesso in avanti per evitare lo scolo accidentale di liquidi.
- Quando si fa uso di protesi dentarie è necessario provvedere ad ogni pasto alla rimozione della protesi per eliminare i residui di cibo. Ogni giorno va eseguita la normale igiene della protesi, secondo le indicazioni del dentista.
- Quando l'igiene del cavo orale è particolarmente difficile può anche essere effettuata con una garza avvolta intorno ad un dito e imbevuta di appositi disinfettanti.
- La detersione della lingua in caso di disfagia è particolarmente importante, perché una deglutizione meno efficace facilita la comparsa di funghi e infezioni del cavo orale.

GESTIONE DELLA PEG

GESTIONE DELLA MEDICAZIONE PEG IN ASSENZA DI COMPLICANZE

- **PULIZIA:** creare e mantenere uno stato di corretta igiene ambientale, sia del locale che del piano di lavoro e lavarsi le mani prima di ogni operazione, al fine di diminuire e controllare i rischi di infezione. Ove possibile individuare un locale idoneo da destinare alla preparazione e conservazione del materiale (locale pulito, lontano da fonti di calore).
- **MATERIALE:** verificare sempre date di scadenza e corretta conservazione delle confezioni. Mantenere le pompe di infusione collegate alla rete elettrica anche quando non vengono utilizzate, per garantire la carica, o comunque seguire le indicazioni del manuale, d'uso rilasciato dalla ditta fornitrice dell'apparecchio.

GESTIONE DELLA GASTROSTOMIA

A. GESTIONE PRECOCE (PRIMO MESE DAL POSIZIONAMENTO)

1. ispezionare tutti i giorni l'area attorno alla PEG e valutare se presenti arrossamenti, sanguinamenti o secrezioni
2. eseguire giornalmente la rotazione della sonda di 360° e verificare che ci sia la possibilità di effettuare piccoli movimenti "dentro – fuori". Il dispositivo di sicurezza (anello triangolo o altro) che serve per impedire che la sonda scivoli all'interno, deve essere staccato dalla cute di qualche millimetro e non aderire alla pelle per evitare rischio ulcerazioni
3. medicare in modo sterile il punto di inserzione della sonda:
 - con una garza sterile imbevuta di disinfettante eseguire dei movimenti circolari dall'interno verso l'esterno
 - asciugare nello stesso modo con una garza sterile
 - medicazione a piatto posizionando una o due garze sterili intorno allo stoma e coprire con cerotto facendo attenzione a non piegare, fare trazione o mettere quantità eccessiva di garze.

B) GESTIONE SUCCESSIVA (DOPO IL PRIMO MESE DAL POSIZIONAMENTO)

A stomia consolidata e in assenza di complicanze cutanee la medicazione NON è necessaria e l'accesso della sonda può essere lasciato scoperto. Pertanto in condizioni normali trascorso circa un mese dal posizionamento si può procedere nel seguente modo:

1. verificare l'assenza di segni che indicano complicanze quali crescita eccessiva di mucosa attorno alla stomia, presenza di secrezioni, sanguinamenti o ulcerazioni della cute
2. effettuare pulizia della cute ogni giorno con un panno umido e sapone neutro
3. asciugare molto bene tamponando
4. detergere ogni giorno anche la superficie esterna della sonda con acqua e sapone neutro ed asciugare accuratamente.
5. eseguire le manovre di rotazione movimento "dentro – fuori".

C) GESTIONE SUCCESSIVA AL RIPOSIZIONAMENTO PERIODICO PEG

La medicazione, nella prima settimana successiva al riposizionamento, dovrebbe essere cambiata quotidianamente, e a giorni alterni per i successivi 8-10 e, in seguito, con medicazioni settimanali sino al consolidamento della stomia. In seguito ed in assenza di complicanze della cute peristomale si segue lo schema B.

GESTIONE DELLA NUTRIZIONE ENTERALE: PROBLEMI, CAUSE ED INTERVENTI

PROBLEMA	CAUSE	INTERVENTI
Arrossamento e/o irritazione della cute	Medicazione bagnata o sporca Problemi d'allergia Fuoriuscita di contenuto gastrico Dispositivo di fissaggio esterno troppo stretto	Sostituire la medicazione Verificare il tipo d'allergia e materiali usati Se superiore a 1cm avvisare il medico Controllare il fermo e contattare il centro di riferimento
Perdite intorno alla sonda	Alimentazione inadeguata Aumento del diametro della sonda Sonda mal posizionata	Attenzione alla quantità della nutrizione Evitare movimenti ondulatori Utilizzare dermoprotettori Verificare la posizione contattare il centro di riferimento
Sonda bloccata	Farmaci non adeguatamente sminuzzati Lavaggio inadeguato della sonda	Lavare la sonda con acqua tiepida con una siringa a cono aspirando e insufflando
Tosse durante la somministrazione	Reflusso nelle vie aeree Somministrazione della nutrizione non correttamente	Posizionare il paziente seduto o semiseduto, sospendere l'alimentazione contattare il centro di riferimento
Nausea	Velocità di somministrazione troppo elevata	Controllare e diminuire la velocità; verificare se l'alimento è stato preparato correttamente
Vomito	Posizione inadeguata del paziente Inquinamento batterico Miscela con composizione inadeguata	Posizione semiseduta Contattare il centro
Stitichezza	Apporto inadeguato d'acqua o fibre nella sacca	Aumentare le dosi
Dolore addominale	Temperatura troppo bassa della miscela Presenza di gas Intolleranza verso la miscela	Somministrare la miscela a temperatura ambiente Far fuoriuscire l'aria con l'aiuto di una siringa a cono o in alcuni casi posizionare una sonda rettale Contattare il centro
Diarrea	Velocità di somministrazione troppo elevata Temperatura alimento troppo bassa Contaminazione batterica	Attenzione alla velocità ridurla Temperatura ambiente per la miscela Verificare le procedure di preparazione
Sonda spostata	Tiraggio accidentale della sonda Dispositivo di fissaggio inadeguato	Se il segno di riferimento della sonda è spostato sospendere l'alimentazione e contattare il centro

GESTIONE DELLA TERAPIA FARMACOLOGICA

SEDE DI SOMMINISTRAZIONE	<p>Stomaco: accesso più fisiologico</p> <p>Duodeno/Digiuno: è diminuito il tempo di transito del farmaco e la quantità di farmaco assorbita</p>
MODALITA' DI SOMMINISTRAZIONE	<p>Non aggiungere i farmaci nelle miscele in quanto possono alterare la farmacocinetica e le proprietà chimiche e fisiche della miscela</p>
TEMPI DI SOMMINISTRAZIONE	<p>Per farmaci da somministrare a stomaco vuoto, interrompere la nutrizione da 30' a 60' minuti prima a 30' dopo.</p> <p>Se possibile cambiare molecola o ricorrere ad un'altra via di somministrazione.</p>
TIPO DI FORMULAZIONE FARMACEUTICA	<p>La forma liquida è quella d'elezione per il miglior assorbimento e minor rischio di ostruzione. Va posta particolare attenzione all'osmolarità che se è >300 mOsm/kg richiede ulteriori diluizioni al fine di non causare diarrea</p> <p>Le capsule molli possono essere svuotate in modo da ottenere il contenuto liquido. Svantaggi non è possibile quantificare esattamente la dose da assumere</p> <p>Nelle compresse e capsule rivestite rimuovere la copertura crea due problemi importanti in quanto la copertura serve sia come protezione dello stomaco sia come protezione del farmaco da ambiente acido. Nel caso d'uso svuotare o frantumare le compresse e diluirle con 5-15 ml d'acqua, lavare la sonda con 30-40 ml d'acqua, somministrare la sospensione creata, ed infine rilavare con 30-40ml d'acqua.</p> <p>Le compresse sublinguali non possono essere somministrate direttamente nello stomaco in quanto viene alterata la farmacocinetica</p> <p>Nelle formule a rilascio programmato (granuli..): viene alterata la farmacocinetica e aumenta il rischio d'ostruzione della sonda</p>

