



*Piano Triennale Sicurezza Alimentare e Sanità Animale  
Regione Veneto 2008-2010*

*Area Tematica 6 "Sicurezza Nutrizionale"*

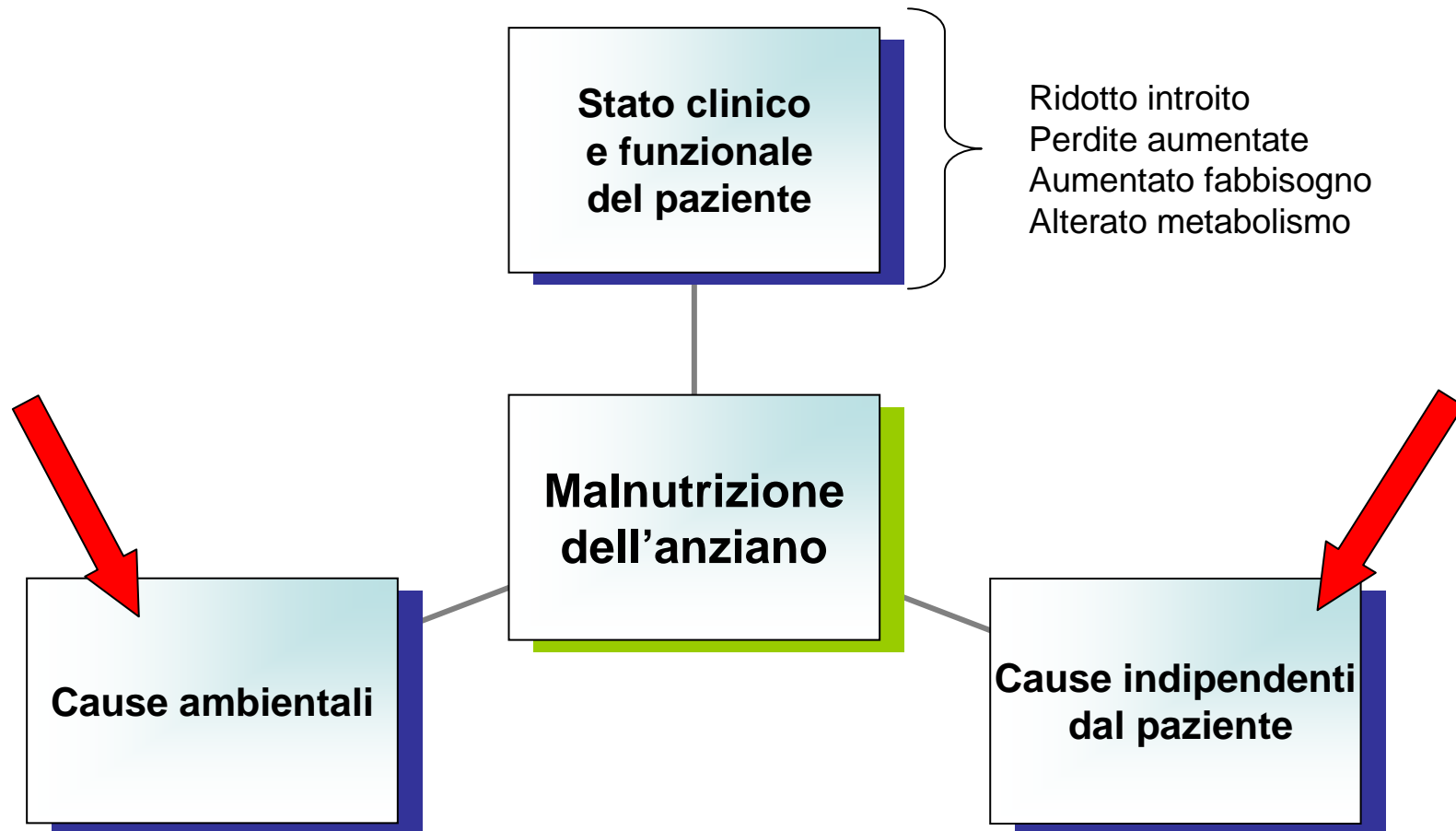
*S.I.A.N. Servizi di Igiene Alimenti e Nutrizione  
delle Aziende U.L.S.S. del Veneto*

**Ottobre 2013**

# **MODALITA' CORRETTE DI IGIENE NUTRIZIONALE**

**Dietista Boldrin Marina**

# CAUSE DI MALNUTRIZIONE DELL'ANZIANO ISTITUZIONALIZZATO



# CAUSE DI MALNUTRIZIONE DELL'ANZIANO

## LEGATE ALLO STATO CLINICO E FUNZIONALE DEL PAZIENTE

### **Introito ridotto**

- Anoressia
- Edentulia e cattiva gestione delle protesi
- Disfagia
- Abitudini e consumi alimentari inadeguati e/o insufficienti
- Malattie neuropsichiatriche (demenza, depressione)
- Malattie neurologiche (ictus, Parkinson, SLA etc.)
- Altre patologie croniche
- Deficit funzionali, motori, sensoriali
- Polifarmacoterapia

### **Perdite aumentate**

- Nausea/vomito
- Diarrea protratta
- Malassorbimento (malattia infiammatoria intestinale, pancreatite cronica)
- Fistole enteriche
- Proteinurie
- Lesioni cutanee da pressione
- Drenaggi

### **Alterato metabolismo**

- Interazioni farmacologiche
- Diabete mellito
- Insufficienza renale cronica specie se in trattamento dialitico
- Iperteroidismo

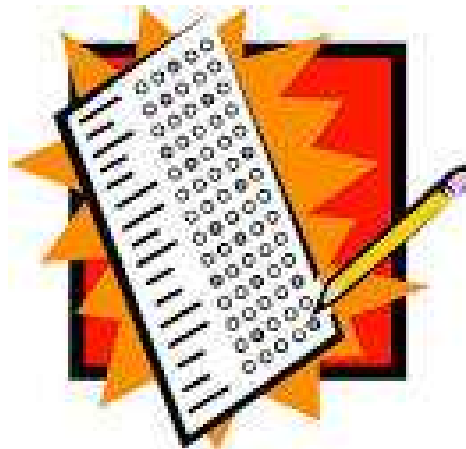
### **Aumentato fabbisogno**

- Traumi
- Ustioni
- Lesioni da pressione
- Infezioni
- Interventi chirurgici in genere

# CAUSE DI MALNUTRIZIONE DELL'ANZIANO ISTITUZIONALIZZATO

## **INDIPENDENTI DAL PAZIENTE (1)**

- Mancata rilevazione e monitoraggio del peso
- Mancata esecuzione di screening nutrizionale all'ingresso
- Mancata osservazione, registrazione, monitoraggio dell'effettivo introito alimentare



## CAUSE DI MALNUTRIZIONE DELL'ANZIANO ISTITUZIONALIZZATO **INDIPENDENTI DAL PAZIENTE (2)**

- Scarse conoscenze nutrizionali da parte del personale sanitario
- Scarsa conoscenza degli effettivi fabbisogni nutrizionali
- Scarsa conoscenza degli alimenti e della loro composizione



## CAUSE DI MALNUTRIZIONE DELL'ANZIANO ISTITUZIONALIZZATO **INDIPENDENTI DAL PAZIENTE (3)**

- Prescrizioni dietetiche troppo restrittive o inadeguate
- Frequenti digiuni correlati alla esecuzione di indagini diagnostiche
- Ritardo nell'iniziare il supporto nutrizionale
- Alimentazione artificiale ipocalorica protratta nel tempo



