



RAF "SOCIETA' DI PATROCINIO
DIMESSI OO.PP DI TORINO

PROTOCOLLO PER LA

NUTRIZIONE E LA

CORRETTA

SOMMINISTRAZIONE

DEL VITTO



OBIETTIVI

Scopi principali di questo protocollo sono:

- mantenere/migliorare lo stato nutrizionale degli ospiti della nostra struttura
- evitare stati di malnutrizione, soprattutto in concomitanza con l'insorgenza di patologie debilitanti
- migliorare la qualità di vita degli ospiti

Per raggiungere tali obiettivi occorre:

- conoscere i principi fondamentali di una corretta alimentazione
- predisporre e far conoscere al personale le prescrizioni dietetiche più frequenti
- conoscere i principi fondamentali della malnutrizione così da saper riconoscere tempestivamente i soggetti a "rischio malnutrizione"
- stabilire norme univoche di comportamento da adottare da parte del personale durante la somministrazione del vitto agli ospiti
- stabilire le corrette modalità di assistenza alla persona anziana durante l'alimentazione

DESTINATARI

Tutti gli ospiti della struttura con particolare attenzione per quelli a rischio malnutrizione

RISORSE UMANE

MMG, infermieri, oss, personale di cucina ognuno per le proprie competenze

NORMATIVA DI RIFERIMENTO

HACCP



GENERALITA' SULL'ALIMENTAZIONE

Una alimentazione sana è una alimentazione equilibrata e varia, cioè quando rispetta il fabbisogno calorico e quando contiene un apporto bilanciato di nutrienti

Essa:

- favorisce il benessere dell'individuo
- promuove il buon funzionamento dell'intero organismo

Le linee guida dell'Istituto Nazionale della Nutrizione raccomandano:

- mantenere nei limiti il peso corporeo attraverso il controllo degli alimenti assunti e la sostituzione di alimenti troppo energetici con quelli ricchi di fibre
- controllare l'assunzione di zuccheri
- limitare l'eccesso di grassi e colesterolo che costituiscono un importante fattore di rischio per malattie cardiache. Per condire usare di preferenza olio di oliva crudo, limitando l'impiego di burro, lardo, panna. Limitare il consumo di formaggi grassi
- assumere più cereali, legumi, ortaggi e frutta che garantiscono l'apporto di amido, proteine, vitamine, sali minerali e fibra
- assumere bevande alcoliche con moderazione e sempre durante i pasti
- contenere l'utilizzo di sale sia sotto forma di condimento sia il consumo di alimenti quali insaccati, ecc. Tutto il sale di cui l'organismo necessita è contenuto negli alimenti naturali. La quantità giornaliera necessaria è inferiore a 3 grammi e non deve superare i 6 grammi
- variare la scelta degli alimenti in modo da garantire all'organismo l'apporto di tutti i nutrienti dei quali abbisogna: vitamine, Sali minerali, proteine, zuccheri, grassi

Gli **alimenti** sono stati distinti in sette gruppi, ciascuno dei quali fornisce nutrienti specifici, favorendo l'adempimento di una o più funzioni: energetica, plastica, protettiva, regolatrice



RAF "SOCIETA' DI PATROCINIO
DIMESSI OO.PP DI TORINO

Gruppo	Principi nutritivi	Funzione
1. carne, pesce, uova comprende tutti i tipi di carne, compresi gli insaccati e gli scatolati tutti i tipi di pesce, le uova	proteine ad elevato potere biologico ferro vitamine del gruppo B vitamine A, D, K minerali: iodio, selenio, zinco	plastica
2. latte e derivati comprende tutti i tipi di latte, latticini, yogurt, formaggi	proteine ad alto valore biologico calcio fosforo vitamine del gruppo B vitamine A e D lipidi	plastica
3. cereali e derivati comprende tutti i tipi di pane, pasta e riso, pizza, fette biscottate, grissini, cracker, patate, polenta	glucidi vitamine del gruppo B proteine di medio e basso valore biologico	plastica
4. legumi comprende fagioli, fave, soia, lenticchie, piselli, ceci	proteine di medio valore biologico ferro glucidi fibra vitamine del gruppo B	plastica
5. oli e grassi comprende tutti i tipi di grasso animale e vegetale: lardo, strutto, burro, panna, olio di semi e oliva, margarina	lipidi vitamine A ed E	plastica
6. ortaggi e frutta a questo gruppo appartengono gli ortaggi e la frutta di colore giallo, arancio e verde scuro	Fibra vitamine A, C, B, E glucidi minerali: calcio, fosforo, potassio, ferro	protettiva regolatrice
7. ortaggi e frutta in questo gruppo rientrano la frutta acidula e le verdure a gemma	vitamine A e C fibra glucidi minerali: fosforo, potassio	protettiva regolatrice



