

**LINEE DI PROCEDURA  
PER UN CORRETTO APPROCCIO ALIMENTARE  
NELL'ANZIANO ISTITUZIONALIZZATO  
AD USO DEL PERSONALE ASSISTENZIALE**



*A cura del "Gruppo anziani istituzionalizzati"*

*(versione in fase di aggiornamento - settembre 2005)*

## PSP 5 DORS - LABORATORI DI ALIMENTAZIONE\*

IL GRUPPO DI LAVORO " Anziani istituzionalizzati" è composto da:

Negri Cristina	ASL 3
Rosatti Paolo	ASL 3
Sussetto Maria Luisa	ASL 3
Catale Teresa	ASL 3
Martinoglio Paolo	ASL 3
Forestiero Ilenia	ASL 10
Grossi Patrizia	ASL 13
Milan Flavia	ASL 13
Uslenghi Donata	ASL 13
Devalle Pietro	ASL 16
Bonanno Mario	ASL 17
Maria Elena Sacchi	ASL 17
Bennati Lorenza	ASL 22
Graziella Xompero	ASO S.Giovanni Battista
Longo Rita	DoRS
Sonia Scarponi	DoRS
Criscuolo Maria Teresa	SERIST spa
Ferlanti Cristina	COMUNE DI TORINO
Maniero Maria Teresa	OSPEDALE MOLINETTE TO

\*L'iniziativa denominata **Laboratorio Alimentazione**, nata nel 2000, e gestita dal DoRS (Centro Regionale di documentazione per la promozione della salute), ha ricevuto il riconoscimento dalla Regione Piemonte quale gruppo di lavoro regionale all'interno del programma Promozione Salute Piemonte (**PSP**), un piano pluriennale di intervento regionale avviato nel 1999, la cui finalità è diminuire i fattori di rischio ed aumentare i fattori protettivi, rispetto alla prevenzione primaria e secondaria delle patologie cardiovascolari ed oncologiche nella popolazione, contrastando i fenomeni di disegualianza correlati.

## INDICE

Introduzione.....	pag. 4
Stili di vita .....	pag. 5
Una breve riflessione	
Comportamenti per vivere in buona salute	
Qualità della vita per l'anziano autosufficiente istituzionalizzato	
Cenni di patologie correlate all'alimentazione.....	pag. 13
Prevenzione	
Terapia	
Cenni sui fabbisogni nutrizionali dell'anziano.....	pag. 17
Indicazioni sull'elaborazione dei menù .....	pag. 20
Modalità di somministrazione dei pasti.....	pag. 24
Cenni di nutrizione artificiale.....	pag. 26
Strumenti per la valutazione dello stato nutrizionale.....	pag. 29
Scheda di screening rischio malnutrizione per difetto	
Scheda di screening rischio malnutrizione per eccesso	
Diario alimentare	
Bibliografia.....	pag. 34

## INTRODUZIONE

**Il lavoro nasce in seguito a colloqui e incontri che il gruppo ha realizzato con gli operatori di alcune strutture per anziani del Piemonte con la tecnica del *focus group*. Da ciò si sono evidenziati aspetti positivi e negativi nel loro lavoro.**

Sono visti come **aspetti negativi**:

- **La scarsità di operatori rispetto alle necessità (poche persone e troppe cose da fare)**
- **Poco tempo da dedicare a ogni anziano**
- **Scarsa comunicazione fra personale al cambio turno e con gli operatori delle cucine**
- **Interferenze esterne di badanti e parenti**
- **Scarsa attività fisica e mobilità degli ospiti anziani**
- **Orari dei pasti ravvicinati**

Sono invece considerate **opportunità positive**:

- **conoscere cose nuove e qualificanti rispetto al proprio lavoro**
- **avere più tempo da dedicare alla formazione**
- **l'attenzione degli operatori nei confronti dell'importanza dell'alimentazione nell'anziano.**

È proprio partendo da queste valutazioni che si è cercato di realizzare **una guida semplice, comprensibile e pratica per gli operatori delle strutture per anziani, riguardo ai problemi dell'alimentazione.**

**Le domande** alle quali si cercherà di rispondere, (anche solo fornendo una impostazione generale o suggerimenti operativi “di primo intervento”) sono:

- **Come posso valutare in maniera abbastanza precisa se un anziano ha problemi di nutrizione?**
- **Che cosa significa “malnutrizione” e quali problemi comporta per l'anziano?**
- **Quali sono le patologie (“malattie”) più frequentemente collegate all'alimentazione?**
- **Qual'è il medico o lo specialista al quale rivolgersi se si riscontrano determinati problemi alimentari?**
- **Quali vantaggi comportano, per l'organizzazione di lavoro di una casa di riposo, ambienti confortevoli per l'anziano ?**
- **Che benefici ottiene l'anziano da una attività fisica costante e da una dieta equilibrata?**

Ci auguriamo che alla fine di questo opuscolo **molti dubbi siano chiariti**. Le conoscenze aiutano ad acquisire **professionalità e sicurezza**. **Un operatore preparato è, inoltre, più soddisfatto**: sappiamo tutti che la soddisfazione è uno dei primi scalini del lungo percorso che porta alla felicità....almeno professionale.

**Ricordiamo inoltre che se tutti i nostri sforzi servissero a migliorare lo stato fisico o psichico anche di un solo anziano, a ritardarne il declino, a rallentare la sua rassegnazione, questo sarebbe già un risultato che vale la pena di aver conseguito.**

## STILI DI VITA...una breve riflessione

**Il nostro corpo, se riuscissimo a curare e a prevenire in tempo tutte le malattie ed affezioni a cui è esposto, potrebbe assicurarci una vita felice e in relativa buona salute fino a 100-120 anni. Non possiamo comunque vivere in eterno.** Purtroppo o per fortuna, c'è un limite. Invecchiare vuol dire usurarsi. Un'automobile, anche se molto ben tenuta, ad un tratto "si rompe" in alcune sue parti meccaniche: il nostro corpo ugualmente ad un certo punto "cede" in qualche organo, sia esso il cuore, i vasi sanguigni od altro. **Invecchiamo perché viviamo.** Per vivere l'uomo ha bisogno di **ossigeno**, contenuto nell'aria. **L'ossigeno è indispensabile alla vita**, ma purtroppo ha un "effetto collaterale" non eliminabile: a lungo andare l'esposizione ad esso produce un invecchiamento delle nostre cellule. Un pezzo di ferro esposto all'aria dopo un certo periodo "**arrugginisce**". Le nostre cellule subiscono grosso modo un fenomeno simile: di usura, fino ad "inceppare i meccanismi". **Per fortuna possiamo ritardare questo effetto. Per esempio tenendoci sempre in forma**, muovendo le nostre articolazioni ed i nostri muscoli con un esercizio fisico costante e quotidiano. Anche l'**alimentazione** può aiutarci: ci sono sostanze contenute in alcuni cibi, soprattutto **frutta e verdura**, che limitano o riducono l'invecchiamento cellulare.

**INQUADRAMENTO GENERALE - stato di fatto - :** Gli anziani non sono tutti uguali. Ci sono quelli che invecchiano meglio e quelli che invecchiano peggio. Ciò è dovuto a come si sono comportati "prima": cioè se in gioventù hanno condotto una vita regolare e una alimentazione equilibrata. Non solo però: dipende anche dalla loro "struttura genetica", da quello che nel parlare comune si definisce "costituzione". Studiosi che si sono occupati di stili di vita negli anziani distinguono- almeno a livello nutrizionale- tre livelli: **-1 anziani in buona salute** che continuano a nutrirsi pressappoco come si nutrivano in gioventù **-2 anziani con malattie acute o croniche** (es. Alzheimer, che devono essere nutriti di più e diversamente da prima della malattia)**-3-anziani deboli**, che hanno poco appetito e si nutrono male. Un anziano può mantenersi "sveglio" e "scattante" a livello fisico e mentale, senza perdere molto rispetto a un giovane. Alcuni studiosi hanno calcolato che un uomo di 75 anni, in buona salute, ha una perdita di lucidità e scioltezza fisica e intellettuale solo del 20% rispetto all'età giovanile. In parole semplici questo vuol dire che se a vent'anni potevo fare "100 cose" o avere "100 pensieri", a 75 anni posso farne o pensarne 80: non è una grande perdita. **Allora perché vediamo sempre più anziani depressi, bloccati, stanchi, quasi ridotti a "vegetali"?** Perché il nostro "stile di vita" (cioè il nostro modo di vivere) non è corretto: **dobbiamo curare di più l'attività fisica e l'alimentazione, imparare a vivere con meno stress, con più equilibrio.**

**INQUADRAMENTO LOCALE:** in Piemonte, la situazione è **nella media** rispetto ad altre parti d'Italia. In generale **gli anziani del nord sono più in buona salute e più longevi rispetto a quelli del sud.** Sono però anche **più soli e meno accuditi dai famigliari.** Le malattie degenerative (**artrosi, osteoporosi**) e le malattie psichiche causate dall'isolamento (**depressione**) sono abbastanza diffuse negli anziani Piemontesi, e sono più elevate in coloro che vivono nelle cinture periferiche metropolitane o in piccoli paesi montani e collinari rispetto alle grandi città. Le donne ne sono più affette che gli uomini. Le donne percepiscono con più lucidità e patimento le limitazioni funzionali dovute all'età. (*dati dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale –Direzione sanità pubblica della Regione Piemonte: "Studio argento: indagine sulla salute nella terza età in Piemonte": agosto 2003*).

Molti anziani non hanno hobby o interessi al di fuori del lavoro. Hanno vissuto solo per il "dovere". Quando per vari motivi debbono abbandonare l'attività lavorativa, restano inermi, vuoti e annoiati di fronte al tempo libero che gli si profila minaccioso davanti. Gli uomini anziani in struttura non socializzano e solidarizzano, al contrario delle donne.