## CAUSE DI MALNUTRIZIONE DELL'ANZIANO ISTITUZIONALIZZATO

### **CAUSE AMBIENTALI (1)**

- Cibi poco appetibili per sapore, aspetto, presentazione
- Cibi serviti a temperature inappropriate
- Monotonia e ripetitività dei menù
- Eccessiva proposta di piatti freddi (soprattutto a cena)
- Orari dei pasti che tengono conto più delle esigenze organizzative della struttura e degli operatori che di quelle degli ospiti (es. eccessiva anticipazione del pasto serale)



## CAUSE DI MALNUTRIZIONE DELL'ANZIANO ISTITUZIONALIZZATO

### **CAUSE AMBIENTALI (2)**

- Scarsa flessibilità/disponibilità del servizio cucina
- Scarsa qualità delle materie prime (convenienza economica vs qualità nutrizionale)
- Scarsa comunicazione/collaborazione fra reparti e cucina
- Scarsa conoscenza dei gusti e delle richieste dei pazienti





## CAUSE DI MALNUTRIZIONE DELL'ANZIANO ISTITUZIONALIZZATO

### **CAUSE AMBIENTALI (3)**

- Scarsa qualità ambientale delle sale da pranzo (illuminazione, arredo, rumorosità etc.)
- Mancata o insufficiente assistenza al momento del pasto
- Mancato rispetto dei tempi del paziente



## STRATEGIE ASSISTENZIALI E STRUMENTI PRATICI (1/4)

- ✓ Conoscere le preferenze alimentari dell'anziano, con particolare riguardo ai cibi della sua tradizione gastronomica
- ✓ Garantire la possibilità di spuntini fra un pasto e l'altro
- ✓ Favorire, con le opportune accortezze, la presenza di familiari o volontari al momento del pasto



## STRATEGIE ASSISTENZIALI E STRUMENTI PRATICI (2/4)

- ✓ Non interrompere i pasti con la somministrazione delle terapie



- ✓ Somministrare gli integratori alimentari (se prescritti) negli intervalli fra un pasto e l'altro



## STRATEGIE ASSISTENZIALI E STRUMENTI PRATICI (3/4)

- ✓ Incoraggiare gli ospiti a consumare i pasti nella sala comune per favorire il senso di convivialità e il “piacere del pasto”
- ✓ Garantire ad ogni ospite un tempo adeguato per consumare il pasto, nel rispetto dei “suoi tempi”



## STRATEGIE ASSISTENZIALI E STRUMENTI PRATICI (4/4)

- ✓ Favorire, per quanto possibile, un programma di attività fisica per stimolare l'appetito
- ✓ Considerare l'utilizzo di stoviglie e posate ergonomiche



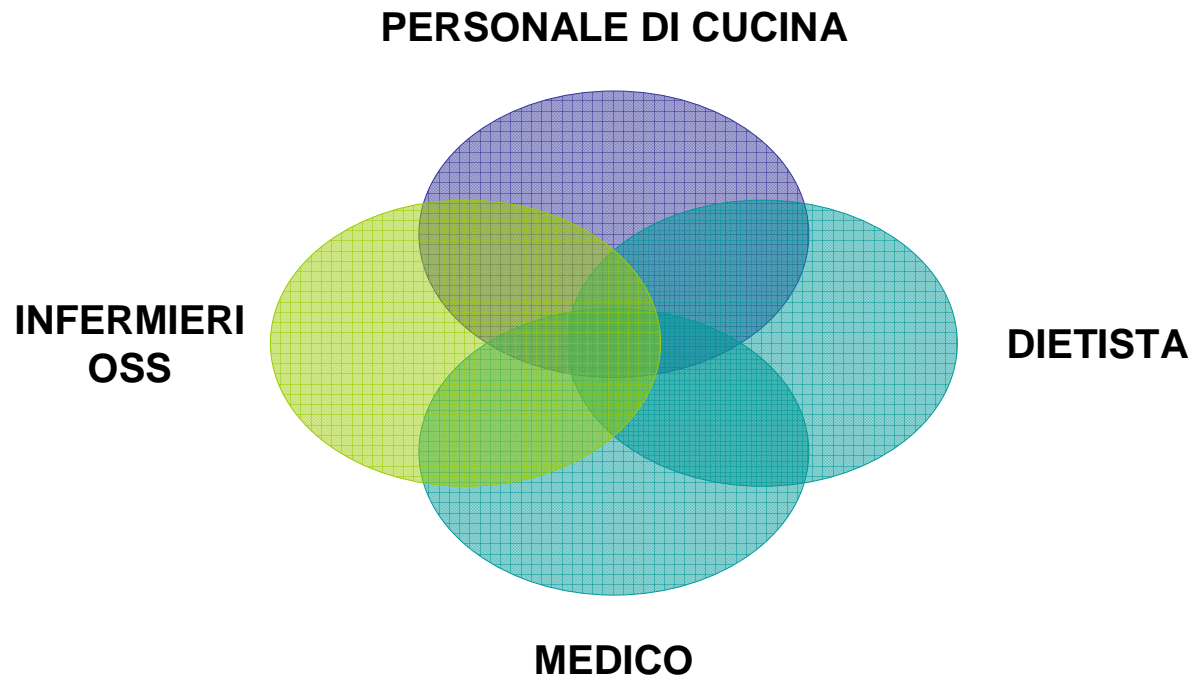
# **MENU'**

**DOCUMENTO SCRITTO  
PREDISPOSTO DALLE STRUTTURE  
DOVE È RIPORTATA NEL DETTAGLIO LA  
COMPOSIZIONE DI OGNI PASTO  
OFFERTO ALL'OSPITE**

**RICHIEDE**

**PIANIFICAZIONE CHE COINVOLGE  
I DIVERSI ASPETTI DELLA GESTIONE  
DELLA STRUTTURA, IN PARTICOLARE DEL  
SERVIZIO DI RISTORAZIONE**

# STESURA DEL MENU'



LA PARTECIPAZIONE AL LAVORO DI EQUIPE DI FIGURE PROFESSIONALI COME IL DIETISTA RAPPRESENTEREBBE UN CONTRIBUTO PREZIOSO SOPRATTUTTO NEI CONTESTI DOVE LA QUALITÀ NUTRIZIONALE DEI PASTI INCIDE SIA SUL LIVELLO DI SALUTE SIA SULLA SPETTANZA DI VITA DELL'ANZIANO

## ELABORAZIONE E FORMALIZZAZIONE DEI MENU (1)

**Stesura** dei menù settimanali e stagionali (almeno 4 settimane)

Elenco dei **singoli piatti** e delle possibili **alternative** ( “piatto del giorno” e alternative fisse)

Assicurare una buona **alternanza** fra i primi piatti (paste asciutte, risotti, paste in brodo, minestre e zuppe etc.)

Buon **equilibrio** e possibilità di scelta fra i diversi contorni (cotti/crudi)

**Armonizzare** l'accostamento tra contorno e secondo piatto (ad esempio, il pesce e patate)



## ELABORAZIONE E FORMALIZZAZIONE DEI MENU (2)

Tener conto della **stagionalità** dei piatti e delle materie prime

Privilegiare, per ragioni di costo e di qualità nutrizionale, **prodotti freschi e di stagione** oltre che, possibilmente, del territorio

Attenzione alla **qualità** della carne e alla sua preparazione con ricette che consentano di evitare una lunga masticazione (polpette, polpettoni, sformati etc.)