INDICAZIONI PER IL PERSONALE

La normativa in materia di igiene alimentare assegna un posto di rilievo all'igiene del personale addetto al trattamento degli alimenti. Lo stesso controllo ufficiale, che dal 1° gennaio 2006 viene svolto ai sensi del Regolamento (CE) n. 882/2004, si occupa, tra l'altro, di verificare le condizioni igieniche nelle aziende del settore alimentare e l'applicazione delle buone prassi igieniche, mediante ispezioni e anche intervistando gli operatori e il personale addetto. Deve essere posta particolare attenzione all'abbigliamento, alla pulizia della persona, al corretto comportamento.

Ciò avviene perché è proprio l'addetto, attraverso le mani e le altre parti del suo corpo, a determinare i maggiori rischi di contaminazione degli alimenti, con possibilità di trasmissione di microbi che possono deteriorare gli alimenti stessi o causare malattie nell'uomo (tossinfezioni alimentari).

L'addetto può essere ammalato e trasmettere ad altri, attraverso gli alimenti, la propria malattia; può non avvertire i sintomi della malattia, ma essere portatore di microbi che, se trasmessi, possono provocare la malattia in altre persone più sensibili (è il caso del *portatore sano*); può, infine, essere semplicemente un veicolo di microbi da un alimento ad un altro, attraverso le mani o, come si è detto, altre parti del corpo, o anche attraverso l'abbigliamento sporco o utensili male utilizzati.

Il Regolamento (CE) n. 852/2004/893 sull'igiene dei prodotti alimentari (anch'esso applicabile in tutti gli Stati Membri dell'Unione Europea dal giorno 01/01/2006), stabilisce quanto segue: ogni persona che lavora in locali per il trattamento di alimenti deve mantenere uno standard elevato di pulizia personale ed indossare indumenti adeguati, puliti e, ove necessario, protettivi; nessuna persona affetta da malattia o portatrice di malattia trasmissibile attraverso gli alimenti o che presenti, per esempio, ferite infette, infezioni della pelle, piaghe o soffra di diarrea deve essere autorizzata a qualsiasi titolo a manipolare alimenti e ad entrare in qualsiasi area di trattamento degli alimenti, qualora esista una probabilità di contaminazione diretta od indiretta degli alimenti. Qualsiasi persona affetta da una delle affezioni sopra citate che lavori in un'impresa alimentare e che possa venire a contatto con gli alimenti deve segnalare immediatamente lo stato di malattia al responsabile HACCP della sede lavorativa, al fine di una valutazione da parte del Medico Competente dell'O.S.A. dell'idoneità per la specifica mansione lavorativa.

Abbigliamento

L'abbigliamento prescritto dalla normativa vigente italiana per un esercizio di vendita di alimenti consiste in una *giacca o sopravveste di colore chiaro*; in uno stabilimento o laboratorio di produzione si parla invece di *tuta o sopravveste*, sempre di colore chiaro; in tutti i casi è obbligatorio un *copricapo che contenga la capigliatura* (art. 42 del DPR n. 327/1980). Il sopra citato Regolamento n. 852/2004 lascia spazio anche all'uso di altri dispositivi: gli indumenti dovranno essere *adeguati* in riferimento alle mansioni e al tipo di lavorazione: grembiuli, mascherine, guanti, ecc...

L'abbigliamento del personale di cucina non serve per proteggere gli abiti sottostanti, come alcuni addetti ancora credono, ma al contrario per impedire a tali abiti, utilizzati all'esterno dell'esercizio, e al corpo umano, attraverso la pelle, i peli, il sudore, ecc..., di contaminare gli alimenti. Il colore chiaro serve a distinguere l'eventuale sporcizia presente sugli abiti da lavoro. Un addetto poco preparato e poco sensibile in materia igienica potrebbe essere portato ad indossare abbigliamento di colore scuro, per "coprire" lo sporco, le macchie e ritardare così il ricambio degli abiti. La sporcizia presente sull'abbigliamento da lavoro, costituita da sostanza organica proveniente dagli alimenti, è una grande occasione che viene offerta ai

microbi presenti per moltiplicarsi; dagli abiti i microbi possono facilmente passare all'ambiente, alle attrezzature presenti nei locali aziendali o direttamente ad altri alimenti.

Per queste ragioni, gli abiti da lavoro devono essere sempre puliti. Esistono anche sopravvesti monouso, che possono essere utilizzate dagli operatori e sostituite quando necessario, o tenute a disposizione per situazioni di emergenza.

È utile fare una precisazione sulle calzature da lavoro. Sebbene la legge italiana non specifichi alcuna prescrizione in merito, anche le calzature utilizzate dall'alimentarista devono essere pulite e in ordine — rispettando così il regolamento comunitario — e non dovrebbero essere utilizzate all'esterno del posto di lavoro per non portare all'interno sporcizia e microbi.

In generale, l'alimentarista corretto dal punto di vista igienico si cambia ogni volta che esce dal luogo di lavoro e ogni volta che si reca in bagno, per non contaminare gli abiti impiegati durante l'attività.

L'abbigliamento impiegato nell'attività produttiva e commerciale, comprese le calzature, deve essere riposto nello spogliatoio dell'esercizio, all'interno dell'apposito armadietto di cui ogni addetto deve essere dotato.

Tale armadio deve essere a doppio scomparto in modo da separare gli abiti personali da quelli da lavoro, evitando qualsiasi contatto tra essi. Tuttavia, secondo quanto è già stato spiegato sopra, gli abiti da lavoro sporchi devono essere al più presto allontanati, meglio se introdotti, appena dismessi, in un sacchetto plastico monouso. Sono preferibili gli armadietti con la parte superiore inclinata, non solamente per facilitare le operazioni di pulizia ma anche per disincentivare un comportamento scorretto di molti addetti, che ripongono oggetti o calzature proprio su tale superficie, creando confusione e complicando le operazioni stesse.

Copricapo

I capelli cadono continuamente e il fatto di trovarne uno nell'alimento è certamente spiacevole per il consumatore e costituisce una cattiva pubblicità, anche dal punto di vista commerciale, per il produttore o per l'addetto alla vendita.

Ma il problema non sta solamente nell'eventualità dello sgradito ritrovamento.

Infatti, nei capelli e sulla pelle del capo si annidano normalmente centinaia o migliaia di microbi per centimetro quadrato, che cadono sugli abiti e sugli alimenti. Insieme ai capelli cadono i residui della desquamazione del cuoio capelluto, talvolta in forte quantità (forfora), e gocce di sudore.

Inoltre, un comportamento scorretto ma molto diffuso, spesso involontario, è quello di toccarsi la testa e i capelli, specialmente se questi sono lunghi (sarebbe bene tenerli corti e raccolti), o di detergersi la fronte dal sudore, magari con il dorso della mano o con la manica della sopravveste.