# COME DEVE COMPORTARSI L'ANZIANO PER VIVERE IN BUONA SALUTE?

L'anziano dovrebbe imparare a vivere e nutrirsi bene già **MOLTO PRIMA** dell'ingresso in Comunità. Il suo modo di vivere dovrebbe appoggiare su alcuni punti fondamentali:

- ☞ **1. Attività fisica** (importante su diversi livelli; l'effetto benefico si distribuisce anche sui punti successivi).
- ☞ **2. Socializzazione e gestione del tempo libero** (equilibrio psico-fisico).
- ☞ **3. Alimentazione equilibrata e corretta** (bere molta acqua, mangiare **tutti i giorni frutta e verdura**; bere latte o yogurt; mangiare **meno grassi**; stare attenti a **non ingrassare**; **pesarsi una due volte al mese**; mangiare il giusto **evitando i cibi troppo grassi e i troppi dolci**. Chi pesa troppo tende a mangiare sempre di più, *indipendentemente* dall'età).
- ☞ **4. Fare attenzione ai primi segni di eventuali malattie.**

Dopo una certa età è meglio essere prudenti e rivolgersi al medico anche solo per "quel dolorino vago che forse non è niente", o per un minimo malore: lasciamo tranquillamente che sia il medico a giudicare senza temere di essere presi per esagerati o "malati immaginari". In età avanzata molti piccoli acciacchi o piccoli malori (disturbi digestivi, ernia, varici, cataratta, lievi diminuzioni dell'udito, dolori intercostali o delle ossa) che da soli possono essere sopportati, tutti insieme possono portare l'anziano a sentirsi menomato, impedito, provocando in lui un senso di fatalismo tale da ridurre l'autonomia, l'autostima e la sicurezza.

## ☞ 1. ATTIVITÀ FISICA

**PREMESSA:** Come si è detto, sarebbe bene che l'attività fisica iniziasse precocemente e si protraesse per tutta la vita. Sappiamo tutti purtroppo che non è così. La mancanza di esercizio fisico nelle persone anziane può acuire i deficit e gli svantaggi dipendenti dall'età conducendo a varie patologie, più o meno gravi (vene varicose, trombi, osteoporosi, artropatie).

**DIETA E ATTIVITÀ FISICA:** È evidente che un aumento ponderale eccessivo porta ad una limitazione del movimento conseguenza di un ulteriore incremento di peso. Limitarsi nella dieta e mangiare correttamente è importante anche per evitare un circolo vizioso che impedisce l'attività fisica.

**TIPI DI SPORT E PERCHÈ:** Gli anziani dovrebbero mantenere un certo livello di attività fisica con esercizi leggeri (passeggiate, bicicletta, marcia) in riduzione o assenza di carico (nuoto; anche se la riduzione gravitazionale dovuta al galleggiamento pare che stimoli meno il ri-modellamento osseo, la mobilitazione e il ricambio del calcio). Dovrebbero essere alternati e variati i tipi di attività fisica; evitati invece gli esercizi irregolari e faticosi.

**Sono consigliati:**

- passeggiata di qualche chilometro, marcia, podismo fino alla corsa, bicicletta, sci da fondo (sport che permettono di stare all'aria aperta, di incontrare gente e di stimolare l'attenzione e la curiosità).
- nuoto, danza, ping pong, ginnastica in palestra a corpo libero o con macchine a bassi carichi (sport che permettono di valutare i limiti del proprio corpo e di riacquistare fiducia modulando lo sforzo ed agendo sulla coordinazione dei movimenti).

**COME FARE:** Praticare un'attività fisica leggera **almeno tre volte la settimana, per almeno mezz'ora per volta**. Perché produca un effetto positivo l'attività fisica deve raggiungere la "soglia

di efficacia”corrispondente ad una frequenza cardiaca pari al 60- 80% della frequenza cardiaca massima. Più praticamente, l’attività fisica funziona quando, pur avendo un “po’ di fiatone”, riesco

comunque a parlare con il compagno o con l’istruttore. Si deve interrompere l’esercizio fisico appena compare un dolore improvviso a torace, collo, mandibola o dispnea, palpitazione, capogiri.

Più del 50% degli anziani che inizia un programma di attività fisica lo interrompe entro 6 mesi (Kligman E.W., Papin E.: “prescrivere l’esercizio fisico nell’anziano”-Medicina Preventiva 1993; 10:31). Per cercare di evitare tali “abbandoni” si suggerisce di programmare interventi graduali di 18 mesi (ci vuole quindi un **progetto effettuato con l’aiuto di istruttori ISEF e medici**; non può essere una iniziativa estemporanea), con “incrementi a gradino”, alternando esercizi e periodi di riposo, variando i tipi di attività, iniziando e terminando le sessioni con periodi di riscaldamento/compensazione, rallentando il ritmo.

Le persone che sono rimaste inattive per periodi molto lunghi, specialmente a seguito di una malattia, dovrebbero fare una visita medica prima di iniziare ad esercitarsi o riprendere un lavoro fisico molto faticoso. I livelli di attività fisica dovrebbero essere graduali, facendo attenzione a non fare sforzi intensi in breve tempo.

### **EFFETTI SALUTARI DELL’ATTIVITÀ FISICA**

- ☞ **stimola e tonifica le funzioni cardiovascolari e respiratorie**
- ☞ **aumenta l’apporto di sangue al muscolo cardiaco**
- ☞ **contribuisce al mantenimento della forza muscolare e dell’elasticità articolare**
- ☞ **migliora il coordinamento dei movimenti e la rapidità dei riflessi**
- ☞ **influenza favorevolmente l’umore**
- ☞ **aiuta a regolare l’appetito**
- ☞ **favorisce il sonno**
- ☞ **previene l’osteoporosi**
- ☞ **consuma energia che aiuta il controllo di peso.**

- ☞ **2. SOCIALIZZAZIONE E GESTIONE DEL TEMPO LIBERO** (equilibrio psico-fisico).

Occorre stimolare l’anziano **impedendone l’isolamento, dandogli motivazioni, fornendogli degli hobby o degli incarichi che lo facciano sentire utile.**

**Questo si può ottenere mediante:**

- ☞ l’adozione di uno stile di vita che lo **stimoli intellettualmente** (stimolare la **memoria e l’attenzione, l’orientamento spazio/temporale**: per esempio, far **segnare i compleanni** agli anziani sul calendario, spingere **all’acquisto e alla lettura di giornali**, tenere una **biblioteca** dove si possono avere libri in prestito), con **interessi culturali, affettivi, scientifici** (anche solo la risoluzione di un **cruciverba** è considerabile una attività culturale)
- ☞ l’incentivazione a partecipare a **iniziative sociali** (gite, incontri, uscite per ballare, proiezione di spettacoli cinematografici, teatro, feste di compleanno)
- ☞ l’incremento di **attività e lavori che lo facciano sentire utile** (lavoretti di manutenzione, uscita per spese, un giro al mercato)
- ☞ l’insegnamento ad **affermare la propria presenza** “comunicandola” agli altri (poter dire: “sto bene, sto male; voglio questo, voglio quello; sono triste, felice, stanco; mi piace una cosa, ma non l’altra; la penso in questo modo; vorrei che mi fosse detta una cosa in un certo modo”... l’anziano in comunità non perde i propri diritti: non deve avere paura di parlare, di protestare, di passare anche un po’ per “rompiscatole”. Tutto ciò è segno di vitalità, di interesse)

- ☞ la discussione dei propri problemi o interessi con gli altri, la condivisione dei propri stati d'animo con gli altri con la supervisione di uno specialista che sappia guidare, stimolare, frenare gli eccessi (**terapie e incontri psicologici di gruppo** una volta la settimana)
- ☞ l'incentivazione a **vivere e operare all'aria aperta in ambienti luminosi e soleggiati** (manutenzione di orti o giardini, uscite per raccogliere fiori o erbe, uscite finalizzate e non soltanto passeggiate "a vuoto")
- ☞ l'incentivazione ed il **rinforzo verso la pulizia e il decoro** (bagni e docce frequenti, cambio e scelta dei vestiti secondo i gusti personali, aiuto fornito in queste attività dal personale o dai parenti, senza farlo pesare)
- ☞ la spinta verso la **diversificazione della routine**, (attività variate un poco ogni giorno senza naturalmente provocare stress o ansia)

### ☞ **3. ALIMENTAZIONE EQUILIBRATA E CORRETTA**

#### **RIPARTIZIONE E COMPOSIZIONE DEI PASTI**

**Ogni pasto dell'anziano deve ovviamente contenere i vari principi nutritivi** - carboidrati (per esempio pasta, riso, pane) , lipidi (= "grassi", per esempio: olio, burro), protidi (per esempio pesce, carne, fagioli, piselli, ceci) - **ed essere misto e variato.**

**Sarebbe utile dividere l'apporto di cibo in 4-5 pasti equilibrati e non molto abbondanti** (3 principali-colazione, pranzo e cena- e 2 spuntini – a metà mattina e metà pomeriggio).

Scopo di tale ripartizione è:

1. introduzione di cibo lenta e in piccole dosi, per assimilarlo meglio. La "caldaia" uomo "brucia" energia continuamente: al posto del carbone o del gasolio noi utilizziamo come combustibile il cibo. Ma come per la caldaia, vi sono combustibili che bruciano meglio o peggio. Il legno stagionato brucia meglio del legno verde che lascia più cenere, intasa i tubi e scalda poco. Inoltre, per avere un calore costante, con minimo spreco, conviene mettere una quantità limitata di legna che bruci però in continuo, piuttosto che molta in un colpo solo, col rischio di mandare "in blocco" l'impianto. Nello stesso modo, ci sono cibi che "bruciano" meglio senza fare troppe scorie (come la pasta, il riso) e cibi che ne fanno troppe (come i grassi saturi: i salumi, la maionese, i formaggi, le "merendine", le creme, i dolci). L'introduzione di piccole quantità di cibo sano, che contenga sempre un po' di carboidrati (pane, pasta, biscotti integrali), un po' di proteine (carne magra, pesce, legumi), un po' di lipidi polinsaturi (un po' di olio di oliva, pesce, noci, nocciole, un bicchiere di latte intero) e frutta e verdura, permettono di assimilare meglio e di "accumulare meno scorie". "Accumulare scorie" vuol dire invecchiare prima, danneggiare la "macchina uomo". Queste cose le consideriamo logiche, convenienti per un bruciatore o una stufa. Quando però si tratta di applicare gli stessi principi al nostro corpo, ecco che ci perdiamo. Eppure una caldaia è costosa ma si può sostituire; il corpo umano, no.
2. mangiare poco ma equilibrato, in 4-5 piccoli pasti, fa sentire sazi prima mangiando di meno. Ovviamente chi mangia di meno non corre il rischio di ingrassare, che è ciò che si vuole ottenere.
3. Questo modo di alimentarsi facilita la digestione.