Uso sapiente di **aromi e spezie** per rendere i piatti più appetibili e ridurre il sale da cucina. Quanto detto vale in particolar modo per i piatti frullati (dieta a consistenza modificata per ospiti disfagici)

## ELABORAZIONE E FORMALIZZAZIONE DEI MENU (3)

Proposta e/o rielaborazione di piatti e preparazioni della **tradizione gastronomica locale**

Rispetto del **piano HACCP** prevedendo avvertenze particolari e norme di preparazione dettagliate per piatti potenzialmente a rischio

Valutare **tempi e difficoltà di preparazione** dei singoli piatti al fine di non concentrare in un singolo menù giornaliero piatti che richiedano lunghi tempi di preparazione e/o cottura

**Validazione** del menù da parte delle strutture di competenza (SIAN)

**Esposizione** del menù formalizzato su ogni nucleo della struttura, a disposizione di operatori, ospiti e familiari

## TABELLA FREQUENZE

	PIATTI / ALIMENTI	FREQUENZA MASSIMA CONSIGLIATA Per settimana	NOTE
<b>PRIMI</b>	Pasta/gnocchi/riso/orzo	7	Da alternare nel corso della settimana
	Pasta ripiena	2-3	Frequenza massima per piatti asciutti e minestre
	Polenta	2	Frequenza consigliata
	Minestre di verdure/di brodo/passati	5	
	Minestra di legumi	2	
<b>SECONDI</b>	Carne rossa/ bianca	5	Da alternare nel corso della settimana
	Pesce	3	Frequenza massima del pesce in scatola 1/sett.
	Uova	2	Compreso il possibile uso nella preparazione di altri piatti
	Affettati	2	
	formaggi	3	
<b>CONTORNI</b>	Verdure cotte/crude	14-21	
	Patate e purè	5	Possibilmente abbinato alle minestre
<b>PIATTO TIPICO</b>	Piatto tipico	1	Frequenza consigliata
<b>DESSERTS</b>	Dolce/gelato/yogurt	5	Tenendo conto dell'apporto calorico del pasto
	Frutta fresca o cotta di stagione	14	Anche sotto forma di macedonia fresca
<b>PANE</b>	Pane	14	

## IL PRONTUARIO DIETETICO



**COMPITO:** di queste Linee di Indirizzo è quello di suggerire modalità semplici per gestire in modo ottimale la nutrizione e soddisfare anche alcune esigenze di ospiti con malattie metaboliche e con difficoltà della deglutizione

**SCOPO:** garantire flessibilità e adattabilità del pasto per richieste diverse, senza che sia necessario preparare menù completamente personalizzati

# IL PRONTUARIO DIETETICO

QUALITA'

Predisporre un Prontuario Dietetico significa avere uno standard di riferimento e questo può favorire una migliore gestione della nutrizione

Nella sua pianificazione saranno da valutare questioni:

ORGANIZZATIVE

TECNOLOGICHE

NUTRIZIONALI

PSICOLOGICHE  
E DI  
BENESSERE  
PER IL PAZIENTE

## IL PRONTUARIO DIETETICO

### CHE COSA E':

E' la raccolta delle diete standardizzate e a composizione definita disponibili, per poter gestire l'alimentazione degli ospiti delle strutture residenziali extraospedaliere

### CHE COSA NON E':

Il Prontuario Dietetico è differente da un "menù" che contiene, invece, la descrizione in dettaglio dei piatti giornalieri proposti e la loro distribuzione nella giornata

# IL PRONTUARIO DIETETICO

## PREMESSA:

Le persone anziane attive e in buono stato di salute hanno esigenze nutrizionali molto simili a quelle che avevano in età adulta

Unica diversità è data dalla minore spesa energetica che si osserva prevalentemente per la riduzione del metabolismo basale, tipica dell'età avanzata e per la minore attività fisica che abitualmente è svolta



## L'invecchiamento comporta nell'organismo umano una serie di modificazioni

↑ del tessuto adiposo (+ 35%) soprattutto a livello addominale

↓ delle masse muscolari (- 40%)

↓ del volume plasmatico (- 8%)

↓ dell'acqua corporea totale (- 17%)

Queste variazioni determinano la diminuzione della cosiddetta “**massa attiva**”, con **diminuzione** proporzionale del costo energetico **del metabolismo basale**, calo stimato nell'ordine del 7-8% dai 50 ai 70 anni, del 10% dai 70 agli 80 anni



## IL PRONTUARIO DIETETICO

La **presenza di malattia** determina esigenze nutrizionali differenti. In situazioni di **malattia acuta** i fabbisogni possono aumentare anche notevolmente.

In queste situazioni non è possibile generalizzare:

INTERVENTO NUTRIZIONALE = DIETO -TERAPIA

## IL PRONTUARIO DIETETICO

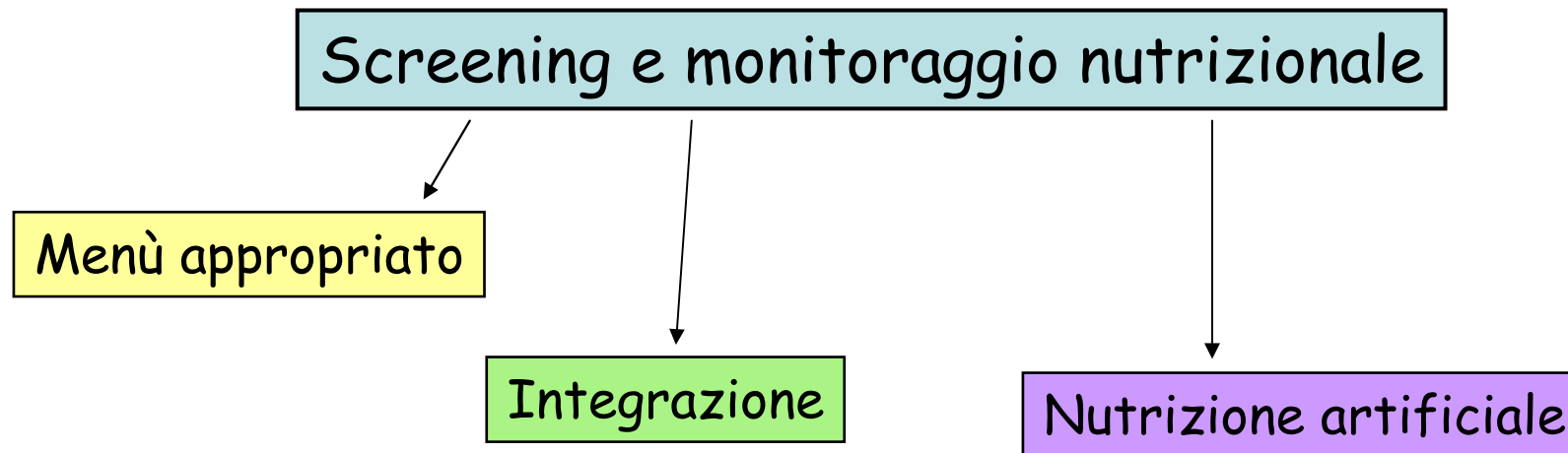
Gli anziani istituzionalizzati possono presentare situazioni di **malattia cronica** con esigenze nutrizionali differenti rispetto a quelle di altri ospiti.