Quindi il copricapo ha una grande importanza per l'alimentarista, "ingabbiando" capelli e microbi ed impedendo la contaminazione degli alimenti e dell'ambiente di lavoro creando una barriera pulita tra il capo e l'ambiente. Tuttavia, per essere veramente efficace il copricapo deve contenere completamente la capigliatura; esso, inoltre, per gli stessi motivi di cui si è detto per gli abiti da lavoro, deve essere di colore chiaro.

Ne esistono di diverse forme e dimensioni, adatti ai diversi tipi di capigliatura, anche in versione monouso.

Molti addetti sono restii ad utilizzare il copricapo, ritenendolo inutile e fastidioso: costoro non hanno compreso la sua utilità e non hanno capito che esso contribuisce anche a fornire al consumatore un'immagine ordinata, precisa e professionale.

La legge non prevede deroghe di alcun tipo per l'uso del copricapo, neppure per coloro che adducono motivi di salute (mal di testa, caduta precoce dei capelli) per essere esentati dal portarlo. Senza il copricapo non è possibile esercitare l'attività di alimentarista.

Mani

Il principale veicolo di diffusione dei microbi sono le mani dell'addetto.

Si calcola che sulle mani, benché appena lavate, ci possano essere anche diverse decine di microbi per centimetro quadrato, che si moltiplicano rapidamente in poche ore, facilitati dalla temperatura dell'ambiente, dalla temperatura del corpo umano (37°C) che è particolarmente adatta e dalla sostanza organica, con la quale le mani dell'alimentarista vengono a contatto.

Inoltre, altri microbi possono insediarsi sulle mani quando si toccano oggetti e superfici sporche, sia all'interno che all'esterno del posto di lavoro; un caso tipico di contaminazione delle mani è il maneggio dei rifiuti.

È quindi necessario, durante una giornata di lavoro, lavarsi spesso e accuratamente le mani e i polsi, strofinandoli con energia e utilizzando sapone liquido (le saponette solide sono spesso un veicolo di ricontaminazione, dato che numerosi microbi possono rimanere sulla loro superficie e tornare sulle mani dell'operatore al successivo lavaggio, soprattutto quando il sapone, per effetto della disidratazione, rimane fessurato).

I rubinetti del lavamanì devono avere il comando "non azionabile a mano" (a pedale, a ginocchio, a fotocellula), per evitare che al momento della chiusura dell'erogazione dell'acqua le mani pulite si ricontaminino.

Appena concluso il lavaggio, le mani devono essere asciugate con asciugamani monouso (carta) o ad aria: gli asciugamani in tessuto devono essere messi al bando dalle aziende alimentari, dato che inevitabilmente divengono ricettacolo di sporcizia e di microbi, i quali, grazie alla temperatura ambiente ed all'umidità di cui l'asciugamani resta intriso dopo l'uso, possono moltiplicarsi notevolmente e provocare successive ricontaminazioni.

Se il lavamanì è collocato in locale diverso da quello di lavorazione, come l'antibagno o lo spogliatoio, dopo le operazioni elencate, l'alimentarista dovrebbe raggiungere il locale di lavoro senza dover toccare la maniglia della porta, elemento di possibile ricontaminazione: la porta dovrebbe sempre potersi aprire a spinta o automaticamente verso l'esterno, consentendo una facile uscita dal locale di servizio, e chiudersi automaticamente mediante molla di ritorno o altro dispositivo.

È assolutamente scorretto asciugarsi le mani nell'abbigliamento da lavoro, o peggio pulirle direttamente, senza lavarle, sfregandole sullo stesso: si verrebbe a creare una situazione di cattiva igiene degli abiti, con rischio di contaminazione degli alimenti o delle attrezzature.

Eventuali lesioni delle mani o delle braccia (scottature, tagli, eczemi) possono contenere alte quantità di microbi (stafilococchi). In tali condizioni sarebbe bene astenersi dal lavoro; in alternativa, le lesioni devono essere pulite, disinfettate e protette mediante opportuni cerotti e fasciature, che restino sotto

l'abbigliamento (sopravveste) o, nel caso delle mani, ricoperte con guanti monouso, che devono essere sostituiti ogni volta che risulti necessario.

I guanti prevengono anche la perdita di cerotti usati o pezzi di essi: sono segnalati casi di ritrovamento di questi oggetti estranei, altamente contaminati e contaminanti, in alimenti.

Vi sono due fattori che influenzano negativamente la pulizia delle mani. Innanzi tutto le unghie, che raccolgono sporcizia e moltissimi microbi.

Le unghie devono essere tenute sempre corte e ben pulite, senza smalto (lo smalto si sgretola e costituisce una fonte di inquinamento chimico dell'alimento; inoltre, nelle sue screpolature si annidano sporcizia e microrganismi).

L'altro fattore è la presenza di anelli, orologi o bracciali. Sotto a questi monili decorativi, ma anche sulla loro superficie irregolare, si annidano la sporcizia e i microbi, che rimangono protetti rispetto ai lavaggi delle mani e dei polsi e si moltiplicano, contaminando poi gli alimenti che vengono manipolati.

Inoltre, alcuni di questi oggetti, al pari di altri che vengono portati in altre parti del corpo (orecchini, collane, spille, ecc...), possono andare perduti nell'alimento, interi o in piccole parti che li compongono, e non essere più ritrovati, specialmente in alcuni alimenti come carni macinate, impasti per ripieno, dolci, ecc...

Il ritrovamento di un simile oggetto in un alimento da parte del consumatore dà dimostrazione di scarsa attenzione professionale ed igienica e può provocare seri danni come, per esempio, la rottura di denti o lesioni della bocca o dell'apparato digerente.

Altre parti del corpo umano fonte di contaminazione

Il naso e la bocca ospitano numerosi microrganismi. L'alimentarista soggetto a starnuti e colpi di tosse, o affetto da infiammazione della gola, evita la sua presenza nei locali di lavoro durante la fase acuta della malattia e, quando presente al lavoro, evita di starnutire o tossire sugli alimenti (e più in generale nei locali in cui questi vengono trattati), lavandosi accuratamente le mani ogni volta che utilizza fazzoletti (che devono essere monouso) o che copre la bocca in occasione di colpi di tosse.

Infatti, questi inconvenienti temporanei, relativi allo stato di salute, danno luogo alla propagazione di aerosol (goccioline di muco e saliva nell'aria) contenenti microbi in grande quantità.

Anche le orecchie e gli occhi contengono molti microrganismi nelle loro secrezioni, specialmente se in stato patologico (otite, congiuntivite): microbi che possono contaminare gli alimenti.

Infine, tutto il corpo umano contiene microrganismi sulla pelle, per cui gli alimentaristi devono curare rigorosamente la pulizia e l'igiene della persona in tutti i momenti della loro vita. I brufoli della pelle sono molto pericolosi, poiché contengono batteri patogeni (stafilococchi), e non devono essere toccati o peggio schiacciati durante il lavoro.

La defecazione, se ad essa non fa seguito una buona igiene (soprattutto sul posto di lavoro, ma anche a casa), può comportare gravi rischi sanitari per la trasmissione dei microbi intestinali dalle feci agli alimenti attraverso le mani mal lavate, anche se queste possono apparentemente sembrare pulite.

L'urina costituisce un ottimo ambiente per il rapido sviluppo dei batteri: devono quindi essere evitati, oltre ovviamente al contatto diretto, schizzi di urina sull'abbigliamento e sulle calzature.

Gli stessi inconvenienti provocati dalla capigliatura possono essere provocati dalla barba e dai baffi: l'alimentarista dovrebbe tenerli ben rasati e comunque ben lavati; l'uso di mascherine protettive, di utilità analoga a quella del copricapo (a cui va aggiunta l'ulteriore utilità dovuta alla protezione dal fiato e dalla saliva), viene applicato correntemente in numerose aziende che praticano particolari lavorazioni ad elevato rischio igienico.

