

# La progettazione di un menù nella ristorazione collettiva pubblica e privata

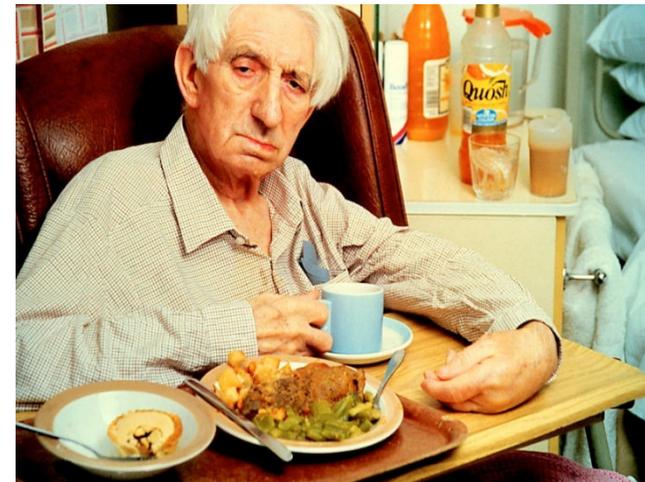
I nuovi criteri ambientali minimi e la norma UNI 11584:2021

## PROGETTAZIONE DI UN MENU' PER LA RISTORAZIONE OSPEDALIERA E LA SOCIO ASSISTENZIALE PER RESIDENZE SANITARIE ANZIANI (RSA)