Le malattie croniche che più spesso hanno conseguenze sulla composizione dell'alimentazione nelle persone anziane sono:

- le malattie dismetaboliche (diabete mellito, ipercolesterolemia ...)
- l'insufficienza renale cronica
- la difficoltà nella deglutizione
- la malnutrizione per difetto/eccesso

## UN CORRETTO APPORTO NUTRIZIONALE COME BASE DELLA TERAPIA

- Il riconoscimento precoce di un rischio nutrizionale consente di assicurare un intervento più appropriato
- La strategia nutrizionale deve tener conto della natura e della gravità delle patologie di base e delle disabilità del paziente



## IL PRONTUARIO DIETETICO

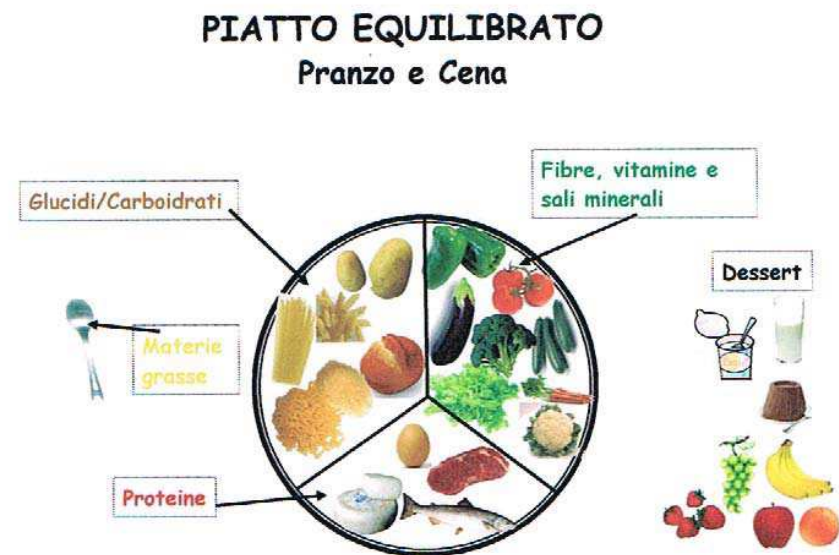
Avere pasti ben strutturati e corretti dal punto di vista nutrizionale è un ottimo obiettivo, ma questi devono anche essere accettati e graditi dai pazienti per permettere la maggiore compliance possibile allo schema posologico e dietoterapico



# IL PRONTUARIO DIETETICO

Il pasto calcolato in quantità e in energia potrà coprire il bilancio di energia e nutrienti, solo se verrà assunto nella sua totalità

Particolare attenzione andrà posta sugli “scarti” ossia porzioni servite ma non consumate. Studi hanno evidenziato che possono essere anche superiori al 42% del servito



## **IL PRONTUARIO DIETETICO**

Le raccomandazioni danno alcune indicazioni su come gestire la disfagia, ovvero la difficoltà alla deglutizione, definendo gli aspetti quantitativi, qualitativi (tipologia di alimenti e consistenza) e le modalità di somministrazione dei pasti

ALLEGATO A4

**PROTOCOLLO**

**GESTIONE**

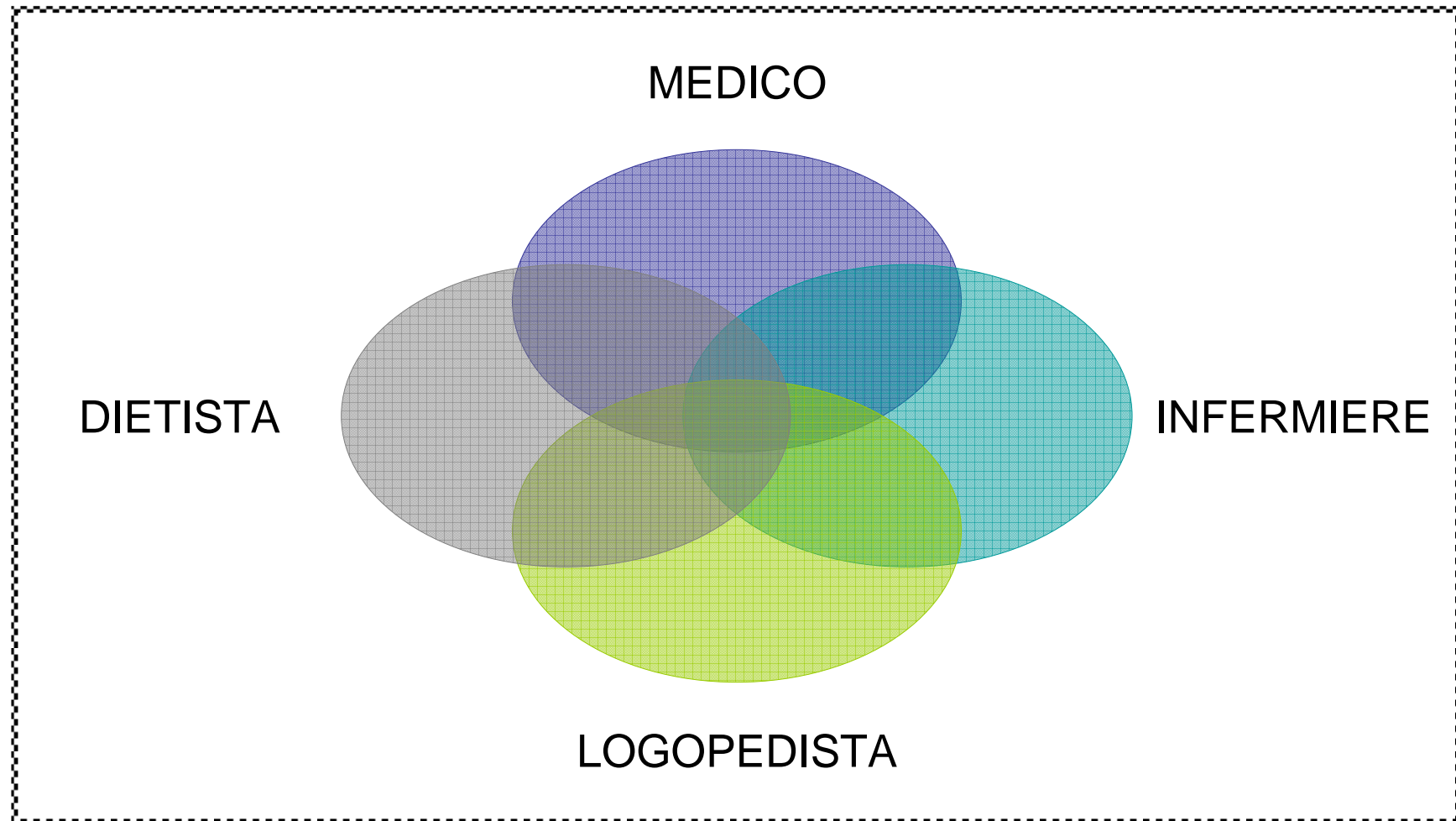
**DISFAGIA**

## PROTOCOLLO PER LA GESTIONE DELLA DISFAGIA IN 5 FASI

1. FASE DI ATTENZIONE
2. FASE DI SCREENING
3. FASE DI VALUTAZIONE SPECIALISTICA
4. INTERVENTI ASSISTENZIALI
5. CONSIGLI DIETETICI

Questo documento contiene consigli e procedure per un primo approccio al problema disfagia perché possa essere affrontato all'interno della struttura anche da personale di assistenza non specializzato, ma opportunamente addestrato a riconoscere i primi segni di difficoltà deglutitoria