Regole elementari per il personale di cucina.

Oltre a quanto già esposto nei precedenti paragrafi occorre fare attenzione ad altre regole quali:

- non mangiare, non bere, non fumare, non mangiarsi le unghie: più in generale, l'alimentarista non deve portare le mani alla bocca mentre lavora, dato che, come visto sopra, la bocca è un grande contenitore di microbi che si propagano attraverso la saliva; inoltre, l'atto di fumare può comportare anche la caduta di cenere sugli alimenti; non grattarsi, non toccarsi le orecchie, il naso, gli occhi, i capelli: basta un piccolo e breve contatto per contaminarsi le mani; se tali contatti avvengono inavvertitamente o per necessità, lavarsi subito ed accuratamente le mani;
- non masticare *chewing gum*, tabacco, ecc...: si sono segnalati casi di gomma da masticare "usata" rinvenuta in alimenti;
- non sputare;
- non fare mai entrare nei locali di lavoro persone non abilitate, non formate e sprovviste del prescritto abbigliamento, anche se si tratta di famigliari: potrebbero contaminare l'ambiente e gli alimenti;
- non fare mai entrare animali nei locali di lavoro;
- separare nettamente l'attività di amministrazione da quella di manipolazione degli alimenti e i relativi materiali, per evitare contaminazioni e presenza di sostanze ed oggetti estranei (graffette, punti metallici, parti di penne e altri strumenti, ecc...);
- lavarsi le mani ed eventualmente cambiarsi l'abbigliamento dopo aver toccato imballaggi provenienti dall'esterno o altri oggetti sporchi e dopo aver effettuato interventi di manutenzione e di pulizia;
- nel caso degli esercizi di somministrazione, non toccare le stoviglie usate nelle parti venute a contatto con la bocca dei clienti (prendere i bicchieri per lo stelo o per il fondo, le posate per il manico, ecc...).

Per quanto riguarda i requisiti delle cucine, sono indicati nell'allegato II del Reg. UE 852/04.

Si rammenta che durante la preparazione delle pietanze del pasto, devono essere previsti idonei piani di lavoro o zone di lavorazione separate per evitare la contaminazione crociata tra materie prime (es. vegetali, carni crude) e cibi finiti oppure che la preparazione degli alimenti avvenga in tempi diversi al fine di evitare potenziali contaminazioni non solo chimico/microbiologiche.

Tali modalità sono opportune, anche per garantire l'assenza di glutine o cereali contenenti glutine negli alimenti preparati/somministrati e l'assenza di possibili contaminazioni crociate durante tutto il processo produttivo. Nel piano di autocontrollo dovranno essere quindi descritte le modalità di preparazione di tali alimenti, per garantire quanto previsto dalla specifica normativa, come previsto dalla legge 123/2005. Lo

stesso vale per evitare la possibilità di contaminazione da parte di allergeni così come previsto dal Reg. UE 1169/11.

Il trasporto dei cibi pronti per pazienti allettati deve avvenire preferibilmente in vassoi confezionati singolarmente per utenti che necessitano di diete personalizzate e trasportati con carrelli termostatici o in contenitori idonei per il mantenimento della temperatura (Mediante contenitori in acciaio "gastronorm" contenenti più porzioni).

Si rammenta il rispetto del Reg UE 178/02 per quanto riguarda la tracciabilità in entrata dei prodotti alimentari/materie prime

Le registrazioni previste possono essere conservate in forma cartacea o informatica e possono essere così riassunte: in entrata (o a monte), il mantenimento dei documenti fiscali di acquisto della merce acquistata, compresi i materiali destinati a venire in contatto con gli alimenti; in caso di ritiro di prodotti da parte delle ditte produttrici di alimenti per "allerta", risulta agevole rintracciare l'impresa alimentare "home food" il suo fornitore possiede i suoi recapiti (ad es. nei documenti fiscali di vendita).

Questa documentazione può essere semplicemente costituita dalla copia dei documenti commerciali di acquisto e di vendita.

Le registrazioni delle informazioni minime relative all'alimento (es. registrazioni sulla tracciabilità, documenti di acquisto ecc.) devono essere opportunamente conservate dal responsabile, per un periodo di tempo di: tre mesi per i prodotti freschi (es. prodotti di panetteria e ortofrutticoli); sei mesi successivi alla data di conservazione del prodotto deperibile (per i prodotti da consumarsi entro il ...) dodici mesi successivi alla data di conservazione consigliata per i prodotti (da consumarsi preferibilmente entro il ...)

i due anni successivi per i prodotti per i quali non è prevista dalle norme vigenti le indicazioni del termine minimo di conservazione o altra data. (Capitolo 17 linee guida 882_854, rep. Atti n.212 del 10 novembre 2016).

Specchietto riassuntivo normativa:

Regolamenti comunitari:

- Regolamento (CE) n° 178/2002 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 28 Gennaio 2002;
- Regolamento (CE) n° 852/2004 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 29 Aprile 2004;
- Regolamento (CE) n° 853/2004 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 29 Aprile 2004;
- Regolamento (CE) n° 882/2004 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 29 Aprile 2004;
- Regolamento (CE) n° 2073/2005 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 29 Aprile 2004;
- Regolamento (CE) n° 1935/2004 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 Ottobre 2004;
- Regolamento (CE) n° 1169/2011 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 25 Ottobre 2004;

Normativa nazionale:

- Decreto Legislativo n° 31/2001 "Attuazione della direttiva 98/83/CE relativa alla qualità delle acque destinate al consumo umano";
- Decreto Legislativo n° 59/2010 "Attuazione direttiva 2006/123/CE relativa ai servizi nel mercato interno";
- Decreto Legislativo n° 147/2012 "Disposizioni integrative e correttive del DL 59/2010";
- Decreto Legislativo n° 126/2016 "Attuazione della delega in materia di segnalazione certificata di inizio attività (SCIA) a norma dell'articolo 5 della legge 7 Agosto 2015 n° 124";

- Decreto Legislativo n° 222/2016 “Individuazione di procedimenti oggetto di autorizzazione, segnalazione certificata di inizio di attività (SCIA), silenzio assenso e comunicazione e di definizione dei regimi amministrativi applicabili a determinate attività e procedimenti”;
- Decreto Legislativo n° 190/2006 "Disciplina sanzionatoria per le violazioni del regolamento (CE) n. 178/2002 che stabilisce i principi e i requisiti generali della legislazione alimentare, istituisce l'Autorità europea per la sicurezza alimentare e fissa procedure nel settore della sicurezza alimentare"
- Decreto Legislativo n° 193/2007 “Attuazione della direttiva 2004/41/CE relativa ai controlli in materia di sicurezza alimentare e applicazione dei regolamenti comunitari nel medesimo settore”;
Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano “Linee guida applicative del Reg.(CE) n.852/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio sull’igiene dei prodotti alimentari”, Rep. Atti n.59 del 29 /04/2010;
- Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano “Linee guida applicative del Reg.(CE) n.853/2004 del Parlamento europeo e del
- Consiglio sull’igiene dei prodotti di origine animale”, Rep. Atti n.253 del 17/12/2009;
- Intesa, ai sensi dell’articolo 8, comma 6, della Legge 05/06/2013, n.131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento concernente “Linee guida per il controllo ufficiale ai sensi dei regolamenti (CE) 882/2004 e 854/2004”, Rep. Atti n. 212/CSR del 10 novembre 2016”.