LE PRESCRIZIONI DIETETICHE PIU' FREQUENTI

Numerose patologie impongono restrizioni dietetiche sia in termini di qualità e quantità di nutrienti sia in relazione alle modalità di preparazione dei cibi

DIETA	CARATTERISTICHE	INDICAZIONI
LIQUIDA	E' caratterizzata da alimenti liquidi: latte, brodo, succhi di frutta o verdure filtrati	Febbre elevata, nausea e/o vomito con perdita eccessiva di liquidi, nelle persone che non riescono ad assumere alimenti solidi
SEMILIQUIDA	E' costituita da alimenti di consistenza morbida: passato di verdura, frullati di frutta, frullati di carne, creme, semolini.....	Persone con difficoltà nella deglutizione. Dopo un periodo di dieta liquida per tornare con gradualità ad una alimentazione normale. Dopo prolungato digiuno
A BASSO RESIDUO	E' composta da alimenti che lasciano poco "residuo" a livello del colon: riso e pasta in bianco, succhi di frutta e verdura filtrati, cracker.....	In caso di diarrea o di patologie del colon
IPOCALORICA	E' caratterizzata da un apporto calorico inferiore al fabbisogno giornaliero. Sono pertanto esclusi: formaggi, condimenti, dolci	Persone che devono perdere di peso
IPERCALORICA	E' caratterizzata da un apporto calorico elevato e quindi da un incremento di tutti i tipi di alimenti	Persone che devono aumentare di peso
AD ALTO CONTENUTO PROTEICO	E' incrementata l'assunzione di carne, biscotti per l'infanzia, omogeneizzati	Casi nei quali è necessario favorire la rigenerazione dei tessuti, ad esempio LDD
A BASSO CONTENUTO DI LIPIDI	E' incrementata l'assunzione di carboidrati e proteine, mentre vengono ridotti i lipidi. Viene quindi contenuto il consumo di carni rosse, formaggi, dolciumi ed aumentato quello di carni bianche, pesce, zuppe di verdure	Ipercolesterolemia Malattie cardiovascolari
PER DIABETICI	E' caratterizzata da un'assunzione regolata di carboidrati	Diabete
IPOSODICA	Sono esclusi: sale, insaccati, cibi conservati, formaggi stagionati	Malattie renali Malattie dell'apparato cardio circolatorio



LA MALNUTRIZIONE

La malnutrizione è uno stato di alterazione funzionale, strutturale e di sviluppo conseguente alla discrepanza tra disponibilità di nutrienti essenziali/calorie per i tessuti ed il fabbisogno biologico specifico dell'organismo

E' una condizione che va riconosciuta tempestivamente, soprattutto nella persona anziana, in quanto comporta un eccesso di morbilità e mortalità

Le numerose possibili cause di inadeguato introito alimentare nell'anziano e la ridotta riserva funzionale d'organo, caratteristica del processo biologico dell'invecchiamento, fanno della **persona anziana istituzionalizzata un soggetto ad elevato rischio di malnutrizione**

La letteratura riporta in questa in questa categoria di persone percentuali di malnutrizione comprese tra il 20, il 50 e perfino l'80% a seconda degli studi, con gradi di deplezione più grave nei soggetti di sesso femminile o di età più avanzata

Eziopatogenesi della malnutrizione

1 inadeguato apporto	per apporto complessivo di cibo insufficiente per apporto sbilanciato
2 aumentato fabbisogno	per richieste metaboliche aumentate
3 insufficiente utilizzo dei nutrienti	per alterato assorbimento per alterato metabolismo

Possibili cause favorenti l'inadeguato introito alimentare nella persona anziana

- errori alimentari
- monotonia della dieta
- riduzione della capacità olfattiva
- riduzione della capacità gustativa
- modificazioni dell'apparato digerente quali riduzione del volume dei secreti digestivi (saliva, acido cloridrico, enzimi digestivi), della motilità del tubo digerente, dell'assorbimento dei nutrienti con ripercussioni sull'appetito e sul precoce senso di sazietà e sulla scelta dei cibi considerati "leggeri"
- scarsa igiene orale, patologie periodontali, masticazione inefficiente