La diagnosi e la gestione della disfagia richiedono un approccio multidisciplinare integrato tra:





## IL PRONTUARIO DIETETICO

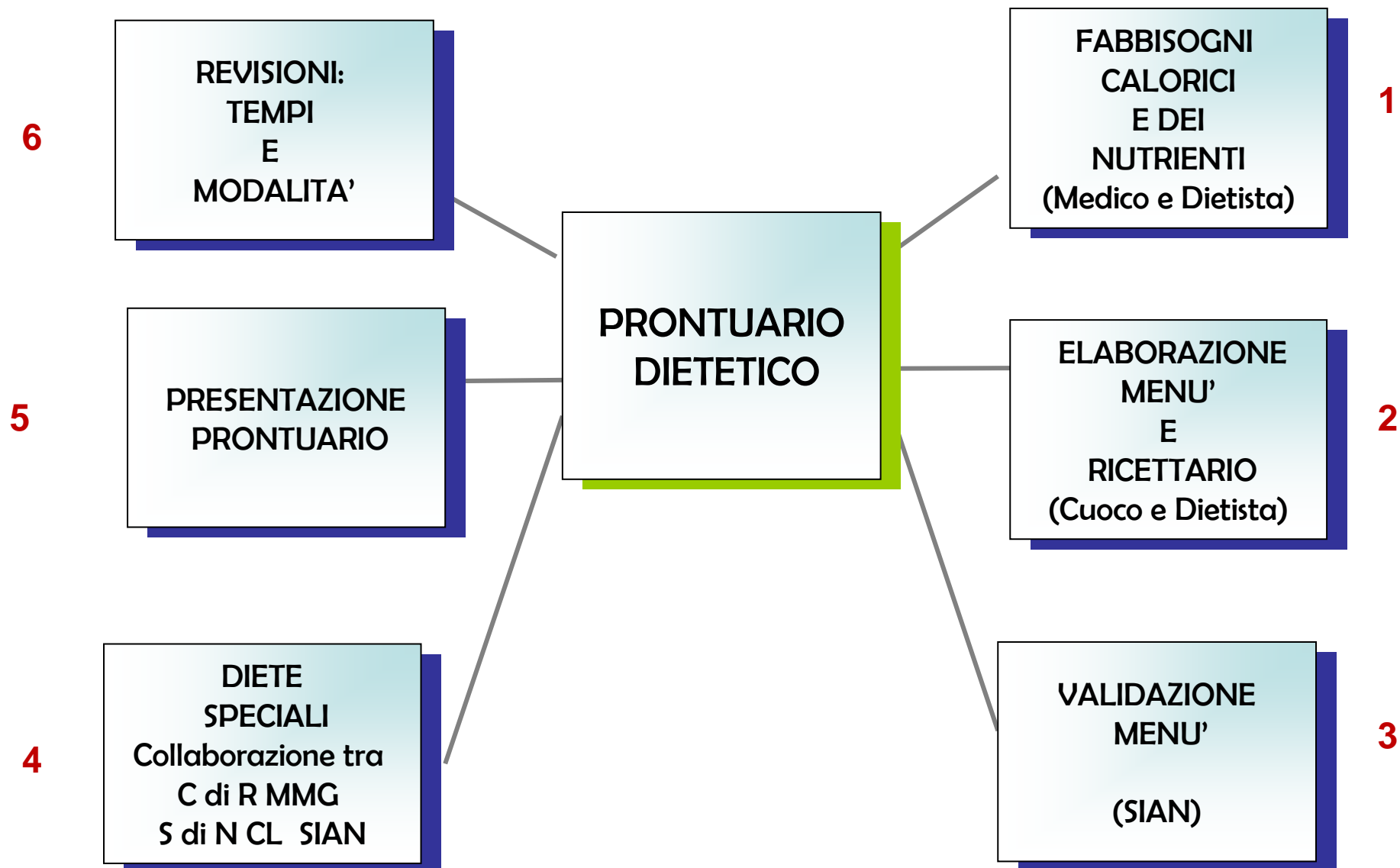
Dovrà contenere:

**Prescrizioni dietetiche soddisfacenti** dal punto di vista quanti e qualitativo, opportunamente sviluppate per la preparazione di menù settimanali,

Dovrà essere **periodicamente aggiornato** al fine di assicurare a tutti gli ospiti un adeguato apporto nutrizionale

Sarà poi **tradotto in una raccolta di ricette**, con dettagliata informazione sugli ingredienti e sulle modalità di preparazione e sulle tecniche di cottura degli alimenti

# FASI PRINCIPALI DI COSTRUZIONE DI UN PRONTUARIO DIETETICO



## IL PRONTUARIO DIETETICO

### SCHEMI DIETETICI

Sono indicati dalle **principali caratteristiche nutrizionali** (dieta normocalorica equilibrata, dieta ipocalorica, ipoproteica .... ) in modo da coprire più stati clinici con un'unica formulazione, con maggiore flessibilità nell'applicazione e possibilità di modulazione a esigenze nutrizionali differenziate (non con la dicitura della patologia)

## ESEMPIO DI PRONTUARIO DIETETICO:

Fabbisogni previsti dai LARN (Livelli di assunzione di riferimento in energia e nutrienti per la popolazione italiana)