**L'alimentazione corretta per ogni anziano, andrebbe fatta "su misura", un po' come un abito.**

Chiedetelo ad un sarto! Non tutti sono fatti alla stessa maniera; ci sono quelli con le spalle strette, quelli robusti di collo, coloro che hanno le gambe lunghe e quelli che ce le hanno corte.... C'è poi il modesto, che preferisce abiti sobri, e il vanitoso che li vuole sgargianti...Un abito uguale per tutti non va bene a nessuno. Ugualmente per il cibo. Anche mangiando le stesse cose, nella stessa maniera, c'è chi le assimila meglio e chi peggio, alcuni digeriscono certi cibi altri no...Ci sono poi le simpatie e le antipatie verso certi piatti o condimenti...Anche in una ristorazione collettiva come quella delle comunità bisogna per quanto possibile rispettare i gusti personali e la fisiologia individuale ( la cosiddetta "costituzione fisica"). Ecco perché una dietologa che fornisce consulenza

è fondamentale. Quando ciò non è possibile, occorre comunque variare ed assecondare le scelte secondo il sistema a “blocchi di alimenti”, raggruppando cioè alimenti a composizione assai simile e dunque equivalenti.

- **La dieta** deve essere concepita non come prevenzione ma **come contenimento** (evitare peggioramenti, aumenti di peso o riduzioni drastiche e gravi, mantenere un equilibrio psico-fisico creatosi negli anni su abitudini ed adattamenti personali).

### MONITORAGGIO ALIMENTARE E PONDERALE

- ☞ occorre sempre **pesare** l’anziano una volta al mese, per registrare le variazioni di peso in eccesso o in difetto (per esempio: ad ingresso in struttura; mentre in realtà lo si fa raramente)
- ☞ all’anziano va eseguita, quando è ammesso in struttura, una **anamnesi alimentare** per rilevare le sue preferenze e le sue antipatie alimentari
- ☞ ciò che giornalmente mangia, la qualità e le quantità (a porzioni), va registrato su un **diario o quaderno alimentare**
- ☞ anche quanto beve al giorno (l’apporto idrico giornaliero) va registrato
- ☞ ogni struttura per anziani deve avere una **consulenza dietologica** fissa

### ORARI, QUALITÀ DEI PASTI, AMBIENTI

- ☞ pasti ad orari fisiologici (pare che gli orari più corrispondenti a ciò siano verso le 12 e verso le 18,30-19). **Comunque tra i pasti principali (colazione, pranzo , cena) dovrebbero trascorrere almeno 4- 5 ore.**
- ☞ Ambienti luminosi e gradevoli
- ☞ Pulizia e cortesia
- ☞ L’accuratezza nella preparazione dei cibi, la cura nella presentazione, l’attenzione verso la qualità e la fragranza delle pietanze dovrebbe essere costante
- ☞ Dare il tempo necessario all’anziano per gustare tranquillamente il pasto. Il pasto dovrebbe durare **almeno** mezz’ora.

**Poiché il momento dei pasti è un momento “topico”, fondamentale per l’anziano, l’ambiente dovrebbe essere luminoso, familiare, gradevole, pulito, pieno di calore umano ed accogliente. Dovrebbe essere evitata la presenza del televisore acceso in sala da pranzo perché distoglie l’attenzione dai sapori e profumi dei cibi, isola e impedisce la conversazione, e infine distrae.**

### ☞ 4. DIAGNOSI PRECOCE DI EVENTUALI PATOLOGIE DEGENERATIVE E ACUTE

**Una delle malattie psichiche che più affliggono l’anziano è la depressione.** La sua insorgenza genera un circolo vizioso: essa limita l’attività fisica e porta all’isolamento ed alla mancanza di interessi, che a loro volta alimentano la depressione.

**È molto importante** quindi da un **lato diagnosticare precocemente questa affezione**, procedendo ad una valutazione del grado d’ansia, dell’insorgenza di insonnia, di eventuali cali mnemonici, di sintomi somatici generici, di variazioni nel comportamento e nell’assunzione di alimenti, nella facilità al pianto, nel pessimismo e nelle variazioni di umore, nella tendenza ad isolarsi e a percepirsi negativamente.

**L’assistenza psicologica all’anziano, specialmente nel momento dell’ ingresso in struttura, quando vi è la comprensione del radicale mutamento della sua vita, dovrebbe essere obbligatoria.**

L'anziano, sia a domicilio che in struttura, dovrebbe essere periodicamente visitato e monitorato, anche se apparentemente privo di patologie. Eventuali perdite di motilità ed autonomie dovrebbero essere segnalate alle prime avvisaglie.

## **QUALITÀ DELLA VITA PER L'ANZIANO AUTOSUFFICIENTE ISTITUZIONALIZZATO**

Uno dei fattori che migliorano la qualità della vita dell'anziano istituzionalizzato è la disposizione degli ambienti in cui vive, la scansione dei tempi secondo ritmi fisiologici e non invasivi, la presenza di operatori qualificati e motivati.

### **Ambienti: requisiti**

La struttura può essere progettata in vari modi, a seconda del luogo e della cultura della popolazione. Possibilmente dovrebbe essere simile a una **casa – alloggio**, con ambienti collettivi e altri privati destinati a proteggere l'individualità e l'indipendenza dell'anziano. Unica **sala da pranzo** o più salette. **Cucina centrale unica per i pasti principali** e diverse cucinette o angoli cottura nei diversi alloggi per chi desidera far colazione in tranquillità per conto proprio. **Ambienti luminosi**, personalizzati, allegri. Le **barriere architettoniche** devono essere eliminate. Occorre dividere logisticamente la struttura in settori (salette, salone centrale, alloggi...) ogni settore deve essere vigilato e controllato da personale, con discrezione e senza invasività. Le pulizie degli alloggi e delle camere, il cambio biancheria, devono avvenire in funzione delle abitudini dell'anziano con un poco di elasticità. **Alloggi o sale e stanzette singole**: deve essere permessa la personalizzazione dell'ambiente (quadri, fotografie, libri, soprammobili, mobili). Elettrodomestici personali in camera: TV, radio, giradischi, lettori CD per musica, e tutto ciò che può tener desta l'attenzione, l'interesse per il mondo, la memoria. Permettere (nel rispetto dell'igiene e senza recare disturbo ai vicini) la tenuta in camera di piccoli animali (pesciolini, criceti, canarini) per aggiungere all'anziano solo ulteriori motivi affettivi di sopravvivenza. Favorire le amicizie (spostare i conoscenti in stanze o alloggi attigui). **Piccoli salottini** che servono 3-4 camere per favorire le riunioni in piccoli gruppi.

**Palestra per attività fisica** con attrezzi idonei ed adeguati all'età di chi vi accede.

**Ambulatorio per visite mediche** (nel quale ogni medico di base dovrebbe dedicare alcune ore settimanali ai propri mutuatati alloggiati in struttura, per ricettazione, visite, -come appuntamento fisso, **indipendentemente da urgenze o patologie che richiedano un intervento**).

**Mensa e cucina organizzati** rigorosamente secondo le norme igienico sanitarie vigenti e norme **HACCP (l'haccp è un sistema di autocontrollo nelle cucine e mense, previsto dalla legge, per evitare o ridurre i rischi di inquinamento batterico, chimico o fisico degli alimenti)**.

### **Tempi**

**Orari dei pasti e delle attività il più possibile "fisiologici"** imitazione dei tempi casalinghi abbinati a tolleranze ed elasticità tipiche delle strutture alberghiere (specialmente sulla colazione: "dalle ore....fino alle ore....", per permettere risvegli differenziati, **non** da caserma...).

### **Operatori**

**Operatori specializzati (oltre gli ADEST) che sarebbe opportuno avere, a disposizione FISSA (SETTIMANALE O GIORNALIERA) nella struttura:**

- **Geriatra o internista.** Impostazione e discussione di terapie, visite di casi particolari, gestione e indicazioni sui decubiti, impostazioni di diete per malnutrizione (con dietista), gestione alimentazione parenterale.

- **Dietologo e dietista.** Impostazione di diete personalizzate con grammature per varie patologie (obesità, malnutrizione, diabete, nefropatie). “Filo diretto” con **nutrizionista del SIAN** per monitoraggio mensa e per eventuali problemi sui menù collettivi adottati (scarso gradimento dei pasti, alcune pietanze che proprio non vengono mangiate, valutazione dei “resi”). “Filo diretto” con geriatra o internista per alimentazione parenterale o altro.
- **Psicologo.** Per discussione di casi col personale, incontri fissi per colloqui individuali o con piccoli gruppi omogenei di anziani, in modo da stimolare e favorire il confronto e la comunicazione, smussare l’auto ed etero aggressività. (Gestione del disagio e dell’aggressività non patologica).
- **Psichiatra.** Terapie psichiatriche, gestione delle depressioni, delle demenze, e di ogni altro stato psicopatologico.
- **Fisiatra e Fisioterapista.** Gestione delle disabilità motorie. Prevenzione delle patologie motorie. Ginnastica riabilitativa sul singolo o sul gruppo
- **Istruttore ISEF.** Corsi di ginnastica (più ore nella settimana). Consulenza individuale e presenza periodica in palestra. Programmi di promozione di attività fisica nella struttura.
- **Animatore.** Per iniziative quali per es.: lettura ad alta voce dei giornali con stimolo alla discussione; proiezione di film in struttura; spettacoli teatrali; gite; ballo; passeggiate; “gemellaggi” con altre strutture (soggiorni marini o montani).

### **Caratterizzazione e personalizzazione della struttura**

- Strutture con un numero di personale adeguato al numero di ospiti.
- Posate e bicchieri in una “busta” personale. Scegliere le tovaglie secondo i gusti degli anziani (discussioni, proposte collettive: non prendere mai decisioni sulla testa dell’anziano, se possibile).
- Giardini (con possibilità di coltivare e piantare fiori), ampi spazi verdi dove gli anziani possano passeggiare, orto con riquadri o spazi personali dove l’anziano pianta ciò che vuole senza litigare).
- Piccoli laboratori artigianali (sfruttare le conoscenze e l’esperienza lavorativa degli ospiti), piccoli commerci (lavori a maglia, piccolo artigianato, fiori, prodotti dell’orto).
- Uscite serali in gruppo per occasioni culturali, per mostre, o solo per mangiarsi una pizza o andare a ballare.
- Bar interno – aperto agli “esterni” e gestito dagli anziani. (Tornei di carte, bocce).
- Fare piccole attività di trasformazione agro alimentare se la struttura è sita in luogo idoneo e possiede attrezzature (farsi il pane = forno a legna; farsi il vino = piccola cantina).
- Attività fisica (corsi di ginnastica –almeno 2/3 vv. settimana) aperti agli anziani esterni o a tutti.
- Corsi di ballo aperti agli esterni.
- Animazione giornaliera (spazi e orari per animazione che devono diventare appuntamenti fissi).
- Favorire la discussione e gli incontri anche con gli esterni: esponenti politici locali, figure culturali, amministratori comunali (sindaco, assessori), che vengano in struttura a presentare o a discutere problemi concreti, in modo che l’anziano si senta ancora di far parte della comunità.