RAF "SOCIETA' DI PATROCINIO
DIMESSI OO.PP DI TORINO

- inabilità fisiche (paresi, artriti, artrosi), difficoltà al movimento mano – bocca ed all'autonomia all'alimentazione
- ipovisus
- solitudine, disinteresse sociale, mancanza di affetti, depressione
- turbe mentali, demenze
- patologie croniche (es. bronchiti croniche, enfisema), politerapie, episodi infettivi intercorrenti
- esiti di interventi chirurgici (ad esempio gastrectomia)

In **ambiente residenziale** possono sussistere **ulteriori fattori di malnutrizione**, del tutto estranei al paziente:

- mancata registrazione di peso ed altezza
- dispersione di responsabilità nell'accudire la persona
- prolungati trattamenti con infusione venose
- mancata osservazione e registrazione dell'introito alimentare
- mancato riconoscimento dell'aumentato fabbisogno energetico per traumi o malattia o comparsa di LDD
- ritardo nel supporto nutrizionale alla persona in grave stato carenziale
- limitata disponibilità di esami di laboratorio per valutare lo stato nutrizionale o mancata utilizzazione di questi
- scarsa educazione nutrizionale del personale

Classificazione delle sindromi malnutrite

1 cronica o marasmatica	a lenta evoluzione	riduzione delle riserve adipose
2 acuta o ipoalbuminemica	a rapida evoluzione	riduzione delle proteine viscerali riduzione della risposta immunitaria
3 mista	presenta caratteristiche comuni ad entrambi i quadri precedenti	

Più frequente nella persona anziana è la **malnutrizione cronica**, a lenta evoluzione, caratterizzata inizialmente da una deplezione delle riserve adipose e poi delle masse muscolari; le proteine circolanti rimangono generalmente nella norma e la risposta immunitaria, in assenza di stress, può essere conservativa.

Segue come frequenza la **forma mista**: una malattia acuta si manifesta in un soggetto già cronicamente malnutrito determinando una situazione di ipermetabolismo con elevato dispendio energetico e catabolismo proteico in un soggetto con scarse riserve energetiche e scarso patrimonio proteico



Conseguenze della malnutrizione

primarie

funzionalità intestinale
guarigione delle ferite
funzionalità muscolare
risposta ventilatoria
risposta immunitaria
rischio di infezioni

secondarie

morbilità
durata della degenza
impiego di farmaci
durata della riabilitazione
qualità di vita
mortalità

Diagnosi di malnutrizione

La valutazione dello stato nutrizionale di una persona richiede l'utilizzo di metodologie ed indicatori molteplici

• valutazione clinica

I criteri clinici rivestono importanza diagnostica prioritaria; se non esiste il sospetto clinico, tutte le altre indagini non hanno valore

La diagnosi di malnutrizione deve essere posta già in fase preclinica. E' sempre troppo tardivo il riconoscimento dei segni clinici manifesti di malnutrizione.

Indici precoci sono: modificazioni del peso corporeo, alterazioni dell'appetito e/o mancanza di interesse per il cibo



Principali segni clinici di malnutrizione

Organo	Quadro clinico	Probabile carenza nutrizionale
Condizioni generali	Calo ponderale, aspetto emaciato	Proteine ed energia
Cute	Dermatite	Proteine, zinco, vitamina A
Sottocute	Assottigliato, presenza di edema	Proteine ed energia
Mucose	Pallide	Ferro, vitamina E
Unghie	Fragilità, striature	Ferro Aspecifica
Capelli	Alterazioni di colore e/o struttura	Proteine ed energia
Labbra	Perdita di capelli Lesioni angolari bilaterali	Zinco, ferro, ac. grassi essen Proteine, ferro, vit. B12
Scheletro	Atrofia muscolare	Proteine, energia

• indagini biumorali

Nessuno dei marker biumorali di malnutrizione possiede i requisiti di elevata sensibilità e specificità

Albuminemia: ha il vantaggio della semplicità e del suo possibile impiego routinario. Un limite importante al suo impiego è rappresentato dalla lunga emivita (circa 20 gg) che la rende marker poco idoneo a valutare modificazioni dello stato nutrizionale che si configurano in tempi brevi

Transferrinemia: ha emivita più breve ed è pertanto più indicata della precedente a sorvegliare rapide modificazioni dello stato nutrizionale