Persona anziana con attività fisica moderata range tra 1850 e 2170 kcal/die



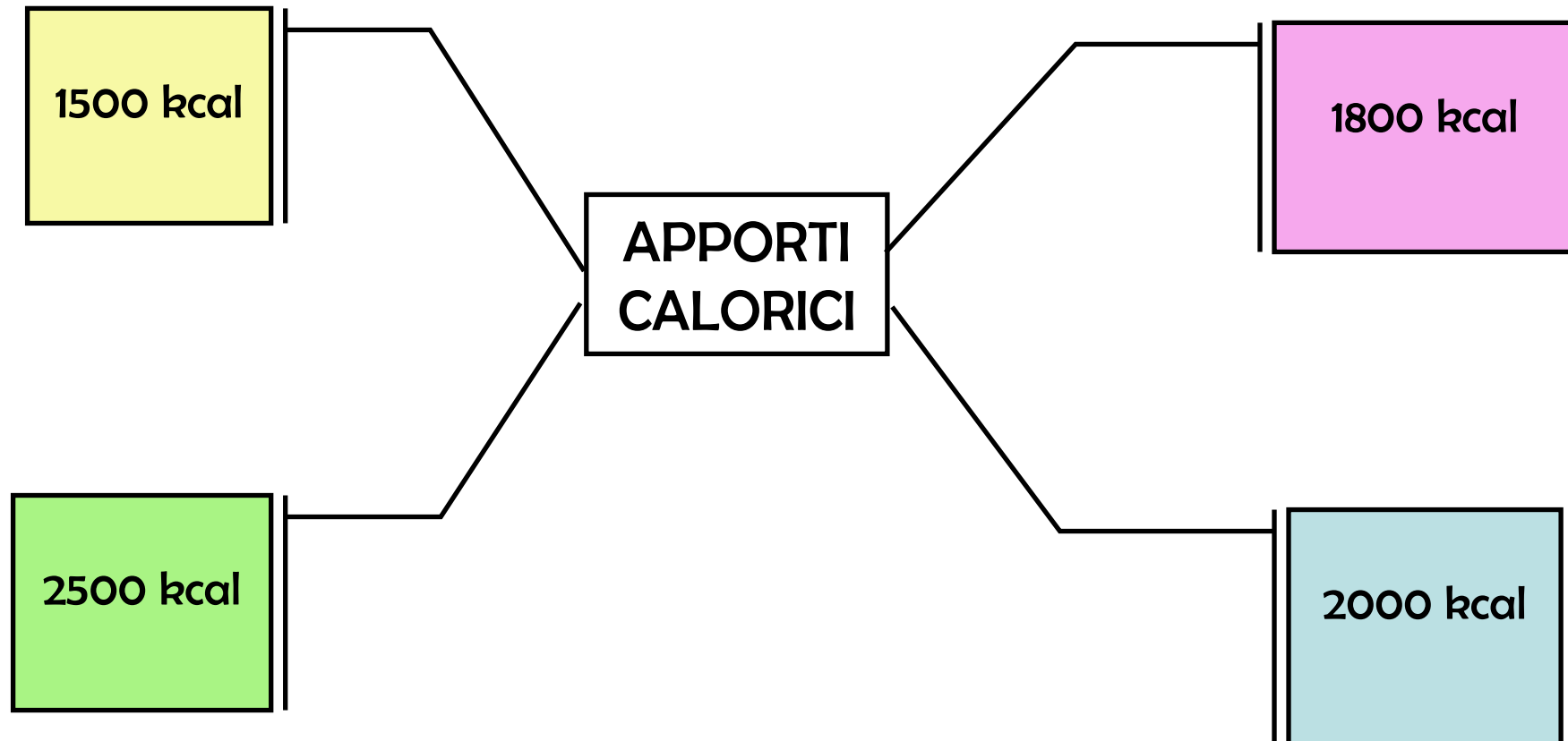
# Fabbisogno energetico

**LARN:** Livelli di assunzione di riferimento di nutrienti ed energia per la popolazione italiana

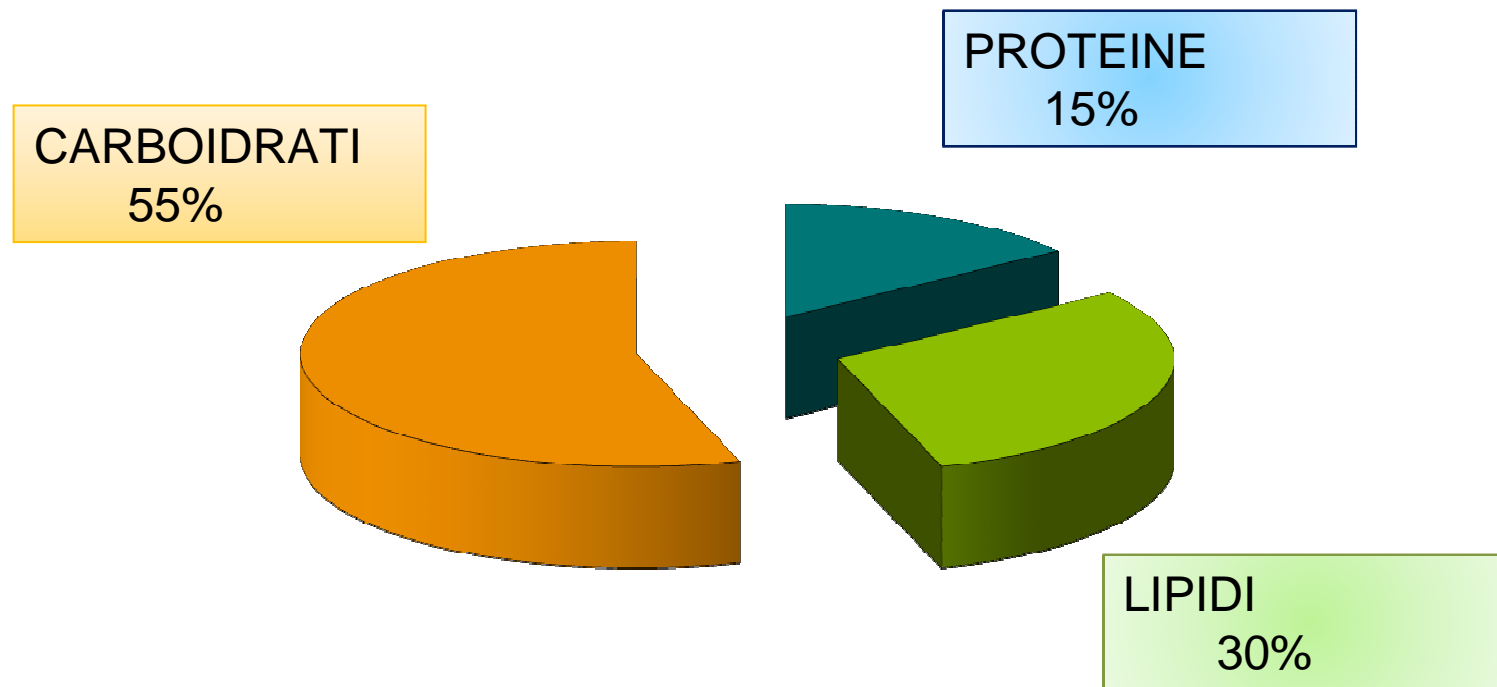
	UOMINI		DONNE	
Età	Fabbisogno (kcal/giorno)			
(anni)	Con attività Fisica auspicabile	Senza attività fisica auspicabile	Con attività fisica auspicabile	Senza attività fisica auspicabile
60-74	2000 - 2400	1900- 2250	1750 - 2050	1600 - 1900
>75	1900 - 2200	1700 - 1950	1700 - 2000	1500 - 1800

## PROPOSTA:

4 Apporti calorici applicabili alla popolazione ospite delle strutture residenziali extraospedaliere che permettono di rendere più agevolmente accettabile e varia la dieta



# DISTRIBUZIONE DEI NUTRIENTI



# Fabbisogno energetico

APPORTI CALORICI (KCAL)	INDICAZIONI
<b>1500</b>	Per ospiti con necessità di apporti energetici contenuti
<b>1800</b>	Per ospiti di sesso femminile in buono stato di salute
<b>2000</b>	Per ospiti di sesso maschile in buono stato di salute
<b>2500</b>	Per ospiti che necessitano di apporti calorici superiori o per ospiti che praticano attività fisica e sono normopeso
I vari apporti calorici possono essere adattati per ospiti con disfagia (dieta da 1700 kcal)	Per ospiti non autosufficienti con iniziali difficoltà alla deglutizione (disfagia lieve) vengono utilizzati alimenti che per la loro semplice consistenza possono essere facilmente consumati



# Fabbisogno energetico

APPORTI CALORICI	ANNOTAZIONI E POSSIBILI VARIAZIONI
<p><b>1500 kcal</b></p> <p>Per ospiti con necessità di apporti energetici contenuti</p>	<p>Non sono previsti zuccheri semplici (saccarosio e dolci), pertanto può essere utilizzata da ospiti con <b>diabete mellito compensato, ipercolesterolemia, obesità</b>.</p> <p><b>Se</b> non viene aggiunto sale durante la preparazione delle pietanze, può essere utilizzabile anche da <b>ipertesi e cardiopatici</b>.</p> <p>Non si è considerato l'uso di vino e/o alcolici</p>

# Fabbisogno energetico

APPORTI CALORICI	ANNOTAZIONI E POSSIBILI VARIAZIONI
<p><b>1800 kcal</b></p> <p>Per ospiti di sesso femminile in buono stato di salute</p>	<p>Se non vengono aggiunti zuccheri semplici (saccarosio e dolci), vino e sale, durante la preparazione delle pietanze, può essere utilizzabile anche da ospiti con <b>diabete mellito compensato, ipercolesterolemia, ipertensione arteriosa e cardiopatie.</b></p>