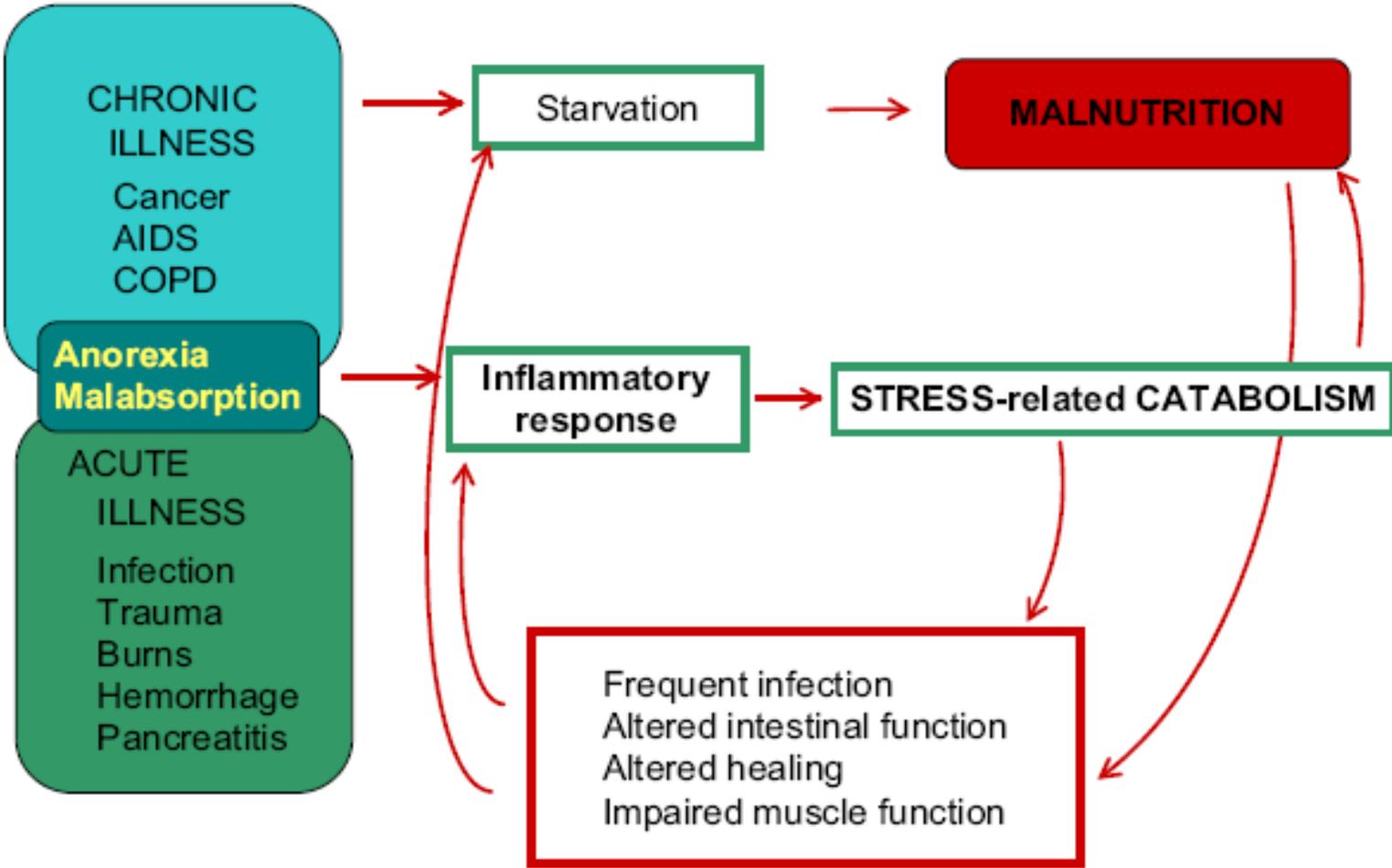
MARIA LUISA AMERIO

# Qual è la funzione della ristorazione sanitaria?

- Garantire una dieta a composizione nutrizionale adeguata, di buona qualità, igienicamente sicura
- Migliorare lo stato di salute della popolazione nel rispetto dei gusti e delle aspettative degli utenti
- Rappresenta uno strumento indispensabile nella prevenzione e nella cura delle malattie correlate con un alterato stato di nutrizione



# Lo stato di nutrizione peggiora durante la degenza ospedaliera



# MALNUTRIZIONE



MALNUTRIZIONE  
PER DIFETTO

Alterazione strutturale e funzionale dell'organismo

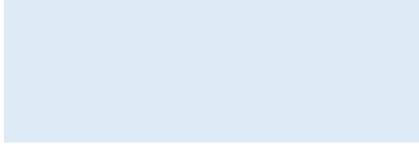
- dovuta allo squilibrio tra introiti e fabbisogni nutrizionali
- tale da comportare un eccesso di morbilità e mortalità



MALNUTRIZIONE PER ECCESSO  
(SOVRAPPESO E OBESITA')



# La Malnutrizione ospedaliera



Un paziente su 4  
risulta malnutrito  
all'ingresso in  
ospedale

**Il 64% peggiora il  
proprio stato  
nutrizionale  
durante la degenza**



***Il 75% dei  
pazienti entra e  
esce dall'ospedale  
senza che alcuna  
azione sia  
intrapresa per  
migliorare la loro  
condizione  
nutrizionale***



## **Conseguenze cliniche :**

- > numero di complicanze
  - > Numero di infezioni
  - > rischio di LdP
- ↓ massa e forza muscolare

## **Conseguenze economiche:**

maggiori costi sanitari

# OBIETTIVI DELLA RISTORAZIONE OSPEDALIERA

- Mantenere e promuovere la salute nel soggetto sano
- Correggere o prevenire la malnutrizione
- Fornire la corretta terapia delle patologie in cui la dieta è parte della cura
- Ridurre i costi derivanti dagli sprechi
- Migliorare il confort del paziente e l'immagine percepita dell'ospedale



## 4.3 Progettazione del menù per ogni tipologia di collettività

### 4.3.1 Generalità 1

- formulare menù sulla base dei LARN o di specifiche esigenze.
- differenziare il ricettario specifico per fasce di età e di stato fisiologico.
- differenziare il ricettario secondo la tipologia di legume.
- prevedere una rotazione di menù per consentire l'impiego di un'ampia tipologia di alimenti.
- formulare menù sostitutivi.

- predisporre e aggiornare indicazioni relative al confezionamento del pasto.
- ricorrere a cotture con le quali si possono mantenere i valori di nutrienti presenti nel prodotto tal quale.
- ridurre l'impatto ambientale.
- favorire il recupero delle eccedenze alimentari ai fini di solidarietà sociale.
- modificare, introdurre o eliminare piatti in base a monitoraggio di gradimento, accettabilità, preferenza.
- prevedere l'informazione alimentare e nutrizionale rivolta al consumatore finale e/o alle famiglie e ai caregiver ..