Proteina legante il retinolo: è la proteina viscerale a più breve emivita (10 ore) e a più bassa concentrazione plasmatica (2,6 – 7,6 mg/dl). La sua riduzione in caso di malnutrizione è molto marcata e precoce

Calcolo dell'indice creatinina-altezza (IC): consiste nel confronto tra escrezione urinaria di creatinina nelle 24 ore con il valore teorico atteso in base all'altezza del soggetto (IC= secrezione urinaria 24 h misurata/escrezione



RAF "SOCIETA' DI PATROCINIO
DIMESSI OO.PP DI TORINO

urinaria 24 h ideale x 100). Poiché la creatininuria dipende essenzialmente dalla massa muscolare, la sua riduzione è indice di riduzione di questo compartimento. Tale parametro può essere falsato da assunzione di carne o pesce, febbre, traumi, malattie renali

Test immunologici: sono indicatori indiretti di malnutrizione. Il più utilizzato è il numero di linfociti circolanti (patologici quando <1500/mm³)

Colesterolemia: è indicatore di malnutrizione calorico proteico quando presenta riduzione maggiore del 25% nell'ultimo anno

- **misurazioni antropometriche**

Prima di tutto la rilevazione di peso ed altezza

Quando la statura non può essere misurata, si può utilizzare un dato anamnestico (altezza a 20 anni) oppure l'altezza al ginocchio (distanza tra il tallone e la rotula) ed utilizzando un nomogramma

Dal rapporto tra il peso (in kg) ed il quadrato dell'altezza (in metri) si ricava l'Indice di Massa Corporea o **BMI**

$$\text{BMI} = \text{peso (kg)} / \text{altezza}^2 \text{ (metri)}$$

un soggetto è considerato sottopeso quando BMI è < 18,5

Anche la misurazione del **peso corporeo** ha notevole importanza clinico-diagnostica: una perdita del peso del 10% negli ultimi 6 mesi è indice di malnutrizione e risulta altamente predittiva di frattura della testa del femore, disabilità e mortalità

Non esistono oggi evidenze per raccomandare l'uso della **plicometria** in quanto il suo margine d'errore è troppo ampio

Conserva invece ancora qualche utilità la misurazione della circonferenza del braccio o **MAC** quale indice indiretto di massa muscolare. La MAC viene misurata al punto di mezzo del braccio non dominante. Il suo valore diminuisce con l'età



RAF "SOCIETA' DI PATROCINIO
DIMESSI OO.PP DI TORINO

- **valutazione del bilancio energetico:**

Prevede la stima dell'introito calorico e del dispendio energetico

valutazione dell'introito calorico: il sistema di rilevazione più immediato di rilevazione è quello dell'osservazione diretta da parte del personale infermieristico e di assistenza

valutazione del dispendio energetico: si può effettuare mediante la formula di Harris e Benedict

- **valutazione del rischio di malnutrizione**

Molto spesso però porre diagnosi di malnutrizione quando questa è ormai conclamata può essere tardivo, perché le complicanze già in atto rendono difficile il ripristino di condizioni soddisfacenti.

L'aspetto più importante è quello di saper valutare il **rischio di malnutrizione**

Per fare ciò sono utili strumenti di valutazione multidimensionali quali il Protocollo Scales, il Mini Nutritional Assessment o **MNA** e l'Eating Behavioral Scale o **EBS**

Il **MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT** è un test di valutazione multidimensionale nato in Francia, nei laboratori della Nestlé, al fine di individuare il rischio di malnutrizione in soggetti anziani fragili ed in particolar modo nei soggetti istituzionalizzati

Si compone di 4 parti:

- valutazione antropometrica
- valutazione generale
- valutazione dietetica
- autovalutazione

L'EATING BEHAVIORAL SCALE ha lo scopo di misurare l'abilità funzionale dei soggetti con demenza, durante il pasto

La scala valuta sia gli aspetti cognitivi sia quelli motori e considera 6 differenti aspetti del pasto:

- capacità di iniziare il pasto
- capacità di mantenere l'attenzione
- capacità di localizzare il cibo
- capacità di usare in modo appropriato le posate
- capacità di masticare e deglutire senza disfagia
- capacità di terminare il pasto



Permette di definire i vari livelli di autonomia del soggetto e quindi di differenziare il livello di intervento assistenziale necessario