### OSSERVAZIONI FINALI

**La struttura non dovrebbe imporsi all’anziano ma plasticamente e comodamente modellarsi su di esso** in modo da ridurre al minimo il trauma dell’ingresso. La struttura non è un qualcosa che rende tutti uguali coloro che in essa vengono accolti, ma una coperta estensibile che si adatta a un corpo. L’anziano non è un bambino (se pure in alcuni casi può comportarsi da tale), ma un adulto che va responsabilizzato. Responsabilizzazione significa che esso deve avere libertà e indipendenza: ciò comporta dei rischi che la struttura deve valutare e lucidamente assumere. Occorre favorire

l'indipendenza nel rispetto del gruppo. Creare un senso di "casa accogliente" nell'anziano. Far crescere la confidenza e la fiducia.

## CENNI DI PATOLOGIE CORRELATE ALL'ALIMENTAZIONE

L'alimentazione è in grado di influire profondamente lo stato di salute degli individui e delle comunità.

Le patologie correlate all'alimentazione sono molteplici e di diversa natura, comprendendo quadri sia da carenza sia da eccesso di nutrienti per squilibrio qualitativo e quantitativo degli apporti alimentari quotidiani.

La malnutrizione per eccesso si associa a molte patologie cronico-degenerative sempre più frequenti nelle popolazioni ad elevato sviluppo economico, quali l'aterosclerosi, le iperlipemie, (colesterolo e trigliceridi alti) le cardiopatie ischemiche, le m,malattie cerebrovascolari (ictus) il diabete mellito non insulino- dipendente, il soprappeso e l'obesità, alcuni tipi di neoplasie, l'anemia per carenza di ferro, il gozzo, la calcolosi renale e l'osteoporosi.

L'alimentazione rappresenta peraltro uno dei fattori di rischio per le malattie croniche e può pesare in maniera diversa in relazione al grado di esposizione ad altri fattori.

In ambito geriatrico, oltre alle patologie che sono determinate da eccessi alimentari, è facile imbattersi in patologie legate a deficit alimentari quali e quantitativi.

Dalla seguente presentazione risulta evidente quanto sia importante il controllo alimentare sia dal punto di vista preventivo sia da quello terapeutico.

### **Quando l'alimentazione è prevenzione...**

#### MALATTIE CARDIOVASCOLARI

In questo ambito viene messa in evidenza l'importanza di livelli di colesterolo nel sangue da numerosi studi epidemiologici. Si è visto che riducendo la quantità di grassi contenuti nella dieta dal 42% al 35% e riducendo l'apporto di grassi saturi (che si trovano prevalentemente negli alimenti di origine animale) dal 20% al 13% si ha una riduzione della mortalità per accidenti cardiovascolari. Quindi consumando meno alimenti di origine animale si introducono meno grassi e si ottiene un abbassamento del rischio cardiovascolare.

Nell'adulto il valore della *colesterolemia* considerato accettabile è di circa 200 mg, mentre nell'anziano si accettano valori moderatamente più elevati.

Un altro fattore di rischio per le coronaropatie e per gli accidenti cardiovascolari è *l'ipertensione arteriosa*. Un approccio dietetico che permetta una riduzione del peso corporeo e una limitata assunzione di sale e di alcol ha effetti riconosciuti nell'abbassare la pressione del sangue.

In contemporanea una dieta ricca di potassio, calcio, magnesio e fibra alimentare può contribuire a migliorare i valori pressori.

Un tipo di dieta che assicuri questi elementi è legata all'assunzione di buone quantità di frutta e verdura.

#### NEOPLASIE

Anche per i tumori è stata stimata la percentuale di malattie evitabili considerando l'alimentazione scorretta come fattore di rischio per il 30-40% dei tumori negli uomini e per il 60% per i tumori nelle donne.

In generale un elevato apporto di grassi totali e di grassi saturi è associato ad un aumento del rischio di cancro al colon, alla prostata e al seno. Inoltre, i regimi alimentari ricchi di cibi di origine vegetale, soprattutto ortaggi gialli e a foglia verde e di agrumi, sono associati ad una minor incidenza di cancro al polmone, all'esofago e allo stomaco.

#### PATOLOGIE DELL'INTESTINO

La diverticolosi, le emorroidi, e la stipsi sono spesso legate a un insufficiente apporto di fibra alimentare e ad una ridotta assunzione di liquidi.

## OSTEOPOROSI

Nelle popolazioni anziani molto frequente il riscontro di di una progressiva perdita di tessuto osseo. Il contenuto di calcio dell'osso è fortemente influenzato dall'alcool, dal fumo, dagli estrogeni (ormoni) dall'immobilità e dall'apporto di calcio con la dieta. Anche una dieta troppo ricca di proteine e di sale comporta una riduzione della massa ossea perché favorisce la decalcificazione dell'osso.

## MALNUTRIZIONE PER DIFETTO

Negli anziani è possibile che si verifichi una riduzione degli apporti alimentari a causa di anoressia, depressione, demenza, nausea, vomito, disfagia, difficoltà di masticazione e di deglutizione. Le stesse terapie farmacologiche possono essere causa di malnutrizione. I diuretici per esempio possono portare a Deficit di zinco, e di vitamina B6, i lassativi possono comportare carenza di calcio e di vitamine A, D, E e K. Negli anziani è abbastanza frequente riscontrare patologie legate ad un deficit nell'assunzione di micronutrienti; per esempio la carenza di porta ad apatia, facile affaticamento e glossite, la carenza di vitamina B6 comporta la comparsa di ragadi peribuccali e quella di vitamina B12 depressione e perdita di memoria.

## DISFAGIA

La maggior parte di noi dà per scontata la capacità di deglutire, eppure la difficoltà o il disagio nel deglutire, detto disfagia, è un disturbo frequentemente osservato fra i pazienti più anziani. Il livello di intensità della disfagia varia da un leggero disagio ad una condizione di assoluta incapacità di deglutire.

Il problema può avere origine da un'ampia varietà di condizioni strutturali o funzionali. La disfagia acuta può essere il risultato di condizioni infiammatorie come faringite, tonsillite o ulcere afose della bocca. Nella maggior parte dei casi la disfagia cronica è provocata da disturbi neurologici come il morbo di Parkinson, disturbi neuromuscolari, sclerosi multipla e morbo di Alzheimer. Tra i pazienti colpiti da ictus, il 30% soffre di disfagia. Altre cause di disfagia cronica sono anomalie strutturali come tumori della testa e al collo, ingrossamento della tiroide, stenosi benigne, infezioni come candida, herpes, malattie da reflusso gastroesofageo, avvelenamento o ustioni provocati ad esempio dall'ingestione di prodotti per la pulizia.

La disfagia è particolarmente diffusa fra i pazienti anziani perché l'invecchiamento può provocare un rallentamento dello stimolo del riflesso deglutitorio, l'indebolimento della muscolatura della mascella, la perdita dei denti, disfunzioni dell'odorato e del gusto, e ridotta salivazione.

Il 45% delle persone al di sopra dei 75 anni di età presenta sintomi di disfagia (*European Journal of Public Health Web Site*, 1997).

La presenza di disfagia è molto fastidiosa e può rappresentare un serio pericolo, sia perché può portare la persona a non mangiare a sufficienza, sia perché il cibo, passando nelle vie aeree invece che in quelle digestive, può causare polmoniti od ostacolare, in casi estremi, la respirazione. Per ovviare ai problemi legati alla presenza di disfagia è necessario modificare la consistenza dell'alimentazione.

### Come capire che qualcosa non va?

Ecco un elenco di segni che se rilevati possono indurre un sospetto di disfagia e la necessità di consultare il medico curante e uno specialista foniatra

- comparsa di alcuni colpi di tosse involontaria, anche leggeri, subito dopo o, comunque entro 2-3 minuti dalla deglutizione di un boccone;
- comparsa di velatura nella voce o di raucedine dopo la deglutizione di un boccone;
- fuoriuscita di liquido o cibo dal naso;
- presenza di febbre, anche non elevata, (37,5°-38°C) senza cause evidenti.

E' utile in questi casi tenere un diario dei pasti effettuati con dosi e tempi che potrà essere utile a logopedista e dietista nel caso in cui sia necessario variare il piano di alimentazione (vedi esempio di diario alimentare nei paragrafi successivi).

## E quando l'alimentazione è terapia...

### LA DISFAGIA

#### **Consistenze:**

Alcuni ospiti potrebbero quindi necessitare di un'alimentazione con una consistenza modificata. Tale consistenza verrà definita dal curante e potrà essere di vario tipo:

- Liquidi senza scorie: acqua con sciroppi, té, tisane ed infusi ben filtrati, distillati di frutta, birra, vino, bevande gasate.
- Semi-liquidi: gelati, granite,, creme, passato di verdura, frullato di frutta a maggiore percentuale di liquido, omogeneizzati di frutta, yogurt.
- Semi-solidi: polenta morbida, creme di farine di cereali, passati e frullati densi, omogeneizzati di carne e di pesce, uova alla coque, carni frullate preparate come gelatine, carne cruda, ricotta piemontese, formaggi cremosi, biscotti savoiardi inzuppati, budini, creme, mousse.
- Solidi: gnocchi di patate molto conditi, pasta ben cotta e ben condita, agnolotti con ripieno di magro, polenta con spezzatino, uova sode, pesce attentamente pulito dalle lisce (sogliola, platessa, palombetto, nasello), soufflé, verdure cotte non filacciose, formaggio crescenza, ricotta romana, frutta ben matura.

#### **Come valutare la consistenza?**

Per distinguere il grado di densità si suggerisce di introdurre un cucchiaino in un bicchiere colmo di un composto e di osservare la rapidità di caduta di esso contro il bordo:

liquido	immediata
semi-liquido	rallentata
semi-solida	lentissima o nulla

#### **Come modificare i cibi?**

- Consistenza (densità) e compattezza: addensanti ( gelatina, fecola, addensante in polvere...); diluenti (acqua, latte, brodo...)
- Omogeneità: frullare, passare, omogeneizzare...
- Scivolosità: olio, salse...(attenzione eccesso di grassi).

#### **Temperatura dei cibi:**

Per aumentare la percezione del boccone durante tutta la deglutizione è bene che i cibi non siano tiepidi, ovvero che non abbiano una temperatura vicina a quella corporea (36-37°C), ma più caldi o più freddi; in questo modo si elicit maggiormente il riflesso deglutitorio.