## 4.3.3.1 in ambito ospedaliero 1

- garantire gli apporti consigliati dai LARN, considerando gli aumentati fabbisogni legati alla malattia e all'ospedalizzazione;
- proporre un'offerta strutturata in tre pasti principali più 1 o 2 spuntini per raggiungere gli apporti necessari;
- essere su base stagionale, a rotazione su una o più settimane con alternanza dei piatti in base alla durata della degenza, differenziando le strutture per acuti, da quelle riabilitative/lungo degenza;
- rispondere alle richieste e alle necessità della popolazione ricoverata, così da ridurre al minimo le rielaborazioni

## 4.3.3.1 in ambito ospedaliero 2

### VITTO COMUNE

Insieme di menù ovvero di proposte di piatti che costituiscono la dieta giornaliera messi a disposizione degli dei pazienti che non necessitano un trattamento dietetico- nutrizionale



### DIETE STANDARD

Diete standardizzate a composizione bromatologica nota, adatte a specifiche patologie (diete standard)



### DIETE *ad personam*

Diete formulate individualmente per problematiche nutrizionali complesse



# Vitto comune adulti

## Caratteristiche nutrizionali della giornata alimentare:

Calorie: 1800-2200

Proteine:  $\approx$  il 16% delle calorie totali

Lipidi:  $\approx$  il 30-34% delle calorie totali

Glucidi:  $\approx$  il 50 – 54% delle calorie totali

- Colazione:  $\approx$  il 20% delle calorie totali giornaliere
- Pranzo:  $\approx$  il 40% delle calorie totali giornaliere
- Cena:  $\approx$  il 40% delle calorie totali giornaliere
- eventuali spuntini possono contribuire fornendo il 10% della quota calorica con conseguente riduzione percentuale nei pasti principali

# Le Diete Standard

- Le diete standard hanno caratteristiche bromatologiche codificate. I menù possono essere formulati a partire dal menù del vitto comune, modificando le ricette nella consistenza degli alimenti (semiliquida, semisolida, solida-morbida) o nel contenuto di alcuni nutrienti /alimenti (es sodio, proteine, calorie, glutine, ecc.)
- I menù che contribuiscono alla terapia di una patologia, o costituiscono la terapia stessa, vanno codificati con una sigla o una dicitura in relazione alla loro caratteristica nutrizionale e non della patologia corrispondente (per esempio: ipoproteica e non per insufficienza renale )
- Non è peraltro opportuno eccedere nel numero di diete standardizzate spesso non giustificate scientificamente.

# Le Diete Standard

- Dieta iposodica
- Dieta ipoproteica
- Dieta ipocalorica
- Dieta ad alta densità nutrizionale
- Dieta a ridotto contenuto di fibre e/o di lattosio
- Dieta senza glutine
- Dieta a consistenza modificata



# Dieta iposodica sodio < 1000 mg = 2,5 g NaCl

▪ **Indicazioni:** *la dieta iposodica è indicata nella terapia dell'ipertensione arteriosa, dell'insufficienza epatica, nelle cardiopatie con scompenso, nella gestosi gravidica.*

▪ Caratteristiche nutrizionali:

Cal.: 1800-2200, Proteine: ≈ il 16%, Lipidi: ≈ il 30-34%, Glucidi: ≈ il 50 – 54%

La restrizione di sodio si ottiene riducendo la quantità di sale da cucina aggiunto ai cibi durante la cottura e limitando o escludendo alimenti particolarmente ricchi di sodio, rappresentati soprattutto da prodotti prelaborati es. paste ripiene, e prodotti conservati, prevalentemente di origine industriale (tonno in scatola, grana in bustina, salumi).

E' previsto l'utilizzo di :

- pane e grissini iposodici
- formaggio, possibilmente fresco (mozzarella, tomini, primo sale, ricotta), non più di 1-2 volte/settimana
- prosciutto cotto massimo 1 volta/settimana

# Dieta ipoproteica

- **Indicazioni:** *le diete ipoproteiche sono indicate nei pazienti affetti da insufficienza renale cronica e nelle fasi di scompenso acuto delle epatopatie con encefalopatia*

- Caratteristiche nutrizionali

il corretto utilizzo metabolico delle proteine alimentari richiede un adeguato introito calorico e la presenza di tutti gli aminoacidi essenziali: è quindi indispensabile che la dieta ipoproteica fornisca sufficienti calorie e che le proteine ad alto valore biologico (di origine animale) costituiscano almeno il 50% delle proteine fornite.