VALUTAZIONE DELLO STATO NUTRIZIONALE DELL'OSPITE NELLA NOSTRA STRUTTURA

(Infermieri, MMG)

- entro 10 giorni dall'ingresso di ogni nuovo ospite l'infermiere provvede a compilare la "Scheda Alimentazione" nella quale vengono annotati: peso ed altezza, MBI, grado di autosufficienza, abitudini alimentari, necessità di diete particolari, eventuali disturbi, stato della dentizione
- se il peso corporeo è idoneo rispetto all'età e all'altezza e l'assunzione di cibo nei giorni successivi all'ingresso in struttura risulta adeguata:
rivalutazione periodica in concomitanza con la revisione del PAI oppure
rivalutazione più ravvicinata nel tempo in caso di comparsa di episodio acuto ipermetabolico (febbre elevata, comparsa di LDD)
- se il peso corporeo risulta ridotto:
valutazione del rischio di malnutrizione mediante MNA ed EBS
controllo della capacità di alimentarsi per via orale
valutazione delle patologie e terapie in atto
valutazione insieme con il MMG della necessità di istituire un programma nutrizionale personalizzato. Il MMG può decidere di avvalersi di visita specialistica presso Centro di Dietologia ospedaliera
- nel caso di patologie che richiedano una dieta specifica (diabete, ipercolesterolemia, malattie cardio-vascolari) è prevista dieta personalizzata scritta su apposito modulo
- particolare attenzione va posta nei soggetti ad elevato rischio di sviluppare LDD o quando queste siano già presenti tenendo presente che vi è un aumentato fabbisogno calorico- proteico
- durante la somministrazione del vitto il personale si attiene alle prescrizioni contenute nel paragrafo "Norme di comportamento durante la somministrazione del pasto" contenuto in questo protocollo
- l'alimentazione di persone con paresi o paralisi viene effettuata dal personale secondo la tecnica descritta nel paragrafo "Tecnica di somministrazione di alimenti a persone con paralisi o paresi" contenuto in questo protocollo
- per gli ospiti che necessitano di monitoraggio alimentare il personale di assistenza deve controllare ad ogni pasto l'effettiva assunzione di cibo e registrarla su apposita "Scheda per valutare l'assunzione giornaliera di alimenti". Tale osservazione è finalizzata a 1) descrivere la quantità ed il tipo di cibo assunto o



RAF "SOCIETA' DI PATROCINIO
DIMESSI OO.PP DI TORINO

rifiutato, 2) accertare le motivazioni della mancata ingestione, 3) valutare l'insorgenza di eventuali intolleranze

- l'OSS deve segnalare tempestivamente all'infermiere ogni caso di inappetenza, mancata assunzione di cibo, repulsione per qualche vivanda, comparsa di disturbi digestivi (nausea, vomito, rigurgito, diarrea, stipsi, disfagia)

MENU

- i menu offerti nella nostra struttura sono adeguati alle esigenze nutrizionali degli ospiti e sono il risultato di una ricerca continua e di molta attenzione per rispondere alle loro molteplici esigenze
- per minimizzare il rischio di monotonia i menù sono pianificati su 4 settimane

TABELLE DIETETICHE PER UOMINI ANZIANI

PASTA	100 grammi
PANE	150 grammi
FETTE BISCOTTATE	40 grammi
CARNE MAGRA	160 grammi
VERDURE	libere (crude/cotte, escluse patate)
FRUTTA FRESCA	400 grammi
LATTE PARZIALM SCREMATO	300 grammi
MARMELLATA	30 grammi
ZUCCHERO	10 grammi (circa 2 cucchiaini)
PARMIGIANO GRATTUGGIATO	10 grammi (circa 2 cucchiaini)
OLIO EXTRAVERGINE DI OLIVA	40 grammi (circa 8 cucchiaini)

Proteine 77 grammi (15%) Lipidi 60 grammi (27%) Carboidrati 293 grammi (58%)

Kcal totali 2020



TABELLE DIETETICHE PER DONNE ANZIANE

PASTA	100 grammi
PANE	150 grammi
FETTE BISCOTTATE	30 grammi
CARNE MAGRA	160 grammi
VERDURE	libere (crude/cotte, escluse patate)
FRUTTA FRESCA	400 grammi
LATTE PARZIALM SCREMATO	300 grammi
MARMELLATA	30 grammi
ZUCCHERO	10 grammi (circa 2 cucchiaini)
PARMIGIANO GRATTUGGIATO	10 grammi (circa 2 cucchiaini)
OLIO EXTRAVERGINE DI OLIVA	40 grammi (circa 8 cucchiaini)