#### **Consigli generali:**

- Curare sempre la presentazione dei cibi, rendendoli invitanti
- mantenere separate le diverse portate

#### **Alimenti da evitare sempre:**

- Cibi in cui il liquido è mescolato a parti solide (es. minestrine con pastina);
- Minestrone con verdure a pezzi e con verdure filacciose;
- Zuppe di pane o con fette biscottate;
- Verdure filacciose;
- Cibi appiccicosi (es. stracchino);
- Legumi (es: piselli, fagioli, fave, lenticchie) non omogeneizzati e filtrati
- Frutta secca (es: noci, arachidi, mandorle, pistacchi);
- Riso
- Carne filacciosa o asciutta;
- Alcolici.

#### **Precauzioni comportamentali:**

- l'ospite deve mangiare in posizione seduta, con avambracci comodamente appoggiati e salvo diversa indicazione con capo in asse;
- durante l'alimentazione lo stato di attenzione dell'ospite deve essere adeguato; fare interrompere l'alimentazione ai primi segni di stanchezza;

- far procedere lentamente, con piccole quantità alla volta e solo se il boccone precedente è stato deglutito;
- non far parlare l'ospite durante il pranzo, se non dopo aver fatto pulire la gola con qualche colpo di tosse e far deglutire a vuoto;
- se l'ospite può assumere liquidi prima di farlo bere accertarsi che in bocca non siano presenti residui di cibo;
- non far distrarre l'ospite durante il pasto (evitare di far guardare la televisione, leggere...).

## DIABETE MELLITO

Il diabete che insorge in età adulta e che almeno nelle fasi iniziali viene curato non con l'insulina ma con altri farmaci, è spesso legato ad obesità la quale indice una minore capacità dell'organismo di utilizzare l'insulina che il pancreas secerne. In questo caso, per migliorare i livelli di glicemia (glucosio nel sangue) è importante impostare un regime dietetico che abbia come obiettivo la riduzione del peso corporeo, il miglioramento del profilo glicemico e delle alterazioni lipidiche (colesterolo e trigliceridi) che si riscontrano sempre negli individui affetti da questa patologia e che rappresentano un fattore di rischio.

L'approccio dietetico pertanto consiste nella valutazione del fabbisogno calorico del soggetto e nell'impostazione di una terapia dietetica corretta e bilanciata che non si differenzia sostanzialmente dall'alimentazione di un soggetto in buone condizioni di salute, fatta eccezione per l'apporto degli zuccheri a rapido assorbimento (zucchero, miele, dolci, bibite ...) che devono essere limitati.

## INSUFFICIENZA RENALE CRONICA

In molti soggetti diabetici si riscontra una compromissione della funzionalità renale che comporta nelle forme più gravi un'insufficienza renale cronica. Il diabete non è l'unica patologia che determina danni a carico del rene; anche l'ipertensione, le ostruzioni delle vie renali, le glomerulonefriti possono essere responsabili di tale patologia. Nell'insufficienza renale cronica è compromessa la capacità da parte del rene di eliminare i prodotti di demolizione delle proteine e del fosforo, con conseguente accumulo di queste sostanze che provoca ulteriori danni alla parte del rene ancora funzionante. La terapia dietetica si propone di limitare la quantità di proteine e di fosforo tenendo comunque conto delle esigenze nutrizionali del paziente.

## **CENNI SUI FABBISOGNI NUTRIZIONALI DELL'ANZIANO**

L'alimentazione è importante per dare benessere alla persona anziana.

Sebbene l'invecchiamento sia un processo inevitabile, l'alimentazione svolge un ruolo importante, assieme ad altri fattori quali l'attività fisica e psichica, nel favorire il mantenimento di una vita sana, attiva, autonoma e cosciente per il tempo più lungo possibile.

Come prima cosa la dieta quotidiana deve contenere una giusta quantità di **Calorie** cioè di energia.

Il fabbisogno calorico è la quantità di energia che un individuo consuma in una giornata, per respirare, pensare, muoversi, lavorare e che deve essergli fornita dagli alimenti che consuma.

Dobbiamo immaginare l'organismo umano come un'automobile che deve fare una certa quantità di km in una giornata, ma automobili differenti consumano quantità differenti di carburante per fare il medesimo percorso. Il carburante per l'uomo è rappresentato dagli alimenti, e bisogna conoscerne la quantità giusta a seconda del tipo d'uomo e del "percorso" che deve fare. Non serve dargliene di più; si va a formare una riserva eccessiva.

I litri di carburante per l'uomo sono le calorie. Ad ogni alimento corrisponde una certa quantità di calorie che l'organismo può utilizzare dopo averlo digerito e assimilato.

Per stabilire di quante calorie ha bisogno un anziano, si fa riferimento al Medico o al Dietista che possono calcolarle con idonee formule tenendo conto del sesso, dell'età, del peso e dell'altezza. E' importante sapere che in alcune condizioni, come quando si riscontra uno stato di malnutrizione o durante molte malattie sia acute che croniche o interventi chirurgici o quando ci sono lesioni da decubito, la quantità di calorie andrà aumentata in modo appropriato.

Le calorie possono provenire, in percentuali diverse, da diversi principi nutritivi che sono: le proteine, i grassi e gli zuccheri (anche l'alcool è fonte di calorie).

### **Le Proteine**

Spesso l'anziano consuma pochi cibi che ne contengono.

Spesso anche l'assorbimento intestinale è ridotto.

Spesso un anziano ne ha più bisogno perché malato, allettato o con decubiti.

In Italia l'Istituto Superiore di Sanità ne consiglia un consumo di almeno 1 grammo per Kg di peso corporeo al giorno.

Ma di quali proteine si ha più bisogno?

Non tutte le proteine sono uguali; quelle contenute nei cibi di origine animale (latte e derivati, uova, carne e pesce) sono "migliori" di quelle contenute nei legumi (fagioli, piselli, ceci...) o nei cereali (riso, grano, frumento). Si dice che le prime hanno un più elevato valore biologico, sono cioè meglio "utilizzate" dall'organismo.

Quindi almeno una volta al giorno l'anziano dovrebbe consumare una porzione di latte, di carne o di pesce.

### **I Carboidrati (o Zuccheri)**

Nella dieta dell'anziano sono importanti perché forniscono all'organismo energia per le funzioni del metabolismo.

In un giorno almeno la metà dei cibi consumati dovrebbero contenere i carboidrati.

Tra tutti gli alimenti che li contengono è bene preferire:

- Pane
- Pasta
- Riso
- Patate
- Legumi
- Frutta
- Latte

I cosiddetti “dolci” vanno consumati con moderazione anche se sono piacevoli da mangiare per gli anziani e meglio se alla fine di un pasto, in questo modo il cibo già presente nello stomaco ne ritarda l’assorbimento.

## **I Lipidi ( o Grassi)**

Queste sostanze alimentari non dovrebbero superare in una alimentazione equilibrata il 30 – 35% delle calorie totali.

Anche i Grassi come le Proteine non sono tutti uguali per una alimentazione salutare.

E’ meglio consumare alimenti che contengono grassi di origine vegetale come:

- Olio di oliva (preferibilmente extravergine)
- Olio di semi di arachidi
- Frutta secca

piuttosto che grassi di origine animale, quali:

- Burro
- Lardo
- Pancetta
- strutto

Per condire i cibi “a crudo” meglio usare l’olio di oliva.

Per la cottura meglio usare olio di oliva o di arachidi.

Alcuni consigli:

- Ridurre il consumo di Burro – Lardo – Panna – Crema
- Meglio preferire Latte parzialmente scremato rispetto a quello intero
- Il consumo di Carne deve essere bilanciato tra carne rossa (due porzioni alla settimana) e bianca (tre porzioni alla settimana)
- Consumare pesce almeno due volte alla settimana perché contengono acidi grassi “buoni” (poliinsaturi)
- Consumare un Uovo una o due volte alla settimana
- Ridurre il consumo di alcolici

Nella alimentazione dell’anziano sono importanti anche altri elementi come il Calcio, la Vitamina D e le Fibre Vegetali.

## **Il Calcio**

E’ importante per mantenere la robustezza della struttura delle ossa.

Il bisogno di Calcio aumenta con l’età perché si riduce la capacità dell’intestino di assorbirlo.

## La Vitamina D

E' fondamentale per il corretto assorbimento e utilizzo del Calcio da parte dell'organismo.

## Le Fibre Vegetali

Ne sono ricchi:

- Cereali
- Legumi
- Ortaggi
- Frutta

Le fibre vegetali riducono l'assorbimento del Colesterolo e regolarizzano l'assorbimento intestinale degli Zuccheri; hanno anche un importante, benefico effetto sull'evacuazione aumentando il volume delle feci e rendendole più morbide con l'aiuto di una adeguata introduzione di acqua.

### FONTI ALIMENTARI\*

( in ordine decrescente)

Ferro	Carne, pesce, uova, legumi, indivia, radicchio verde, spinaci
Calcio	Latte e derivati, cereali, carne, pesce, acqua
Fosforo	Semi di cereali, legumi, uova, carne, cereali, latte e verdure
Potassio	Frutta, legumi, verdura, carne
Magnesio	Legumi, cereali integrali, frutta secca, vegetali a foglia verde
Vitamina A	Fegato, uova, latte, vegetali di colore giallo-arancione
Vitamina D	Olio di fegato di merluzzo, anguilla, salmone, aringa, fegato, latte, latticini
Vitamina K	Ortaggi a foglia verde, cereali, uova, carne
Vitamina E	Oli vegetali, semi, cereali integrali, frutta secca
Vitamina C	Agrumi, peperoncino, peperoni, pomodori, prezzemolo, vegetali a foglia verde
Acido folico	Carne, fagioli, pomodori, arance, vegetali a foglia verde
Vitamine gruppo B	Lievito, cereali integrali, fegato

\* LARN 1996, Tabelle di composizione degli alimenti INRAN

## Le Bevande

E' importante che la persona anziana beva durante il giorno una quantità di almeno 1 litro. Oltre all'acqua, preferibilmente non gassata, possono essere consumati succhi di frutta, tisane o infusi. Particolare attenzione deve poi essere fatta durante la stagione estiva o in alcune situazioni come ad esempio la febbre perché la persona anziana si disidrata con molta facilità.

Il consumo di vino è permesso in piccole quantità, se non vi sono controindicazioni, non al di fuori dei pasti.

Abbiamo finora parlato di una alimentazione sana ed equilibrata per un anziano senza particolari patologie. Bisogna però considerare che l'anziano è una persona a rischio di malnutrizione, e può essere soggetto a patologie associate che richiedono una modifica dell'impostazione alimentare finora descritta.