Definizioni:

“Impresa alimentare” (Reg.178/2002): “ogni soggetto pubblico o privato, con o senza fini di lucro, che svolge una qualsiasi delle attività connesse ad una delle fasi di produzione, trasformazione e distribuzione degli alimenti;

“Operatore del settore alimentare” (Reg.178/2002): la persona fisica o giuridica responsabile di garantire il rispetto delle disposizioni della legislazione alimentare nell’impresa alimentare posta sotto il suo controllo.

Conclusioni

Le buone pratiche igieniche personali sono tanto importanti quanto spesso sottovalutate, il che denota in molti casi una mancanza di formazione degli addetti. Il responsabile dell’impresa deve promuovere in ogni modo l’igiene e la correttezza del comportamento dei propri collaboratori, nell’ambito delle procedure necessarie a garantire la sicurezza alimentare: il buon comportamento dell’alimentarista è un elemento indispensabile per il buon andamento dell’attività e per tenere sotto controllo i rischi igienico-sanitari per la salute dei consumatori. Molte regole igieniche possono apparire scontate e banali, ma nulla può essere lasciato al caso. A tal proposito può essere utile evidenziare quanto contemplato dal Regolamento (CE) n. 852/2004, nel suo Allegato II – Capitolo XII, il quale, in materia di formazione, stabilisce che gli operatori del settore alimentare devono assicurare:

- che gli addetti alla manipolazione degli alimenti siano controllati e/o abbiano ricevuto un addestramento e/o una formazione, in materia di igiene alimentare, in relazione al tipo di attività (disposizione già prevista dalla direttiva 93/43/CEE e dal DLgs n. 155/1997);

- che i responsabili dell'elaborazione e della gestione di cui all'art. 5, paragrafo 1, del regolamento 852/2004, o del funzionamento delle pertinenti guide abbiano ricevuto un'adeguata formazione per l'applicazione dei principi del sistema HACCP;
- che siano rispettati i requisiti della legislazione nazionale in materia di programmi di formazione per le persone che operano in determinati settori alimentari.

In questa logica sarebbe auspicabile una grande campagna di formazione degli operatori e degli addetti, con il coinvolgimento di enti pubblici e privati, organizzazioni e professionisti del settore.

ALLEGATI

ALLEGATO N. 1: Esempio di cartella nutrizionale e dello stato idrico

NOME DELLA STRUTTURA:	
CARTELLA PER LA VALUTAZIONE NUTRIZIONALE	N° CARTELLA CLINICA:
Cognome e Nome :	Età:
Data ricovero _____	Data di nascita:

ANAMNESI PONDERALE	VALORE	NOTE
Peso corporeo abituale (kg)		
Peso corporeo attuale (kg)		
Altezza/Altezza stimata (cm)		
BMI (kg/m ²)		
Perdita di peso negli ultimi 6 mesi >5%	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
MNA (stato nutrizionale) (punti)	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> A rischio <input type="checkbox"/> Malnutrito 24-30 17-23,5 < 17	
MUST (rischio)	<input type="checkbox"/> Basso <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Alto 0 1 ≥2	
MNA SHORT (stato nutrizionale) (punti)	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> A rischio <input type="checkbox"/> Malnutrito 12-14 8-11 0-7	
ANAMNESI ALIMENTARE		
Alimentazione	<input type="checkbox"/> OS <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> NP*	
Se nutrizione enterale	<input type="checkbox"/> Dieta frullata <input type="checkbox"/> Formule	
Se per os:		
Distribuzione dei pasti	<input type="checkbox"/> 3 pasti <input type="checkbox"/> spuntini 1 – 2	
Composizione quali-quantitativa	<input type="checkbox"/> Vitto comune <input type="checkbox"/> Dieta speciale	
Se dieta speciale	Tipo:	
Integratori alimentari	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Consumo di	<input type="checkbox"/> Dolci <input type="checkbox"/> Alcool <input type="checkbox"/> Bibite zuccherate	
Autonomia nell'alimentazione	<input type="checkbox"/> Autonoma <input type="checkbox"/> Parz autonoma <input type="checkbox"/> Non autonoma	

Difficoltà nella masticazione	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Disfagia	<input type="checkbox"/> Assente <input type="checkbox"/> Ai solidi <input type="checkbox"/> Ai liquidi <input type="checkbox"/> Mista	
Se disfagia: consistenza del pasto	<input type="checkbox"/> Morbido <input type="checkbox"/> Frullato <input type="checkbox"/> Liquido <input type="checkbox"/> Semiliquido	
Apporto idrico	<input type="checkbox"/> n. bicchieri/die ____ <input type="checkbox"/> Altro (litri) ____	
Presenza di:	<input type="checkbox"/> Dispepsia <input type="checkbox"/> Stipsi <input type="checkbox"/> Anoressia <input type="checkbox"/> Depressione	
ESAME OBIETTIVO		
Secchezza della cute	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Pallore cutaneo	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Sarcopenia	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Edemi declivi	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Astenia	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
PARAMETRI BIOUMORALI		
Albumina (g/dl) (data)		
(valore)		
Transferrina (mg/dl) (data)		
(valore)		
Linfociti/mm ³ (data)		
(valore)		
MONITORAGGIO**		
	<input type="checkbox"/> Mensile <input type="checkbox"/> Semestrale <input type="checkbox"/> Altro	
Se utente a rischio:		
Eventuali misure Preventive		
Eventuali misure Trattamentali		

*NP: Nutrizione parenterale

**Si consiglia di aggiornare la valutazione ogni qualvolta si modificano le condizioni cliniche della persona.

ALLEGATO N. 2: MALNUTRITION UNIVERSAL SCREENING TOOL (MUST)



'Malnutrition Universal Screening Tool'

(Strumento di screening universale della malnutrizione)



Numero di registrazione della BAPEN 1023927 www.bapen.org.uk

'MUST'

Il 'MUST' è uno strumento di screening in cinque fasi per identificare **adulti** malnutriti, a rischio di malnutrizione (sottonutrizione) od obesi. Include anche linee guida gestionali che possono essere utilizzate per sviluppare un programma terapeutico.

È adatto all'uso in ospedale, comunità e altre strutture assistenziali e può essere utilizzato da tutti gli operatori sanitari.

Questa guida contiene:

- Un diagramma di flusso che illustra le 5 fasi da seguire per lo screening e la gestione
- Il grafico IMC
- Tabelle del calo di peso
- Misure alternative quando non è possibile ottenere l'IMC misurando peso e altezza.

Le 5 fasi del 'MUST'

Fase 1

Misurare altezza e peso per ottenere un punteggio di IMC usando il grafico fornito. *Se è impossibile ottenere l'altezza e il peso, usare le procedure alternative illustrate in questa guida.*

Fase 2

Annotare il calo di peso percentuale non programmato e assegnarvi un punteggio usando le tabelle fornite.

Fase 3

Stabilire l'effetto di malattie acute e assegnarvi un punteggio.