*Sono previsti due livelli di restrizione proteica a 40 g e a 50 g.*

Nell'insufficienza renale cronica è anche necessaria la restrizione *dell'apporto in fosforo che deve essere inferiore a 700 mg /die.*

possono essere utilizzati alimenti dietetici a ridotto contenuto in proteine, fosforo e potassio (latte, pane, grissini, crackers, prodotti dolciari da forno, budini

# Dieta ipocalorica

- **Indicazioni:** *le diete ipocaloriche sono indicate nei pazienti con malattie metaboliche quali obesità, sovrappeso, diabete, dislipidemie.*

- Caratteristiche nutrizionali:

prevede la riduzione dell'apporto energetico giornaliero garantendo il fabbisogno di proteine , vitamine e minerali.

Sono caratterizzate anche da una riduzione dell'apporto di zuccheri semplici con relativo aumento di quelli a lento assorbimento.

Le diete ipocaloriche sono bilanciate poiché mantengono la fisiologica ripartizione calorica tra proteine lipidi e glucidi, nonché dei micronutrienti.

*Sono previsti due livelli di restrizione calorica a 1400 Kcal, e 1600 Kcal*

la colazione non prevede marmellata, miele, burro, biscotti, zucchero, lo zucchero dovrà essere sostituito con dolcificante (aspartame o saccarina)

# Dieta di rialimentazione

- **Indicazioni:** *sono indicate nelle rialimentazioni post- operatoria o dopo digiuno prolungato (es. dopo sospensione dell'alimentazione per patologie gastro-enteriche).*

- Caratteristiche nutrizionali:

l'alimentazione dovrà essere di piccolo volume e frazionata

è utile che le proteine del pasto siano rappresentate prevalentemente da proteine di origine animale, per il loro alto valore biologico

l'apporto di lattosio deve essere inizialmente ridotto

evitare i piatti preparati con verdure e contorni di verdura, consentendo preparazioni con patate, carote e zucchine; sostituire la frutta fresca con succhi di frutta o frullati o frutta cotta

evitare l'utilizzo di alimenti integrali.

In considerazione delle diverse tipologie di procedure nelle diverse Aziende Sanitarie sono previsti due livelli, a titolo indicativo:

1° livello: calorie 1000 – 1200, proteine 40 – 60 g

2° livello: calorie 1400 – 1600, proteine 50 – 70 g

# Dieta ad alta densità nutrizionale

- **Indicazioni:** è indicata per i pazienti con scarso appetito, con difficoltà ad assumere le normali porzioni dei pasti ed in pazienti con aumentati fabbisogni calorici e proteici.

- Caratteristiche nutrizionali:

Calorie 2600, Proteine ≈ g 100, Lipidi ≈ il 50%

La caratteristica di questa dieta è di fornire molte calorie e proteine in un volume ridotto, anche con l'introduzione di più portate di secondo piatto e di spuntini nella giornata

Ciò può richiedere l'utilizzo di integrazioni (fortificazione) dei piatti con alimenti ad elevato apporto di proteine e calorie (panna, formaggio, latte, ecc.)

Requisiti :***fornire elevate quote caloriche in piccolo volume (superiori a 1 kcal/g di alimento), almeno 100 g di proteine prevalentemente di origine animale (almeno il 50%), e il 50% dell'apporto calorico giornaliero deve essere rappresentato dai grassi;***

i primi piatti, i secondi ed i contorni devono essere arricchiti di condimenti al fine di incrementare l'apporto calorico.

# Dieta a ridotto apporto di fibre e lattosio

- **Indicazioni:** *la dieta con ridotto apporto di fibre è indicata in alcuni casi di diarrea acuta, di riacutizzazione di diverticolite intestinale, nella preparazione di alcune indagini diagnostiche, nella fase di preparazione alla chirurgia colica e nella rialimentazione dopo confezionamento di ileostomia*

- Caratteristiche nutrizionali :

1800-2200 calorie, Proteine: ≈ il 16%, Lipidi: ≈ il 30-34% , Glucidi: ≈ il 50 - 54%

esclusione del latte vaccino dalla preparazione dei pasti proposti;

la dieta dovrà avere ridotto contenuto di fibra.

esclusione di piatti preparati con verdure e contorni a base di verdure consentendo solo il consumo di patate lesse, zucchine, carote cotte;

esclusione della frutta fresca consentendo solo il consumo di banana e mela. In alternativa dovrà essere proposto come dessert la mousse di frutta, lo yogurt bianco, il succo di frutta;

esclusione di tutti gli alimenti integrali eventualmente inseriti in menù

fornitura di 1 spuntino/merenda

# Dieta senza glutine

▪ **Indicazioni:** *la dieta senza glutine è indicata nei pazienti affetti da morbo celiaco, per pazienti con dermatite erpetiforme e con patologie croniche causate dall'intolleranza al glutine.*

▪ Caratteristiche nutrizionali:

La dieta sarà normocalorica, normoproteica, e nutrizionalmente equilibrata, prevedendo l'uso: di alimenti naturalmente privi di glutine, di alimenti specificatamente formulate per celiaci

Il menu infatti deve prevedere tutte le scelte dell'alimentazione comune con l'impiego di alimenti del commercio privi di glutine dove necessario.