## INDICAZIONI SULL'ELABORAZIONE DEI MENU'

### Alcuni consigli:

Una corretta alimentazione dovrebbe essere frazionata nell'arco della giornata in 3 pasti principali, più eventuali 2 spuntini; i pasti devono essere completi rispettando da una parte le abitudini alimentari dell'anziano e dall'altra i consigli di una corretta ed equilibrata alimentazione.

*La colazione* è uno dei pasti principali: spesso è ridotta ad una tazza di caffè e latte, o di tè, mentre dovrebbero essere aggiunti biscotti o in sostituzione fette biscottate, grissini o pane; sarebbe opportuno fornire anche marmellata o miele, ricordando che questi alimenti, se permessi, possono incrementare la quota calorica assunta.

Il latte può essere sostituito con lo yogurt nelle stesse quantità; nei casi di intolleranza al lattosio si può utilizzare latte delattosato.

L'orario della colazione non dovrebbe essere troppo vicino né troppo lontano da quello del pranzo, per dare modo all'anziano di consumare un piccolo spuntino a metà mattina.

Gli *spuntini*, se necessari, possono essere composti da una bevanda calda/fredda a seconda della stagione accompagnata da biscotti/fette biscottate; per gli ospiti che necessitano di quantitativi maggiori di calorie lo spuntino può essere composto anche da un formaggio o del prosciutto accompagnato con del pane o dei grissini, oppure un frutto, un budino o anche un gelato.

L'apporto di zuccheri semplici è ovviamente sconsigliato ai pazienti diabetici, che invece possono consumare questi cibi durante i pasti principali.

Il *pranzo e la cena*. Nel caso di anziani inappetenti, questi dovrebbero essere serviti iniziando dal secondo piatto (carne, pesce, ecc...) per garantire un apporto corretto di proteine; il primo piatto, asciutto o in brodo, può essere servito in un secondo momento con l'aggiunta di formaggio grattugiato e olio per garantire un maggiore apporto calorico.

Le verdure cotte sono di più facile assunzione perché più morbide rispetto a quelle crude; tuttavia quest'ultime devono essere favorite qualora l'ospite non presenti difficoltà di masticazione per garantire un corretto apporto di fibre e vitamine.

La frutta, possibilmente fresca, va servita a fine pasto e può essere sostituita saltuariamente con yogurt bianco o alla frutta oppure un succo o un dessert (budino, torta, gelato,....).

Il pasto serale può essere più contenuto rispetto al pranzo, purchè la colazione del mattino seguente sia completa e somministrata ad un'ora consona, in modo tale da non arrivare al pasto di mezzogiorno avendo alle spalle un lungo periodo di digiuno.

Un discorso a parte meritano le bevande: normalmente l'anziano tende a bere poco, mentre l'apporto idrico dovrebbe essere mantenuto intorno al 1000-1500 ml al giorno, sotto forma di acqua naturale o gasata o altre bevande (the, tisana, camomilla). Le bevande zuccherine (bibite, succhi di frutta, spremute,...) non sono sconsigliate ma devono essere usate con moderazione. Il vino, a seconda delle condizioni cliniche dell'anziano, può essere consumato in moderate quantità (al massimo un bicchiere a pasto).

## ENTITA' DELLE PORZIONI STANDARD NELL'ALIMENTAZIONE ITALIANA

GRUPPO DI ALIMENTI	ALIMENTI	PORZIONI	PESO (g)
CEREALI E TUBERI	Pane	1 rosetta piccola	50
	Prodotti da forno	4 biscotti secchi/ 3 fette biscottate	20
	Pasta o riso (*)	1 porzione media	80
	Pasta fresca all'uovo(*)	1 porzione piccola	120
	Patate	2 patate piccole	200
ORTAGGI E FRUTTA	Insalate	1 porzione media	50
	Ortaggi	1 finocchio/2 carciofi	250
	Frutta	1 frutto medio (arance, mele) oppure 2 frutti piccoli (albicocche, mandarini)	150
CARNE, PESCE, UOVA, LEGUMI	Carne fresca	1 fettina piccola	70
	Carne stagionata (salumi)	2-3 fette medie prosciutto	50
	Pesce	1 porzione piccola	100
	Uova	1 uovo	60
	Legumi secchi	1 porzione media	30
	Legumi freschi	1 porzione media	80-120
LATTE E DERIVATI	Latte	1 bicchiere	125 (un bicchiere)
	Yogurt	1 confezione piccola	125 (un vasetto)
	Formaggio fresco	1 porzione media	100
	Formaggio stagionato	1 porzione media	50
GRASSI DA CONDIMENTO	Olio	1 cucchiaino	10
	Burro	1 porzione	10

(\*) in minestra metà porzione

### Numero consigliato di porzioni

ALIMENTI/GRUPPI DI ALIMENTI	1700 KCAL	2100 KCAL
Pane	3	5
Prodotti da forno	1	1
pasta/riso/pasta all'uovo fresca	1	1
Patate	1 (a settimana)	2 (a settimana)
Ortaggi	2	2
Frutta	3	3
Carne, pesce, uova e legumi	1-2	2
Latte/yogurt	3	3
Formaggio fresco/ stagionato	2 (a settimana)	3 (a settimana)
Olio/burro	3	3

TABELLE ELABORATE DA "LINEE GUIDA PER UNA SANA ALIMENTAZIONE ITALIANA" (2003)  
 MINISTERO POLITICHE AGRICOLE E FORESTALI - ISTITUTO NAZIONALE DI RICERCA PER GLI ALIMENTI E NUTRIZIONE

## INDICAZIONI GENERALI PER L'ALLESTIMENTO DI UN MENU'

### COLAZIONE

Scegliere UNA BEVANDA tra  
Caffè  
caffelatte  
latte/yogurt  
the  
orzo  
+ zucchero/dolcificante  
+ marmellata/miele

Scegliere UN PRODOTTO tra:  
fette biscottate  
biscotti  
pane  
crackers/grissini

### PRANZO / CENA

Scegliere un PRIMO PIATTO tra:  
1 piatto asciutto  
1 minestra di verdure  
Semolino  
Minestrina

Scegliere un SECONDO PIATTO tra:  
1 secondo  
1 secondo morbido  
prosciutto  
formaggio

Scegliere un CONTORNO tra:  
verdura cruda  
verdura cotta  
purea di patate

Scegliere FRUTTA/DESSERT tra:  
frutta fresca  
frutta cotta  
frutta frullata  
budino  
yogurt

Scegliere un PRODOTTO tra:  
pane  
grissini  
crackers

Scegliere una BEVANDA tra:  
acqua naturale 500 cc  
acqua gasata 500 cc

Scegliere i CONDIMENTI tra:  
olio, aceto, succo di limone, maionese, ketchup

### SPUNTINO

Scegliere una BEVANDA tra:  
caffè  
latte  
the  
orzo  
succo di frutta  
+ zucchero/dolcificante  
+ marmellata/miele  
UN PRODOTTO DA FORNO a scelta tra:  
fette biscottate  
biscotti  
pane  
crackers/grissini  
+ formaggio/prosciutto  
oppure budino/frutta/cioccolato

- *Queste indicazioni generali possono essere utilizzate, prelieve opportune modifiche nel tipo di alimenti e nella loro consistenza, per l'allestimento di altri menù per le più comuni patologie: dieta ipocalorica, dieta iposodica, dieta cremosa/liquida, dieta ipoproteica, dieta priva di glutine etc.*

## MODALITA' DI SOMMINISTRAZIONE DEI PASTI

L'assistenza all'anziano, autosufficiente o non autosufficiente, è un momento di comunicazione e di attenzione molto importante, sottovalutare riducendolo ad un semplice servizio, può ricadere negativamente sull'umore dell'anziano.

Il momento del pasto è una delle occasioni per rendere l'istituto più simile ad una vera casa, creando un ambiente accogliente e confortevole, curando la presentazione dei piatti, e garantendo un'assistenza serena e rispettosa dei tempi degli ospiti.

Gli scopi da raggiungere con la somministrazione del vitto sono:

- soddisfare le esigenze del singolo cliente, perché ognuno di loro è unico e irripetibile
- assicurare un adeguato stato nutrizionale.

### ASPETTI ESSENZIALI DA CONSIDERARE NELLA SOMMINISTRAZIONE DEL VITTO

#### 1) Preparazione della sala da pranzo:

- pulire accuratamente i locali di refezione
- arieggiare i locali per garantire l'assenza di odori sgradevoli
- apparecchiare i tavoli con tovaglie e tovaglioli in tessuto; bicchieri, posate e stoviglie, dove possibile, non dovrebbero essere monouso
- se non ci sono controindicazioni mettere sui tavoli oliere, pane, acqua e vino
- informarsi se l'ospite sarà assente al momento del pasto (visita specialistica, visita parenti, ..) ed eventualmente preparare il vassoio per la distribuzione del vitto in camera o mettere da parte il pranzo o la cena all'ospite assente
- verificare la disponibilità di attrezzature che possano facilitare l'alimentazione autonoma (cannucce, masticatore, posate ricurve, scaldavivande,..)

#### 2) Preparazione degli operatori:

- indossare divisa ordinata e pulita
- indossare la cuffia sul capo
- lavarsi le mani
- utilizzare guanti monouso

#### 3) Preparazione degli ospiti:

- somministrare le terapie o praticare eventuali manovre assistenziali almeno 20 minuti prima del pasto
- accompagnare l'ospite a tavola e, dove possibile, evitare di tenerlo sulla carrozzina
- se l'ospite è allettato, informarlo che è ora del pasto e metterlo nella posizione idonea

#### 4) Assistenza al pasto:

- tenere in considerazione la condizione fisica e psichica degli ospiti
- avere la disponibilità di personale esperto per assistere pazienti con disabilità
- rispettare sempre i tempi di masticazione controllando attentamente la deglutizione
- parlare con l'ospite mentre mangia, in modo da rendere il momento del pasto più piacevole e permettergli di riposarsi ad intervalli
- quando ha finito, rimuovere il vassoio

Inoltre se l'ospite è autosufficiente:

- curare le scelte alimentari con e per l'ospite
- conoscere e rispettare per quanto possibile le preferenze alimentari
- conoscere le indicazioni mediche per i pasti ed eventuali modifiche nelle diete
- permettere all'ospite di scegliere fra le pietanze proposte

- curare la presentazione dei piatti o del vassoio in modo tale da stimolare l'appetito anche attraverso la vista
- assicurarsi che i cibi siano serviti alla temperatura corretta (i cibi caldi devono essere forniti a circa 60-70° C)

Mentre se l'ospite non è autosufficiente:

- assistere l'ospite
- sedersi comodi di fianco all'ospite
- sminuzzare, tritare gli alimenti, sbucciare la frutta, versare da bere e somministrare i cibi a temperatura adeguata
- incoraggiare a prendere da solo il bicchiere, il pane o il cibo
- alternare i cibi con le bevande (non somministrare sola carne e poi sola verdura e interrompere ogni tanto con un po' di bevande)
- eseguire l'igiene di mani e bocca.