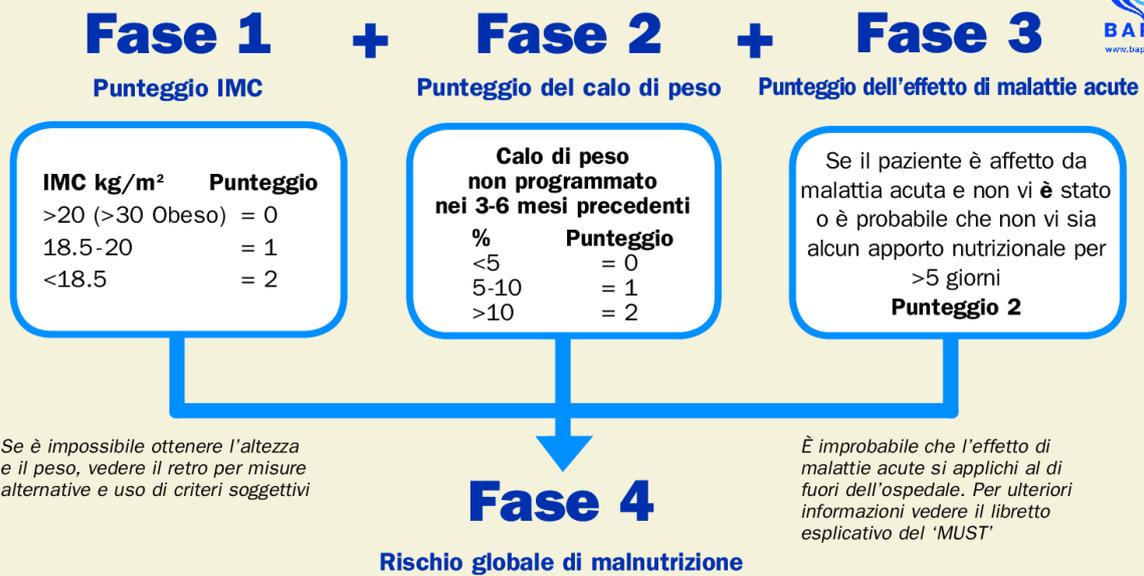
Fase 4

Addizionare i punteggi dei passaggi 1, 2 e 3 per ottenere il rischio globale di malnutrizione.

Fase 5

Usare le linee guida gestionali e/o le politiche locali per sviluppare un programma terapeutico.

Fare riferimento al libretto esplicativo del 'MUST' per maggiori informazioni qualora peso e altezza non possano essere misurati e nei casi in cui si effettui lo screening di gruppi di pazienti per i quali è necessaria una cautela particolare nell'interpretazione dei dati (ad es. soggetti con disturbi dei liquidi, ingessature, amputazioni, malattie critiche e donne in gravidanza o allattamento). Questo libretto può anche essere utilizzato per la formazione. Vedere il rapporto 'MUST' per prove a supporto. Si osservi che il 'MUST' non è stato progettato per rilevare carenze o apporti eccessivi di vitamine e minerali ed è adatto all'uso **solo negli adulti**.



Fase 4

Rischio globale di malnutrizione

Addizionare i punteggi per calcolare il rischio globale di malnutrizione
 Punteggio 0 Rischio basso Punteggio 1 Rischio medio Punteggio 2 o superiore Rischio alto

Fase 5

Linee guida gestionali



Tutte le categorie di rischio:

- Trattare le condizioni sottostanti e fornire aiuto e consigli sulle scelte alimentari, sugli alimenti e le bevande da assumere, quando necessario.
- Registrare la categoria di rischio di malnutrizione
- Registrare la necessità di diete speciali e seguire le politiche locali.

Obesità:

- Registrare la presenza di obesità. Per i soggetti con condizioni sottostanti, esse devono generalmente essere controllate prima del trattamento dell'obesità.

Rivalutare i soggetti identificati come a rischio quando si spostano da una struttura sanitaria a un'altra.

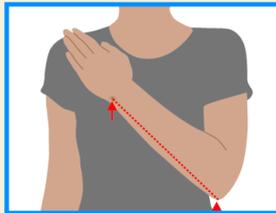
Verdere il libretto esplicativo del 'MUST' per ulteriori dettagli e il rapporto 'MUST' per prove a supporto.

Misure alternative: istruzioni e tabelle

Se non è possibile ottenere l'altezza, usare la lunghezza dell'avambraccio (ulna) per calcolarla usando le tabelle seguenti.

(Vedere il libretto esplicativo del 'MUST' per dettagli sulle altre misure alternative (altezza al ginocchio e semiampiezza delle braccia) che possono essere utilizzate per stimare l'altezza).

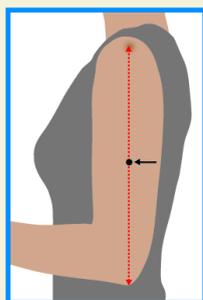
Stima dell'altezza dalla lunghezza dell'ulna



Misurare tra il punto del gomito (processo olecranico) e il punto centrale dell'osso sporgente del polso (processo stiloideo) (se possibile sul lato sinistro).

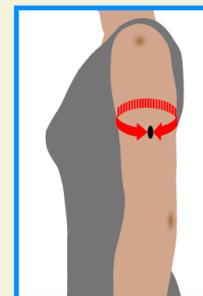
Altezza (m)	Uomini (<65 anni)	1.94	1.93	1.91	1.89	1.87	1.85	1.84	1.82	1.80	1.78	1.76	1.75	1.73	1.71
	Uomini (≥65 anni)	1.87	1.86	1.84	1.82	1.81	1.79	1.78	1.76	1.75	1.73	1.71	1.70	1.68	1.67
	Lunghezza dell'ulna (cm)	32.0	31.5	31.0	30.5	30.0	29.5	29.0	28.5	28.0	27.5	27.0	26.5	26.0	25.5
Altezza (m)	Donne (<65 anni)	1.84	1.83	1.81	1.80	1.79	1.77	1.76	1.75	1.73	1.72	1.70	1.69	1.68	1.66
	Donne (≥65 anni)	1.84	1.83	1.81	1.79	1.78	1.76	1.75	1.73	1.71	1.70	1.68	1.66	1.65	1.63
Altezza (m)	Uomini (<65 anni)	1.69	1.67	1.66	1.64	1.62	1.60	1.58	1.57	1.55	1.53	1.51	1.49	1.48	1.46
	Uomini (≥65 anni)	1.65	1.63	1.62	1.60	1.59	1.57	1.56	1.54	1.52	1.51	1.49	1.48	1.46	1.45
	Lunghezza dell'ulna (cm)	25.0	24.5	24.0	23.5	23.0	22.5	22.0	21.5	21.0	20.5	20.0	19.5	19.0	18.5
Altezza (m)	Donne (<65 anni)	1.65	1.63	1.62	1.61	1.59	1.58	1.56	1.55	1.54	1.52	1.51	1.50	1.48	1.47
	Donne (≥65 anni)	1.61	1.60	1.58	1.56	1.55	1.53	1.52	1.50	1.48	1.47	1.45	1.44	1.42	1.40

Stima della categoria di IMC in base alla circonferenza media del braccio (MUAC)



Il braccio sinistro del soggetto deve essere piegato al gomito con un angolo di 90 gradi, con il braccio parallelo al lato del corpo. Misurare la distanza tra la protrusione ossea sulla spalla (acromion) e il punto del gomito (processo olecranico). Segnare il punto centrale.

Chiedere al soggetto di lasciare il braccio pendere e misurarne la circonferenza nel punto centrale, assicurandosi che il metro a nastro sia aderente ma non stretto.



Se la MUAC è <23,5 cm, è probabile che l'IMC sia <20 kg/m².

Se la MUAC è >32,0 cm, è probabile che l'IMC sia >30 kg/m².

L'uso della MUAC fornisce un'indicazione generale dell'IMC e non è destinato a generare un punteggio vero e proprio da usare con il 'MUST'. Per ulteriori informazioni sull'uso della MUAC fare riferimento al libretto *esplicativo del 'MUST'*.