Le fasi di preparazione e di cottura del cibo devono seguire procedure specifiche, atte ad evitare contaminazioni anche con sole tracce di glutine

il glutine è una proteina presente nei seguenti cereali: frumento, orzo, segale, avena, farro, spelta e Kamut. Non contengono glutine: mais, riso, grano saraceno, miglio, manioca, amaranto, quinoa, sorgo e teff. I derivati del frumento possono essere utilizzati come addensanti in molti cibi industriali, che possono quindi contenere glutine. E' necessario garantire che i cibi utilizzati nella dieta senza glutine ne siano assolutamente privi.

# Dieta a consistenza modificata

- **Indicazioni:** *sono indicate nei pazienti che presentino problemi meccanici o funzionali di deglutizione (es. pazienti neurologici) o in pazienti con deficit della masticazione. (es. anziani)*

- Caratteristiche nutrizionali:

prevede cibi di consistenza morbida ed omogenea, che devono essere facilmente masticabili e deglutibili. Devono essere previste modalità di preparazione che evitino che i cibi rilascino piccoli pezzi che potrebbero determinare rischio di aspirazione nelle vie aeree.

Sarà una dieta normocalorica, equilibrata con modificazione della sola consistenza.

Si articolerà su tre livelli:

SEMILIQUIDA,

SEMISOLIDA,

SOLIDA MORBIDA

# Diete ad personam

prevedono grammature e/o alimenti e/o modalità di allestimento specifiche prescritte da parte di personale esperto (dietista, medico specialista in nutrizione )



*la prescrizione di diete di esclusione (in cui singoli alimenti o interi gruppi alimentari sono esclusi) deve essere fatta unicamente sulla base di indicazioni specifiche ed a seguito di un percorso diagnostico ad hoc, validato e documentato*

# Menù per i dipendenti

Il menù per i dipendenti, redatto sulla base del vitto comune per i degenti, può prevedere integrazioni che aumentino la fruibilità in termini di varietà e sensorialità ma deve comunque essere strutturato tenendo conto della valenza educativa: promozione di stili di vita sani, sostenibilità cibo correlata



## 3.3.15 Il piatto unico

- L'adozione di un piatto unico nel rispetto delle indicazioni nutrizionali previste dai LARN e/o da esigenze individuali nella ristorazione ospedaliera, può favorire l'adozione di corrette abitudini alimentari
- Corrisponde anche a quanto previsto nel modello mediterraneo dove lo "spazio" dei secondi piatti (carni, pesce, uova, formaggi) è significativamente ridotto a favore di alimenti d'origine vegetale (legumi, ortaggi in particolar modo).
- ***La proposta del piatto unico va sostenuta con un'informazione adeguata agli utenti***

# sprego alimentare (food waste) definizione CAM

sommatoria degli scarti derivanti dalla lavorazione, dalla somministrazione (eccedenza) e/o da consumo (residuo)

## **3.3.4 eccedenza:**

Piatto/pasto non somministrato, che può essere reimpiegato, a fini di solidarietà sociale, secondo quanto definito nel capitolato di appalto.

## **3.3.5 residuo:**

Piatto/pasto somministrato, volontariamente non consumato, che non può essere reimpiegato nella ristorazione, ma riciclato se raccolto in modo differenziato.