Per verificare se gli obiettivi sono stati raggiunti è necessario impostare degli strumenti di controllo che tengano conto dell'appetito dell'ospite, della quantità di alimenti e bevande effettivamente assunti (tramite registrazione su diario alimentare), degli scarti, dell'insorgenza di eventuali intolleranze e atteggiamenti assunti durante il pasto (rifiuti, conati di vomito).

Tali strumenti potranno essere successivamente analizzati insieme a personale competente durante incontri periodici fra gli operatori, in cui si potranno anche simulare eventi critici e adottare le opportune variazioni del caso.

# CENNI DI NUTRIZIONE ARTIFICIALE NELL'ANZIANO

## Definizione di nutrizione artificiale

La nutrizione artificiale costituisce una pratica alternativa all'alimentazione orale nei pazienti che non sono in grado di assumere calorie e nutrienti in modo temporaneo o permanente, sufficienti a coprire le loro necessità.

## **Premesse**

Si espongono alcune raccomandazioni pratiche:

1. L'intervento nutrizionale deve rispettare una gerarchia che preveda al 1° posto la possibilità di usare il cibo per via orale, eventualmente incrementato con integratori orali, successivamente la nutrizione enterale e per ultima la nutrizione parenterale.
2. Il paziente anziano (> 75 anni) può andare più facilmente incontro a carenze nutrizionali rispetto ai più giovani, e richiede, pertanto, una nutrizione personalizzata ed accurata.
3. La NA deve prevedere un accurato controllo per evitare possibili complicanze.

## Indicazioni

### La N.A. può essere proposta nei seguenti casi:

Paziente che **non può** alimentarsi es: pazienti in coma , con grave disfagia, con ictus, e altre patologie neurologiche, patologie neoplastiche.

Paziente che **non vuole** alimentarsi es: pazienti affetti da anoressia, anziani cachettici.

Paziente che **non deve** alimentarsi es: pazienti con interventi intestinali importanti ad es. con estesa resezione intestinale (intestino corto), fistole intestinali, occlusioni intestinali.

Paziente che ha una richiesta di **fabbisogni di energia e nutrienti aumentati**: pazienti politraumatizzati, gravi ustionati, tumorali, cardiopatici.

## Tipologie di N.A.

A) nutrizione parenterale

B) nutrizione enterale

La nutrizione artificiale si può attuare con diverse tecniche; facciamo subito una distinzione tra nutrizione parenterale ed enterale, cioè attraverso l'esclusione o l'utilizzo della via gastrointestinale.

La **via parenterale** presuppone un accesso venoso che può essere in una vena centrale o periferica; prevede la somministrazione di sacche già pronte e complete fornite dall'industria o preparate in farmacia ospedaliera. È preferibile che l'infusione avvenga mediante apposita pompa.

La **via enterale** consiste invece nella somministrazione di nutrienti attraverso stomaco ed intestino :

- tramite posizionamento di un sondino per nutrizione per un periodo massimo di 30-40 giorni;
- tramite il confezionamento di una stomia digestiva per un periodo di nutrizione protratta oltre i 30-40 giorni: stomia confezionata chirurgicamente o per via endoscopica (PEG: gastrostomia endoscopica percutanea). La PEG è la via preferibile in quanto metodica di più facile esecuzione a bassa percentuale di complicanze.

Prevede:

1) la somministrazione di miscele nutrizionali già pronte fornite dall'industria, dotate delle più svariate caratteristiche ed indicazioni.

2) l'uso di apposita pompa "detta peristaltica".

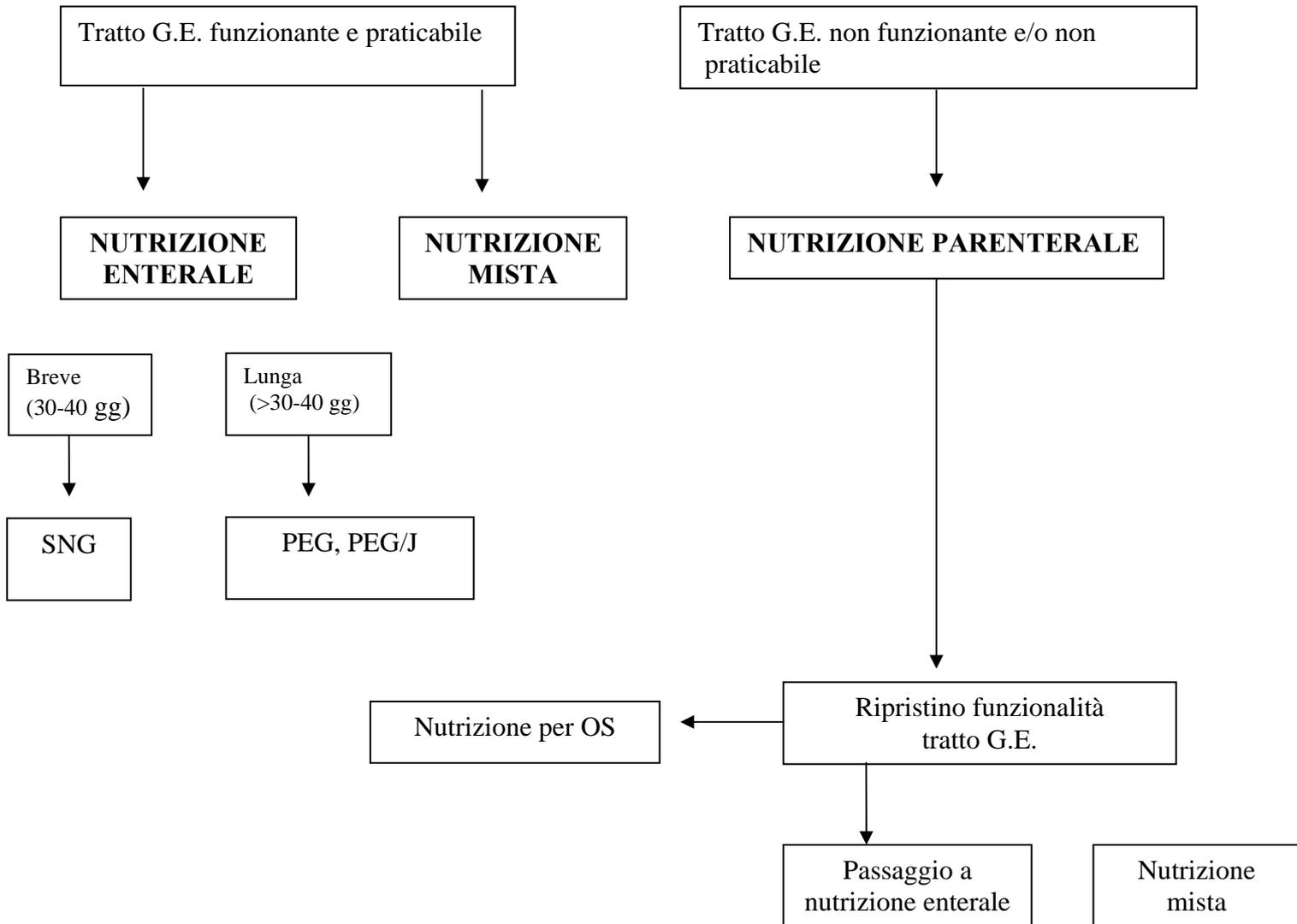
**Il principio generale è quello di utilizzare la nutrizione per via parenterale solo nei casi in cui la via gastrointestinale sia gravemente compromessa.**

**Sono da evitare le preparazioni "artigianali", frullati, succhi di frutta, latte e biscotti, passati, semolini, minestrine.**

A volte è indicato il ricorso alla **nutrizione mista** che prevede l'utilizzo complementare della nutrizione parenterale ed enterale.

Infine, per quanto riguarda l'assistenza al paziente durante la nutrizione artificiale, **le manovre di gestione della nutrizione artificiale devono essere sempre affidate a personale competente e specializzato.**

**Nutrizione Artificiale nell'anziano**  
**Algoritmo decisionale della NA**



# STRUMENTI PER LA VALUTAZIONE DELLO STATO NUTRIZIONALE

## SCHEDA PER LO SCREENING DEL RISCHIO DI MALNUTRIZIONE PER DIFETTO

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

Età \_\_\_\_\_ Sesso \_\_\_\_\_ Peso kg \_\_\_\_\_ Altezza cm \_\_\_\_\_ BMI\*\* \_\_\_\_\_

---

### A) BMI

> 25: vedi retro

0 punti se: tra 20 e 25

1 punto se: tra 18 e 20

2 punti se: inferiore a 18

punteggio = \_\_\_\_\_

---

### B) Si è verificato un calo di peso involontario negli ultimi 3 mesi

0 punti se: NO

1 punto se: fino a 3 kg

2 punti se: superiore a 3 kg

punteggio = \_\_\_\_\_

---

### C) L'introito di cibo è diminuito nell'ultimo mese?

0 punti se: NO

2 punti se: SI

punteggio = \_\_\_\_\_

---

### D) Severità della malattia

0 punti se: nessuna severità

1 punto se: moderata (infezioni lievi, malattie croniche, ulcere da decubito, malattie intestinali, cirrosi epatica, insufficienza renale, broncopneumopatia cronica, diabete)

2 punti se: severa (multiple ulcere da decubito, neoplasie, disfagia)

punteggio = \_\_\_\_\_

---

RISULTATO SCREENING

PUNTEGGIO TOTALE = \_\_\_\_\_

Se punteggio tra 0 e 2 = nessun intervento

Se punteggio tra 3 e 4 = monitorizzare, ricontrollare dopo una settimana, diario alimentare

Se punteggio = 5 o >5 = intervento

---

Fonte bibliografica: NOTTINGHAM SCREENING TOOL – Micklewright A – Clin Nutr  
1988

\*\* BMI: cfr. pagina 31

**SCHEDA PER LO SCREENING DEL RISCHIO DI MALNUTRIZIONE  
PER ECCESSO**

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

Età \_\_\_\_\_ Sesso \_\_\_\_\_ Peso Kg \_\_\_\_\_ Altezza cm \_\_\_\_\_ BMI \_\_\_\_\_