Misure alternative e considerazioni

Fase 1: IMC (Indice di massa corporea)

Se non è possibile misurare l'altezza

- Usare un'altezza documentata recentemente o autoriferita (se affidabile e realistica).
- Se il soggetto non conosce o non è in grado di riferire la propria altezza, usare una delle misure alternative per stimarla (ulna, altezza al ginocchio o semiampiezza delle braccia).

Fase 2: Calo recente di peso non programmato

Se un calo di peso recente non può essere calcolato, usare il calo di peso autoriferito (se affidabile e realistico).

Criteri soggettivi

Se non è possibile ottenere altezza, peso o IMC, i seguenti criteri a essi correlati possono facilitare un giudizio clinico sulla categoria di rischio nutrizionale del soggetto. Si osservi che questi criteri devono essere usati collettivamente e non separatamente come alternative alle fasi 1 e 2 del 'MUST' e non sono ideati per assegnare un punteggio. La circonferenza media del braccio (MUAC) può essere usata per stimare la categoria di IMC a supporto dell'impressione globale del rischio nutrizionale del soggetto.

1. IMC

- Impresione clinica – magro, peso accettabile, sovrappeso. Si possono anche notare deperimento evidente (molto magro) e obesità (molto sovrappeso).

2. Calo di peso non programmato

- Gli indumenti e/o i gioielli sono diventati molto larghi (calo di peso).
- Precedenti di diminuzione dell'assunzione di cibo, riduzione dell'appetito o problemi di deglutizione per 3-6 mesi e malattie sottostanti o disabilità psicosociali/fisiche che potrebbero causare un calo di peso.

3. Effetto di malattie acute

- Malattia acuta e nessun apporto nutrizionale o probabilità di nessun apporto per più di 5 giorni.

Maggiori dettagli sulle misure alternative, su circostanze speciali e criteri soggettivi si possono trovare nel libretto *esplicativo del 'MUST'*. È possibile scaricarlo una copia dal sito www.bapen.org.uk o acquistarla dagli uffici della BAPEN. Le prove complete a supporto del 'MUST' sono incluse nel *rapporto 'MUST'*, che può anche essere acquistato presso gli uffici della BAPEN.

BAPEN Office, Secure Hold Business Centre, Studley Road, Redditch, Worcs, B98 7LG. Tel: +44 (0)1527 45 78 50.
Fax: +44 (0)1527 458 718. bapen@sovereignconference.co.uk Numero di registrazione della BAPEN 1023927. www.bapen.org.uk

© BAPEN 2003 ISBN 978-1-899467-37-8 Tutti i diritti riservati. Questo documento può essere fotocopiato a scopi divulgativi e formativi nella misura in cui la fonte sia accreditata e riconosciuta.

Le copie possono essere riprodotte a fini pubblicitari e promozionali. È necessario richiedere un'autorizzazione scritta a BAPEN se sono necessari riproduzioni o adattamenti. Se il materiale viene utilizzato a scopi commerciali, può essere necessario pagare una tassa di autorizzazione.



© BAPEN

© BAPEN. Prima pubblicazione maggio 2004 da parte del MAG, Malnutrition Advisory Group, un comitato permanente della BAPEN. Riesaminato e ristampato con piccole variazioni nel marzo 2008 e nel settembre 2010

Il 'MUST' è supportato dalla British Dietetic Association (Associazione britannica di dietetica), dal Royal College of Nursing (Collegio reale degli infermieri) e dalla Registered Nursing Home Association (Associazione registrata delle case di cura).

'Malnutrition Universal Screening Tool' materials are available here to view and download in PDF format. Printed copies are also available to purchase from the BAPEN office.

ALLEGATO N. 3: Questionario per la valutazione dell'introito alimentare (Istituto Superiore di Sanità, Rapporti ISTISAN 09/42)

NOME PAZIENTE:

Per la valutazione del consumo, spuntare i casi corrispondenti: unicamente la parte consumata niente (N); meno della metà (<M); più della metà (>M); tutto (T)

		DATA			
CONSUMO		N	<M	>M	T
COLAZIONE	CAFFE'				
	TE'				
	LATTE				
	ALTRE BEVANDE				
	BISCOTTI O ALTRO				
	Aiuto per la somministrazione	P		T	
	Nome dell'aiutante				
PRANZO	PRIMI PIATTI				
	SECONDI PIATTI				
	CONTORNO COTTO				
	COONTORNO CRUDO				
	FRUTTA				
	BEVANDA				
	Aiuto per la somministrazione	P		T	
	Nome dell'aiutante				
MERENDA	BEVANDA				
	BISCOTTI O ALTRO				
	Aiuto per la somministrazione	P		T	
	Nome dell'aiutante				
CENA	PRIMI PIATTI				
	SECONDI PIATTI				
	CONTORNO COTTO				
	COONTORNO CRUDO				
	FRUTTA				
	BEVANDA				
	Aiuto per la somministrazione	P		T	
	Nome dell'aiutante				

Aiuto per la somministrazione in caso di non autosufficienza: organizzato e garantito dal personale infermieristico di reparto anche con la collaborazione dei familiari

P = aiuto parziale: sistemazione del paziente, apertura delle confezioni, taglio della carne ecc.

T = aiuto totale al consumo pasto

ALLEGATO N. 4: Ricette per gli utenti disfagici

Gelatina morbida di frutta: Kcal 181, Proteine g 1, Glucidi g 47, Lipidi g 0

g 200 di frutta cotta o in scatola (pesche, albicocche, ananas), da frullare e passare al setaccio; un cucchiaio di zucchero; addensante o un cucchiaio di amido di mais.

Frullare la frutta in un bicchiere-dosatore. Aggiungere acqua fino a raggiungere 200 ml e unire l'addensante fino alla consistenza desiderata o amido di mais. Frullare il tutto. Se si utilizza amido di mais è necessario porre il composto in pentola, farlo cuocere a fuoco moderato e mescolare fino a che non si sarà addensato.

Aggiungere zucchero e lasciare raffreddare. Da gustare freddo.

Biscotti in crema: Kcal 407, Proteine g 11,5, Glucidi g 59,8, Lipidi g 13,1

un bicchiere di latte parzialmente scremato (ml 125), un cucchiaio di zucchero, un tuorlo d'uovo, un cucchiaino di amido di mais, un cucchiaino di cacao in polvere, g 50 di biscotti secchi (circa 8).

Portare ad ebollizione il latte con lo zucchero. In una terrina sbattere il tuorlo d'uovo con l'amido di mais. Aggiungere il cacao in polvere e il latte caldo gradualmente per evitare la formazione di grumi. Riscaldare il composto. Tritare finemente i biscotti e aggiungerli al latte ben caldo in modo da sciogliere adeguatamente il composto. Mescolare il tutto, farlo raffreddare, metterlo in frigorifero per almeno un'ora. Da gustare freddo.

Mousse allo yogurt: Kcal 193, Proteine g 5,3, Glucidi g 17,8, Lipidi g 11,6

un vasetto di yogurt bianco, 2 cucchiari di marmellata, 2 cucchiari di panna da cucina, addensante. Amalgamare tutti gli ingredienti e frullare, evitando la formazione di grumi.

Budino ricco: Kcal 394, Proteine g 13,5, Glucidi g 63,3, Lipidi g 11,5

mezza busta di preparato per budino, ml 200 di latte intero, 3 cucchiari di biscotto granulato.