# Prevenzione e gestione delle eccedenze alimentari (CAM E 2)

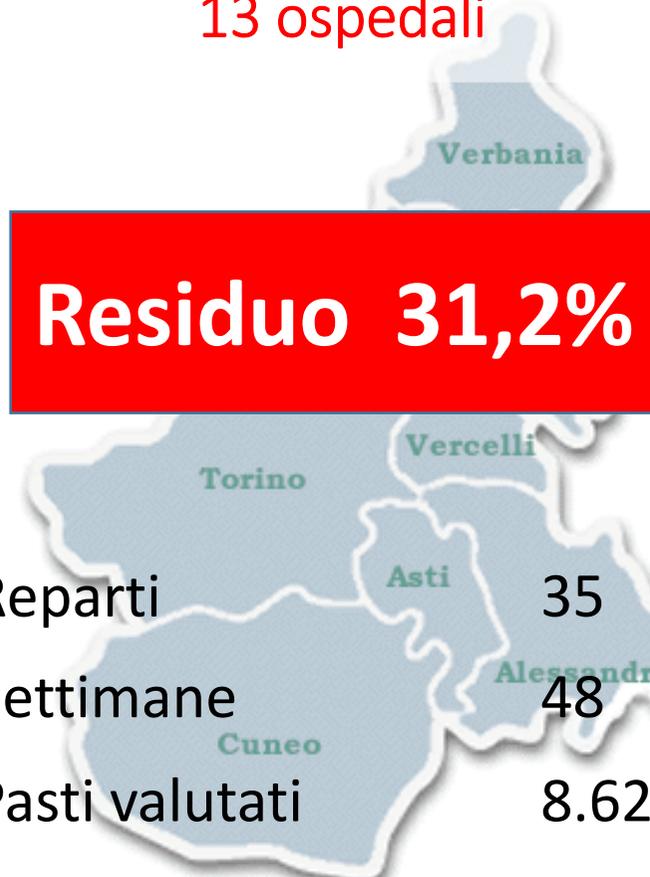
- Le eventuali eccedenze alimentari, distinguendo tra primi, secondi, contorni, frutta, piatto unico e tra cibo servito e non servito, devono essere calcolate almeno approssimativamente e monitorate.
- Devono inoltre essere analizzate le motivazioni sulla base delle quali si genera l'eventuale eccedenza alimentare, anche attraverso l'utilizzo di questionari
- Per ridurre risulta opportuno:
  - consentire la revisione del dietetico ospedaliero
  - migliorare la qualità organolettica e/o la preparazione di alcuni alimenti
  - consentire la prenotazione del pasto

## 6. Verifica della progettazione del menù

- valutazione della qualità percepita: attraverso periodica raccolta di informazioni relativa alla soddisfazione dei consumatori. I risultati devono essere elaborati, dichiarati e utilizzati come base per indurre a modifiche migliorative.
- valutazione delle eccedenze e dei residui: la valutazione qualitativa per stima o quantitativa per pesata di quanto non viene distribuito e di quanto il consumatore rifiuta spontaneamente del piatto, sono gli elementi fondamentali per riproporre grammature, porzioni, ricette, caratteristiche sensoriali.



# Qualita' quotidiana della ristorazione ospedaliera monitoraggio degli scarti in 13 ospedali



Reparti	35
Settimane	48
Pasti valutati	8.627
Rilevazioni eseguite	39.545

## 4.3.3.2 Progettazione del menù in ambito socio assistenziale

- ✓ La ristorazione nelle strutture socio assistenziali è uno strumento di prevenzione e di terapia
- ✓ il vitto deve garantire la copertura dei fabbisogni e deve anche rispondere alle particolari necessità dei soggetti più fragili



## 4.3.3.2 Progettazione del menù per le residenze sanitarie per anziani

- La razione alimentare fornita all'anziano deve essere adeguata e bilanciata
- garantire il giusto fabbisogno calorico-proteico
- deve comprendere un'ampia varietà di alimenti
- deve porre attenzione ai fattori ambientali (come la gradevolezza dell'ambiente mensa o l'appetibilità degli alimenti)
- deve porre attenzione ai fattori assistenziali (l'attenzione a evitare che il paziente lasci la maggior parte del cibo nel piatto, l'intervento nel consentire l'effettiva assunzione dei pasti in caso di compromissione dell'autonomia).

# La popolazione istituzionalizzata oggi

- soggetti fragili
- soggetti a rischio di malnutrizione o malnutriti
- soggetti con lesioni da pressione
- soggetti con disfagia
- soggetti con interazione tra dipendenza funzionale, fragilità e compromissione cognitiva

Il fabbisogno calorico e proteico, spesso non viene raggiunto nell'alimentazione quotidiana degli anziani istituzionalizzati

Le raccomandazioni sono limitate al paziente "ideale" non contemplano l'eterogeneità del paziente geriatrico in termini di:

comorbilità, polifarmacoterapia, stato funzionale e cognitivo



# Manifesto delle criticità in Nutrizione clinica e preventiva

## RECENTI PROGRESSI IN MEDICINA

### Manifesto delle Criticità in Nutrizione Clinica e Preventiva

Le prime dieci sfide italiane (2015-2018)