---

**A) BMI**

**0 punti se: tra 25 e 29.9**

**1 punto se: tra 30 e 34.9**

**2 punti se:  $\geq 35$**

---

**B) Attività fisica abituale negli ultimi 6 mesi:**

**0 punti se: leggera (passeggiate – lavori fisici leggeri – attività ricreative –  
lavoro domestico leggero)**

**1 punto se: sedentaria (spesso è allettato o seduto)**

---

**C) Patologie legate al peso:**

**0 punti se: no**

**1 punto se: si (patologie cardio-cerebro-vascolari – ipertensione - diabete  
dislipidemie, osteoartrite, iperuricemia)**

---

**D) Appetito/comportamento alimentare negli ultimi 6 mesi:**

**0 punti se: normale**

**l'introito di cibo non è aumentato**

**1 punto se: aumentato**

**l'introito di cibo è aumentato come numero e/o volume dei  
pasti**

---

**RISULTATO SCREENING**

**PUNTEGGIO TOTALE = \_\_\_\_\_**

**da 0 a 2: monitoraggio del peso corporeo una volta alla settimana;**

**diario alimentare se 1 punto quesito D**

**intervento del NUTRIZIONISTA se 1 punto quesito C**

**da 3 a 5: intervento del NUTRIZIONISTA**

---

---

*(scheda elaborata seguendo gli stessi criteri della scheda del rischio di malnutrizione per difetto; non validata, realizzata sulla base di osservazioni e sperimentazioni personali del gruppo)*

**\*\* BMI** = Indice di Massa Corporea: rapporto tra il peso del soggetto e la sua altezza in metri al quadrato; dal punto di vista pratico è un indicatore grossolano di gravità del quadro nutrizionale e può dare seri problemi qualora non si riesca ad avere la misura reale dell'altezza del soggetto (allettati, come per esempio nello stroke, presenza di cifosi nell'anziano)\* ma insieme ad altri parametri (clinici, anamnestici, ematici e antropometrici) ci permette di aver un quadro più chiaro dello stato di nutrizione del soggetto.

$$\text{Body Mass Index (BMI): } \frac{\text{peso (Kg)}}{\text{altezza (m)}^2}$$

A livello statistico sono da tempo fissati i valori di riferimento per la normalità:

- <b>Obesità</b>	<b>30 - ≥ 40</b>
- <b>Sovrappeso</b>	<b>25 - 29.9</b>
- <b>Normale</b>	<b>18.5 - 24,9</b>
- <b>Denutrizione</b>	<b>17 - &lt; 10</b>

\* in questo caso l'altezza può essere stimata applicando la lunghezza della gamba dal ginocchio, secondo le seguenti formule (**Principles of Nutritional Assessment RS Gibson, 1990**):

Maschi =  $64,19 - (0,04 \times \text{età}) + (2,02 \times \text{altezza alle ginocchia})$

Femmine =  $84,88 - (0,24 \times \text{età}) + (1,83 \times \text{altezza alle ginocchia})$

L'altezza dal ginocchio si ottiene ponendo il soggetto supino e misurando la lunghezza della gamba sinistra flessa a 90 gradi dal margine inferiore del tallone al margine superiore della rotula.

## IL DIARIO ALIMENTARE

Il diario alimentare è uno strumento utile per il controllo degli introiti alimentari degli ospiti. Nella popolazione anziana istituzionalizzata il diario alimentare permette di capire meglio cosa e quanto viene effettivamente consumato dall'individuo, consentendo in tal modo di approfondire ed individuare, ove presenti, le difficoltà relative al modo di alimentarsi (es. consistenze non appropriate: o troppo liquide o troppo solide), oppure alla non sufficiente alimentazione che potrebbe giustificare una diversa integrazione per salvaguardare lo stato nutrizionale dell'individuo. Un altro scopo della compilazione del diario alimentare descrittivo è la verifica del livello di qualità del servizio di ristorazione che consentirebbe di adattarlo ai gusti e alle esigenze degli ospiti, considerando quindi i cambiamenti che avvengono fisiologicamente nell'individuo e la permanenza degli anziani per lungo tempo in strutture protette.

Il diario può quindi assumere vesti diverse, due esempi sono allegati ( allegato 1: diario descrittivo a porzioni; allegato 2: diario descrittivo di valutazione del servizio di ristorazione)

Il riscontro di una alimentazione media o scarsa per 3-4 giorni consecutivi giustifica la richiesta di intervento nutrizionale (dieta modificata, integratori nutrizionali, nutrizione artificiale) che deve essere condotto da personale specializzato.

## DIARIO ALIMENTARE

Segnare con il simbolo **X** la porzione consumata per ciascun alimento o portata

**Sig.ra / Sig.** ..... **data**.....

	Nulla	1 / 4	1 / 2	3 / 4	Tutto
<b>COLAZIONE</b>					
Latte/yogurt	 = 0	 = 0,25	 = 0,5	 = 0,75	 = 1
Pane/prodotto da forno	 = 0	 = 0,25	 = 0,5	 = 0,75	 = 1
Marmellata, miele, zucchero	  = 0	  = 0,25	  = 0,5	  = 0,75	  = 1
<b>SPUNTINO</b> .....	  = 0	  = 0,25	  = 0,5	  = 0,75	  = 1
<b>PRANZO</b>					
1° piatto (asciutto o in brodo)	 = 0	 = 0,25	 = 0,5	 = 0,75	 = 1
2° piatto (carne, pesce, formaggio, uova, salumi, legumi..)	 = 0	 = 0,25	 = 0,5	 = 0,75	 = 1
Verdura	 = 0	 = 0,25	 = 0,5	 = 0,75	 = 1
Pane / Grissini/ Crackers	 = 0	 = 0,25	 = 0,5	 = 0,75	 = 1
Frutta / Dolce	 = 0	 = 0,25	 = 0,5	 = 0,75	 = 1
<b>SPUNTINO</b> .....	  = 0	  = 0,25	  = 0,5	  = 0,75	  = 1
<b>CENA</b>					
1° piatto (asciutto o in brodo)	 = 0	 = 0,25	 = 0,5	 = 0,75	 = 1
2° piatto (carne, pesce, formaggio, uova, salumi, legumi..)	 = 0	 = 0,25	 = 0,5	 = 0,75	 = 1
Verdura	 = 0	 = 0,25	 = 0,5	 = 0,75	 = 1
Pane / Grissini/ Crackers	 = 0	 = 0,25	 = 0,5	 = 0,75	 = 1
Frutta / Dolce	 = 0	 = 0,25	 = 0,5	 = 0,75	 = 1
<b>SPUNTINO</b> .....	  = 0	  = 0,25	  = 0,5	  = 0,75	  = 1
<b>Punteggi parziali</b>	=	=	=	=	=
<b>PUNTEGGIO TOTALE =</b>					

PUNTEGGIO	ALIMENTAZIONE	RISCHIO MALNUTRIZIONE
10 - 12	BUONA	BASSO
6 - 9	MEDIA	MEDIO
0 - 5	SCARSA	ALTO

## QUESTIONARIO QUANTITATIVO E DI VALUTAZIONE DEL GRADIMENTO DEL SERVIZIO VITTO

DATA	NOME E COGNOME	LETTO
------	----------------	-------

MENU DEL GIORNO	QUANTITA'	GRADIMENTO			SE POCO GRADITO PERCHE'	
PRIMO PIATTO					<input type="checkbox"/> scotto	<input type="checkbox"/> al dente
					<input type="checkbox"/> insipido	<input type="checkbox"/> salato
					<input type="checkbox"/> poco condito	<input type="checkbox"/> troppo condito
					<input type="checkbox"/> freddo	<input type="checkbox"/> gusto cattivo
SECONDO PIATTO					<input type="checkbox"/> troppo cotto	<input type="checkbox"/> poco cotto
					<input type="checkbox"/> insipido	<input type="checkbox"/> salato
					<input type="checkbox"/> poco condito	<input type="checkbox"/> troppo condito
					<input type="checkbox"/> freddo	<input type="checkbox"/> gusto cattivo
CONTORNO					<input type="checkbox"/> troppo cotto	<input type="checkbox"/> poco cotto
					<input type="checkbox"/> insipido	<input type="checkbox"/> salato
					<input type="checkbox"/> poco condito	<input type="checkbox"/> troppo condito
					<input type="checkbox"/> freddo	<input type="checkbox"/> gusto cattivo
FRUTTA					<input type="checkbox"/> troppa matura	<input type="checkbox"/> acerba
					<input type="checkbox"/> troppa cotta	<input type="checkbox"/> monotona
					<input type="checkbox"/> troppa liquida	<input type="checkbox"/> troppa densa
					<input type="checkbox"/> troppa fredda	<input type="checkbox"/> altro...
PANE/GRISSINI					<input type="checkbox"/> croccante	<input type="checkbox"/> gommoso
					<input type="checkbox"/> secco	<input type="checkbox"/> immangiabile

## BIBLIOGRAFIA

Guigoz Y: "*Recommended dietary allowances for the free living elderly*" Facts and research in gerontology, Springer ed., N.Y. (1994)

De Vreese L.P. "*L'invecchiamento cognitivo: lo stato dell'arte*", *Progress in nutrition* 2(3), 2000

Kligman E.W., Papin E.: "*Prescrivere l'esercizio fisico nell'anziano*"-*Medicina Preventiva* 1993; 10:31

Ministero Politiche Agricole e forestali/Istituto Nazionale di ricerca per gli alimenti e nutrizione (INRAN), *Linee Guida per una sana alimentazione italiana* (2003)

Modulo ASL 10 Regione Piemonte "M RRF 039 - *Indicazioni alimentari per il paziente disfagico*"

B. Travalca Pupillo, S. Sukkar, M. Spadola Bisetti . "*Disfagia.eat – Quando la deglutizione diventa difficile*", Omega Edizioni

"*Linee guida e procedure in RSA*", a cura del Servizio Anziani ASL di Bergamo (2001) - scaricabili dal sito [www.asl.bergamo.it](http://www.asl.bergamo.it)

A.M.Lavoie, M.Labrecque, D. Germain: "*Programma de médiation, formation et suivi systématique de l'alimentation des personnes âgées en centre d'hébergement*", *Soins gériatologique*, n. 39, 2003

Bissoli, Zamboni, Sergi, Ferrari, Bosello: "*Linee Guida per la valutazione della malnutrizione nell'anziano*", *Giorn Geront* 2001, 4 - 12

Nicoletti, De Maria, Rosatti, Cabodi: "*La cura dell'alimentazione "naturale" dell'anziano: una tattica vincente*", *Nursing Oggi Geriatria* n. 3, 2002