Versare la bustina di preparato nel latte e cuocere in base al tempo consigliato sulla confezione. A termine cottura aggiungere il biscotto granulato e mescolare fino ad ottenere una crema omogenea e senza grumi. Lasciare raffreddare. Da gustare freddo.

Mousse alla banana: Kcal 268, Proteine g 8, Glucidi g 51,5, Lipidi g 5

un bicchiere di succo di frutta, un uovo, una banana grande, un cucchiaio di zucchero.

Passare tutti gli ingredienti nel frullatore. Se il composto risultasse troppo liquido, ridurre la quantità di succo di frutta ed eventualmente utilizzare addensante.

Panna cotta: Kcal 232, Proteine g 2,4, Glucidi g 14,8, Lipidi g 18

g 50 di panna per dolci, 2 cucchiari di latte, un cucchiaio di zucchero, colla di pesce in fogli (un foglio), scorza di limone.

Scaldare latte, panna e zucchero insieme, aggiungere la colla di pesce preventivamente ammollata in acqua fredda e strizzata. Versare il composto in un bicchiere e lasciare raffreddare. Da gustare fredda.

Crema di verdura e cereali: Kcal 355, Proteine g 15,6, Glucidi g 47,40,6, Lipidi g 15,5

g 30 di orzo perlato, cipolla, una fetta di prosciutto crudo, legumi secchi g 30 (piselli, lenticchie, fagioli), carote, olio di oliva.

Ammollare i legumi per almeno 12 ore. Frullare la cipolla e il prosciutto, porli in una padella e farli appassire con un cucchiaio di olio di oliva. Far cuocere i legumi in brodo vegetale per un'ora e 15 minuti. Aggiungere l'orzo e far cuocere per altri 10 minuti. Aggiungere il prosciutto frullato e il sale. Frullare il tutto e filtrarlo in un colino per eliminare le bucce e ogni residuo.

Crema di riso ricca: Kcal 283, Proteine g 15,3, Glucidi g 24,6, Lipidi g 14,5

g 30 di crema di riso, brodo vegetale, g 50 di prosciutto cotto, una noce di burro, un cucchiaio di parmigiano.

Preparare la crema di riso in brodo. A cottura ultimata aggiungere il burro, il prosciutto cotto frullato finemente e il parmigiano. Mescolare fino ad ottenere un composto omogeneo e privo di grumi.

Sformato di carote e formaggio: Kcal 523, Proteine g 26,5, Glucidi g 23,6, Lipidi g 35,9

g 200 di carote g 100 di crescenza, un uovo, 2 cucchiai di panna da cucina, 2 cucchiai di latte, un cucchiaino di fecola di patate, un rametto di rosmarino, sale.

Far cuocere le carote a vapore. Frullarle tiepide con l'uovo, la panna e il sale. Versare il composto in uno stampino, coprirlo con un foglio di alluminio e farla cuocere a vapore per 15 minuti fino ad ottenere un composto rassodato. Far sciogliere a fiamma bassa la crescenza con il latte in un pentolino. Sempre mescolando aggiungere la fecola gradualmente e far cuocere fino a che il composto non si sarà addensato. Sformare il flan su un piatto e coprirlo con la crema di crescenza. Servire caldo.

Timballo di pesce: Kcal 260, Proteine g 17,9, Glucidi g 5,3, Lipidi g 18,8

g 100 di filetto di pesce senza lisce, un uovo, mezzo bicchiere di brodo di verdura, mezzo bicchiere di latte intero, un pizzico di sale, un cucchiaio di olio di oliva.

Riscaldare il forno a 180 °C. Frullare il pesce, l'uovo, il sale, il brodo e il latte fino ad ottenere un composto omogeneo. Versare in un piatto e far cuocere in forno per 15 minuti, evitando la formazione della crosta superficiale.

Mousse di vitello fredda: Kcal 251, Proteine g 28,9, Glucidi g 2,7, Lipidi g 13,2

g 100 di fesa di vitello, un uovo sodo, 2 cucchiai di panna da cucina, 2 cucchiai di latte, un pizzico di sale.

Cuocere la carne in un tegame, eventualmente con un po' di brodo o acqua. Schiacciare le uova sode con una forchetta. Tagliare la carne a pezzetti e frullare il tutto aggiungendo la panna, il latte e il sale. Lasciare raffreddare in frigorifero. Da gustare fredda.

Paté di tonno: Kcal 279, Proteine g 23,6, Glucidi g 17,2, Lipidi g 12,7

una scatoletta piccola di tonno sott'olio, una patata piccola, 2 cucchiaini di latte, 2-3 olive nere.

Far bollire la patata in acqua salata, frullarla con il tonno sminuzzato, il latte e le olive.

Spuma di prosciutto: Kcal 214, Proteine g 11,6, Glucidi g 28,3, Lipidi g 17,1

g 50 di prosciutto cotto, un cucchiaino di burro, latte q.b.

Frullare il prosciutto con il latte, aggiungere il burro ammorbidito e mescolare bene.

Purè al formaggio: Kcal 364, Proteine g 18,3, Glucidi g 28,3, Lipidi g 17,1

g 50 di gorgonzola, purè.

Mescolare tutti gli ingredienti fino ad ottenere una crema omogenea priva di pezzi.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- American Society for Parenteral and Enteral nutrition Board of Directors: Definition of terms used in A.S.P.E.N. guidelines and standards. JPEN 1995; 19: 1-2.
- Keller HH. *Malnutrition in institutionalized elderly; how and Why?* J Am Geriatr Soc 1993; 41: 1212-8.
- Guigoz Y et al. *Assessing the nutritional status of the elderly: The Mini Nutritional Assessment as part of the geriatric evaluation.* Nutr Rev 1996; ; 54:559-65
- Constans T. *Malnutrition in elderly.* Rev Prat 2003;53:275-9.
- Mc Whirter JP, Pennington CR. *Incidence and recognition of malnutrition in hospital.* BMJ 1994; 308:945-8.
- Elia M., Stratton R., Russel C., Green C., Pan F. *The cost of disease-related malnutrition in the UK and economic considerations for the use of oral nutritional supplements (ONS) in adults.* BAPEN, 2005.
- Kondrup J., Allison SP., Elia M., Vellas B., Plauth M. *ESPEN Guidelines for Nutrition Screening 2002.* Clin Nutr 200; 22:415-421.
- MAG, Malnutrition Action Group A Standing Committee Of BAPEN. *Libretto Informativo del "MUST". Guida al "Malnutrition Universal Screening Tool" ("MUST": Strumento di screening universal della malnutrizione") per adulti.* BAPEN, novembre 2003.
- SINU, Società Italiana di Nutrizione Umana. *Livelli di Assunzione di Riferimento di Nutrienti ed Energia per la popolazione italiana, IV Revisione.* Milano: SICS, 2014.
- Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione. *Linee guida per una sana alimentazione italiana, Revisione 2003.* Roma: INRAN, 2003.
- Binetti P., Marcelli M., Baisi R. *Manuale di nutrizione clinica e scienze dietetiche applicate.* Società Editrice Universo, 2006.
- SINPE, Società Italiana di Nutrizione Parenterale ed Enterale. *Manuale Nutrizione Artificiale 2007, II edizione.*
- Campagna S. *Gastrostomia Endoscopica Percutanea.* Dossier InFad – anno 2, n. 20, marzo 2007. Zedig Editore.
- Sidoli O. *Differenti aspetti della gestione infermieristica nella Nutrizione Enterale (NE) e nella Nutrizione Parenterale (NP).* Nutritional Therapy & Metabolism – SINPE News/Aprile-Giugno 2007.
- Pacchetto Igiene