RAGIONE	TABELLA DELLE PESATURE
<b>PREDISPOSIZIONE DEL DOCUMENTO</b>  <b>CRITICITÀ NAZIONALI IN NUTRIZIONE CLINICA E PREVENTIVA CONLINE ALLA MAGGIOR PARTE DEI PAESI AVANZATI</b>  Sovrappeso/obesità Diabete mellito di tipo 2 Malnutrizione calorico-proteica (MCP) Sarcopenia	<b>PROPOSTE D'INTERVENTO</b>  Assenza della nutrizione obiettivi formativi del corso di laurea in medicina e chirurgia Miscellanea di proposte
Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione Comportamenti e condizioni socio-economiche a rischio di scadimento dello stato di nutrizione Nutrizione artificiale domiciliare (NAD) Stati carentziali Tossinfezioni alimentari Diffusione incongrua di integratori alimentari e necessità di aggiornamento legislativo nell'ambito della nutraceutica	<b>CONCLUSIONI</b>

THE JOURNAL OF NUTRITION HEALTH AND AGING · JANUARY 2015

## Nutritional care needs in elderly residents of long-term care institutions: Potential implications for policies

A. PEZZANA<sup>1</sup>, E. CEREDA<sup>2</sup>, P. AVAGNINA<sup>3</sup>, G. MALFI<sup>4</sup>, E. PAIOLA<sup>5</sup>, Z. FRIGHI<sup>1</sup>, I. CAPIZZI<sup>3</sup>, E. SGNAOLIN<sup>4</sup>, M.L. AMERIO<sup>5</sup>

Table 1. Baseline clinical and demographic characteristics of the population by nutritional status.

Characteristic <sup>a</sup>	Overall population (N = 1394)	Malnutrition (N = 491)	Risk of malnutrition (N = 733)	Well nourished (N = 170)	P-Value <sup>b</sup>	For malnutrition <sup>d</sup>	
						OR (95%CI)	P-Value
Male, No. (%)	368 (26.4)	117 (23.8)	183 (25.0)	68 (40.0)	<0.001	0.91 (0.66-1.25)	0.549
Age, mean (SD), years	84.0 (8.3)	85.2 (8.1)	83.7 (8.3)	82.0 (8.9)	<0.001 <sup>c</sup>	1.03 (1.01-1.04)	0.005
Body mass index, mean (SD), kg/m <sup>2</sup>	22.7 (4.2)	19.0 (3.6)	23.8 (4.6)	26.6 (4.1)	<0.001 <sup>c</sup>	--	--
MNA Short Form, mean (SD), score	8.4 (1.3)	5.4 (1.7)	9.5 (1.0)	12.4 (0.7)	<0.001 <sup>c</sup>	--	--
<b>Main admission diagnoses:</b>							
All-type dementia, N (%)	774 (55.5)	322 (65.6)	404 (55.1)	48 (28.2)	<0.001	1.37 (1.02-1.82)	0.028
Jeux cerebri, N (%)	126 (9.0)	45 (9.2)	72 (9.8)	9 (5.3)	0.178	--	0.218
Chronic psychiatric disorder, N (%)	123 (8.8)	31 (6.3)	63 (8.6)	29 (17.1)	<0.001	0.71 (0.41-1.23)	0.004
<b>Functional</b>							
Orthopaedi							
Parkinson <sup>†</sup>							0.023
Oligophren							
Other neur							
Cancer, N <sup>†</sup>							
Miscellanea							0.002
<b>Comorbidities</b>							
Swallowing [ Unt							0.004
Pressure ul							0.001
Diabetes, N							
Hypertension, N (%)	683 (49.0)	248 (50.5)	371 (50.6)	64 (37.6)	0.007	0.99 (0.76-1.29)	0.917
COPD, N (%)	128 (9.2)	44 (9.0)	69 (9.4)	15 (8.8)	0.950	--	--
Renal failure, N (%)	124 (8.9)	35 (7.1)	78 (10.6)	11 (6.5)	0.053	--	--
Totally dependent, N (%)	675 (48.4)	333 (71.9)	297 (40.5)	25 (14.7)	<0.001	2.90 (1.91-4.41)	<0.001
Artificial nutrition, N (%)	42 (3.0)	20 (4.1)	22 (3.0)	0 (0)	0.028	1.82 (0.91-3.65)	0.092
<b>Number of beds in the institution</b>							
<50, N (%)	242 (17.4)	62 (12.6)	99 (13.5)	81 (47.6)	<0.001	1.00	
50-120, N (%)	448 (32.1)	165 (33.6)	242 (33.0)	41 (24.1)		1.53 (1.04-2.25)	0.033
≥120, N (%)	704 (50.5)	264 (53.8)	392 (53.5)	48 (28.2)		1.72 (1.19-2.47)	0.004
Residents/staff person ratio					0.219	--	
<2.5 (range, 1-2.4), N (%)	985 (70.7)	346 (70.5)	529 (72.2)	110 (64.7)			
≥2.5 (range, 2.5-5.0), N (%)	409 (29.3)	145 (29.5)	204 (27.8)	60 (35.3)			
<b>Length of stay</b>							
New admission, N (%)	333 (23.9)	155 (31.6)	162 (22.1)	16 (9.4)	<0.001	1.00	
<2 years, N (%)	455 (32.6)	151 (30.7)	251 (34.2)	53 (31.2)		0.48 (0.34-0.69)	<0.001
≥2 years, N (%)	606 (43.5)	185 (37.7)	320 (43.7)	101 (59.4)		0.54 (0.39-0.76)	<0.001