# Fabbisogno energetico

APPORTI CALORICI	ANNOTAZIONI E POSSIBILI VARIAZIONI
<p><b>2000 kcal</b> Per ospiti di sesso maschile in buono stato di salute</p>	<p>Se non vengono aggiunti zuccheri semplici (saccarosio e dolci), vino e sale, durante la preparazione delle pietanze, può essere utilizzabile anche da ospiti con <b>diabete mellito compensato, ipercolesterolemia, ipertensione arteriosa e cardiopatie.</b></p>

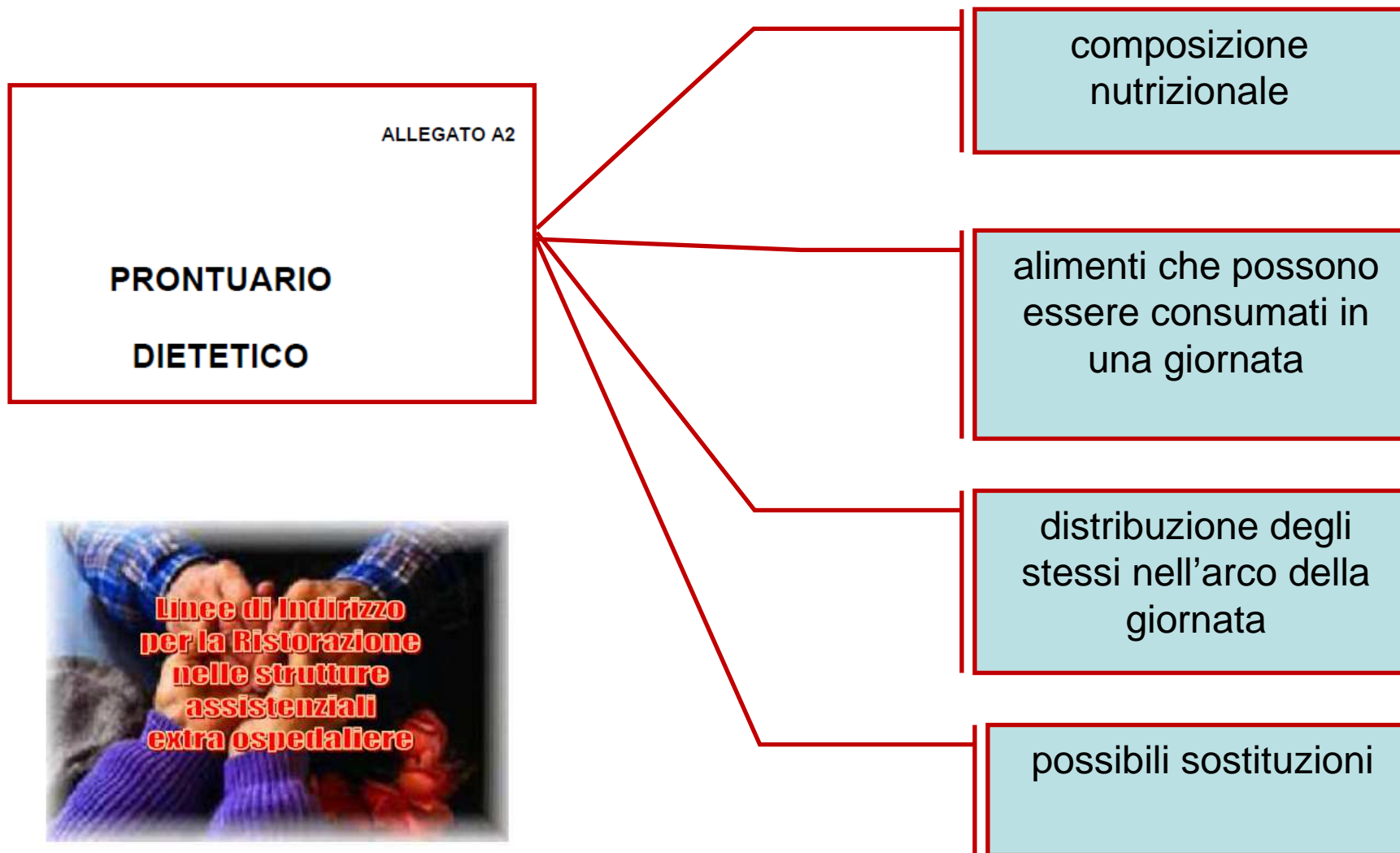
# Fabbisogno energetico

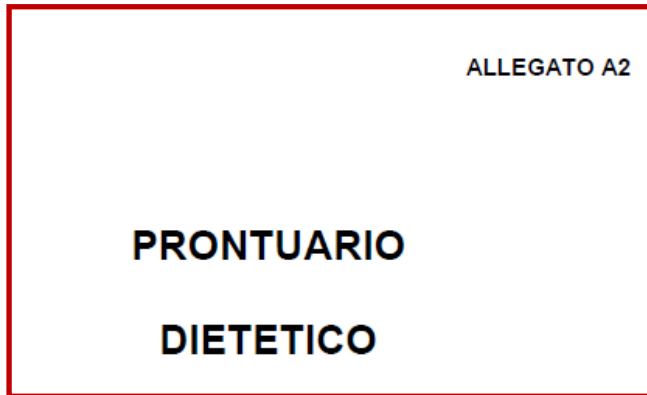
APPORTI CALORICI	ANNOTAZIONI E POSSIBILI VARIAZIONI
<p><b>2500 kcal</b></p> <p>Per ospiti che necessitano di apporti calorici superiori o per ospiti che praticano attività fisica e sono normopeso</p>	<p>Se non vengono aggiunti zuccheri semplici (saccarosio e dolci), vino e sale, durante la preparazione delle pietanze, può essere utilizzabile anche da ospiti con <b>diabete mellito compensato, ipercolesterolemia, ipertensione arteriosa e cardiopatie</b></p>

# Fabbisogno energetico

APPORTI CALORICI	ANNOTAZIONI E POSSIBILI VARIAZIONI
<p>I vari apporti calorici possono essere adattati per ospiti con disfagia</p>	<p>Per gli ospiti con <u>disfagia lieve</u>, si potrà prevedere di frullare finemente od omogeneizzare gli alimenti ed una eventuale integrazione calorico proteica e/o aggiunta di addensanti, secondo prescrizione del medico e valutazione logopedica</p>

Nell'allegato 2 vengono riportate per ogni fascia calorica:





Qualora vi siano ospiti con patologie per le quali sia necessario modificare in modo sostanziale l'apporto di alcuni nutrienti (come proteine, lipidi, fibre)

si dovranno predisporre

diete speciali personalizzate

in grado di soddisfare le singole e specifiche esigenze

**1500 kcal**

### Composizione Nutrizionale

Nutrienti	g	Kcal	%
Proteine	65	260	17
Lipidi	47	423	28
Glucidi	212	848	55
<b>Totale</b>		<b>1531</b>	<b>100</b>

Latte parzialmente scremato cc 150  
Pane integrale o comune g 150  
Pasta di semola g 80  
Carne magra g 200 (\*)  
Verdura g 400  
Frutta di stagione g 400  
Olio di oliva extravergine g 30

**E' vietato l'uso dello zucchero e del vino**

(\*): Quantità totale di alimenti con proteine di origine animale in tutti pasti della giornata (esempio esplicativo: se il primo piatto è costituito da pasta farcita con carne, come pasticcio, oppure si utilizza del ragù di carne per condire la pasta, la quantità di carne presente nel primo piatto andrà conteggiata ed andrà a sostituire in parte o in toto gli alimenti con proteine animali del secondo piatto).