1.900.000 ultra 65enni a rischio MCP

Dati estrapolati da Europe Share Santos Eggimann, 2009 (14%)

150.000 istituzionalizzati con MCP

Dati estrapolati da Agnello E, Amerio ML, 2011 (45%)



Prevalenza di malnutrizione **35.2%**

Rischio di malnutrizione **52.6%**

# MALNUTRIZIONE E SARCOPENIA SONO I PRINCIPALI DETERMINANTI DEL COSIDDETTO «FENOTIPO FRAGILE»

La fragilità è una condizione di aumentata vulnerabilità che si associa ad incrementato rischio di risultati negativi quali cadute, lesioni da pressione, peggioramento delle persistenti patologie cronico degenerative, riduzione dell'autonomia, minor resistenza agli stress, ospedalizzazione e morte

Aumentano la complessità gestionale, i costi sanitari e socioassistenziali



# COME CONTRASTARE LA MALNUTRIZIONE E LA SARCOPENIA ?

- ✓ Ottimizzare gli apporti calorico-proteici
- ✓ Se con il menù non possono essere raggiunti i necessari standard nutrizionali, fornire tra i principali pasti alimenti fortificati e/o ad alto contenuto calorico e/o supplementi nutrizionali orali ricchi di proteine
- ✓ Prevenire la perdita di peso deve essere considerata una priorità
- ✓ Prevedere un dietetico con diete standard specifiche



# MENÙ A CONSISTENZA MODIFICATA

- Il 40% - 60 % degli anziani istituzionalizzati hanno segni identificabili e sintomi di disfagia orofaringea
- La disfagia è un grave problema sanitario negli anziani in RSA poiché aumenta il rischio di malnutrizione, disidratazione, polmonite da aspirazione e morte
- I soggetti disfagici necessitano della preparazione di cibi di diversa consistenza (liquida, semiliquida, semi-solida, solida)



# PARTICOLARE ATTENZIONE VA POSTA AI MENÙ A CONSISTENZA MODIFICATA

Le preparazioni abitualmente prodotte per disfagici comportano il bisogno di elevate diluizioni al fine di consentire il raggiungimento di adeguate caratteristiche reologiche, rendendo spesso insufficiente l'apporto nutrizionale complessivo.

Tipo di dieta	Introito calorico	Deficit calorico	Introito proteico	Deficit proteico
Vitto comune	1460	82	60	6
Dieta omogenea	926	609	40	22

## 3.3.16 Finger Food



- Con finger food si intende qualsiasi cibo che può essere consumato con il semplice utilizzo delle dita
- Questi alimenti, non richiedendo l'utilizzo delle posate, semplificano l'atto del mangiare consentendo al paziente con Alzheimer di alimentarsi in modo autonomo.
- I finger food devono essere facili da maneggiare, non lasciare residui sulle dita, essere nutrienti e calorici, essere di piccole dimensioni (un solo boccone) e proposti a temperatura ambiente, sensorialmente riconoscibili come ricette del territorio per favorire nei pazienti il ricordo di alcuni sapori conosciuti

**GRAZIE PER  
L'ATTENZIONE**