## ESEMPIO DI DISTRIBUZIONE DEGLI ALIMENTI UTILIZZABILI IN UNA GIORNATA:

**1500 kcal**

<b>COLAZIONE</b>	
Latte parzialmente scremato	cc 150
Caffè d'orzo o tè (amaro o con dolcificante)	Quanto basta (Q.B.)
Pane integrale o comune	g 50
<b>PRANZO</b>	
Pasta o riso di semola	g 50
Sugo di pomodoro	Q.B.
Carne magra: manzo, pollo, tacchino, coniglio, maiale, agnello, cavallo	g 100 (*)
Verdura di stagione	g 200
Pane di tipo comune	g 50
Frutta:	
mele, pere, albicocche, pesche kiwi, arance	200 g
fragole, melone, cocomero	400 g
banana, uva, fichi e cachi	120 g
macedonia (1 v./settimana)	150 g
<b>MERENDA</b>	
Tè o caffè d'orzo (amaro o con dolcificante)	
<b>CENA</b>	
Pastina in brodo di carne (**) o di verdura	g 30
Pesce	g 120 (*)
Verdura di stagione	g 200
Frutta di stagione	g 200
Pane integrale o comune	g 50
Olio extravergine di oliva	g. 30

**1800 kcal**

**Composizione Nutrizionale**

Nutrienti	g	kcal	%
Proteine	80	320	18
Lipidi	47	423	23
Glucidi	267	1068	59
Totale		1811	100

**ESEMPIO DI DISTRIBUZIONE DEGLI ALIMENTI UTILIZZABILI IN UNA GIORNATA:**

Latte parzialmente scremato	cc 150
Pane integrale o comune	g 200
Pasta di semola	g 100
Carne magra	g 200 (*)
Verdura mista	g 400
Frutta di stagione	g 400
Olio di oliva extravergine	g 30
Zucchero	g 20 (pari a 2 bustine da 10 g ognuna)

(\*): Quantità totale di alimenti con proteine di origine animale in tutti pasti della giornata (esempio esplicativo: se il primo piatto è costituito da pasta farcita con carne, come pasticcio, oppure si utilizza del ragù di carne per condire la pasta, la quantità di carne presente nel primo piatto andrà conteggiata ed andrà a sostituire in parte o in toto gli alimenti con proteine animali del secondo piatto).

Le proposte sino a qui presentate sono state pensate per Ospiti anziani che non hanno bisogno di particolari “attenzioni” sulla quantità dei singoli nutrienti

Gli apporti sono entro i range consigliati dai LARN, anche se l’apporto proteico può essere considerato generoso per una popolazione anziana



LARN PER LE PROTEINE

		Peso corporeo	AR Fabbisogno medio		PRI Assunzione raccomandata per la popolazione		SDT Obiettivo nutrizionale per la prevenzione	
			(kg)	(g/kg×die)	(g/die)	(g/kg×die)	(g/die)	(g/kg×die)
LATTANTI	6-12 mesi	8,6	1,11	9	1,32	11		
BAMBINI-ADOLESCENTI								
	1-3 anni	13,7	0,82	11	1,00	14		
	4-6 anni	20,6	0,76	16	0,94	19		
	7-10 anni	31,4	0,81	25	0,99	31		
Maschi	11-14 anni	49,7	0,79	39	0,97	48		
	15-17 anni	66,6	0,79	50	0,93	62		
Femmine	11-14 anni	50,7	0,77	39	0,95	48		
	15-17 anni	55,7	0,72	40	0,90	50		
ADULTI								
Maschi	18-29 anni	70,0	0,71	50	0,90	63		
	30-59 anni	70,0	0,71	50	0,90	63		
	60-74 anni	70,0					1,1	77
	≥75 anni	70,0					1,1	77
Femmine	18-29 anni	60,0	0,71	43	0,90	54		
	30-59 anni	60,0	0,71	43	0,90	54		
	60-74 anni	60,0					1,1	66
	≥75 anni	60,0					1,1	66
GRAVIDANZA	I trimestre			+0,5		+1		
	II trimestre			+7		+8		
	III trimestre			+21		+26		
ALLATTAMENTO	I semestre			+17		+21		
	II semestre			+11		+14		

# Fabbisogno proteico

**Non inferiore a 0,75 g/kg/die e non superiore a 1,1 g/kg/die pari ad un apporto proteico del 15%-18% delle calorie totali**

**Una quota insufficiente di proteine può portare a:**

- o Usura tissutale
- o Ritardare la riparazione in caso di piaghe da decubito
- o Anemia
- o Riduzione delle proteine plasmatiche
- o Gravi forme d'edema
- o Diminuzione delle capacità reattive del sistema immunitario

# Fabbisogno proteico

**Le proteine di elevato valore biologico devono rappresentare almeno il 50% delle proteine totali giornaliere.**

È quindi necessario assicurare giornalmente una porzione di carne o pesce o uova, integrate da un'adeguata quantità di latticini (latte, yogurt, formaggi) e di legumi e cereali per garantire un adeguato apporto di aminoacidi essenziali

# CELIACHIA

Legge 4 luglio 2005, n. 123

**"Norme per la protezione dei soggetti malati di celiachia"**

pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* n. 156 del 7 luglio 2005

# CELIACHIA

L'elevata prevalenza della celiachia nella popolazione, con impatto sia in ambito sanitario sia economico, ha portato a una serie di interventi normativi a tutela dei celiaci e in particolare alla Legge 4 luglio 2005 n.123

**"Norme per la protezione dei soggetti malati di celiachia"**  
pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 156 del 7 luglio 2005

All'art. 4, la legge evidenzia che:

**«nelle mense delle strutture scolastiche e ospedaliere e nelle mense delle strutture pubbliche devono essere somministrati, previa richiesta degli interessati, anche pasti senza glutine»**



# CELIACHIA



- **Condizione di intolleranza permanente al glutine**, proteina contenuta in alcuni cereali (frumento, orzo, segale, farro kamut, spelta, triticale)
- Nelle persone geneticamente predisposte, il glutine esercita un'azione tossica, alterando la struttura e la funzionalità della mucosa intestinale, fino a compromettere l'assorbimento degli alimenti e lo stato di nutrizione dell'intero organismo
- **Prevalenza: 1/100-150**
- I **sintomi** più caratteristici sono generalmente **disturbi intestinali** (diarrea, vomito, addome gonfio), ma possono verificarsi anche altre manifestazioni sfumate quali anemia, spossatezza, ecc.
- **Terapia: dieta priva di glutine**, osservata rigorosamente e per tutta la vita

# LA RISTORAZIONE IN CASA DI RIPOSO

L'organizzazione del servizio di ristorazione nelle strutture per anziani presenta aspetti di rilevante complessità organizzativa e di delicatezza gestionale e dovrà tener conto di:



# Ricettario per le case di riposo e gli ospedali



Piano Triennale Sicurezza Alimentare e Sanità Animale  
Regione Veneto 2008-2010

Area Tematica 6 "Sicurezza Nutrizionale"

S.I.A.N. Servizi di Igiene Alimenti e Nutrizione  
delle Aziende U.L.S.S. del Veneto

Aprile 2012