Proteine 71 grammi (16%) Lipidi 60 grammi (29%) Carboidrati 253 grammi (55%)
Kcal totali 1836

NORME DI COMPORTAMENTO DURANTE LA SOMMINISTRAZIONE DEL PASTO

(OSS, infermieri)

la somministrazione dei pasti e delle diete è un momento molto importante nella giornata degli ospiti della struttura e l'operatore deputato a questo compito ha un ruolo rilevante. Egli può infatti favorire la corretta alimentazione sia con interventi finalizzati a preparare la persona e l'ambiente al consumo del pasto, sia aiutandola concretamente ad alimentarsi.

Le misure da adottare al momento della somministrazione del vitto sono:

- evitare la presenza di cattivi odori nel luogo e nel momento in cui viene consumato il pasto
- apparecchiare con cura i tavoli: bavaglini per chi li usa, tovaglioli, posate, bicchieri, acqua, vino, pane
- invitare gli ospiti (ed aiutarli quando necessario) a prepararsi per il pasto: promuovere l'eliminazione urinaria e/o intestinale, far lavare le mani, favorire l'igiene del cavo orale ed il posizionamento di eventuali protesi dentarie
- farli accomodare nei posti prestabiliti facendo assumere una posizione comoda che faciliti la deglutizione
- sistemare il bavaglione a chi lo utilizza ed il tovagliolo agli altri



RAF "SOCIETA' DI PATROCINIO
DIMESSI OO.PP DI TORINO

- prima di iniziare a servire i cibi gli operatori devono: lavarsi accuratamente le mani, indossare cuffie e grembiule, assicurarsi che i cibi presenti nel carrello portavivande siano alla temperatura corretta
- durante il servizio sistemare i piatti in modo che i cibi siano facilmente raggiungibili dalla persona ed invitarla a mangiare
- distribuire il vitto in modo sequenziale: servire il primo piatto e, solo dopo che questo è stato completamente consumato, proporre il secondo. Quando tutti gli ospiti hanno terminato la seconda portata, portare in tavola frutta e dessert
- lasciare tutto il tempo necessario affinché gli ospiti possano alimentarsi
- se la persona è **autosufficiente**: controllare che mangi senza difficoltà
- se la persona è **parzialmente autosufficiente**: assisterla nel tagliare la carne, spezzare il pane, sbucciare la frutta, riempire il bicchiere e controllare che beva
- se la persona **non è autosufficiente**, ma può mantenere la posizione seduta:
 - sedersi al suo fianco (mai stare in piedi perché in tal modo si mette a disagio la persona e le si comunica la necessità di consumare il pasto rapidamente)
 - imboccarla alternando i cibi solidi a quelli liquidi

rispettare i tempi di deglutizione senza mettere fretta

interrompere ogni tanto per farla bere

se apre poco la bocca o la apre con difficoltà, valutare l'opportunità di utilizzare il cucchiaino al posto della forchetta i cui rebbi potrebbero provocare lesioni orali

forchetta e coltello non devono essere colmi per permettere alla persona di masticare bene il cibo, di assaporarlo e di deglutirlo

mentre si somministra il cibo, conversare con la persona in modo da permetterle di masticare e deglutire ed in modo da ridurre il disagio conseguente alla "dipendenza da altri"

chiedere spesso se i cibi sono sufficientemente caldi

- se la persona è **non autosufficiente ed allettata**:

sedersi a fianco del letto

imboccare la persona utilizzando piccole porzioni

all'occorrenza utilizzare ausili di supporto quali: tavolino servitore, bicchiere con beccuccio o cannuccia

al termine del pasto fornire assistenza per il lavaggio delle mani e per l'igiene del cavo orale

- nel caso che la persona debba seguire una particolare dieta, accertarsi che ciò avvenga



RAF "SOCIETA' DI PATROCINIO
DIMESSI OO.PP DI TORINO

- il personale deputato all'assistenza durante la somministrazione del vitto non deve allontanarsi dal locale mensa sino alla fine del pasto di tutti gli ospiti
- contribuire sempre con il proprio operato a mantenere, rinforzare e recuperare l'autonomia della persona
- invitare gli ospiti a mantenere la posizione seduta per almeno 30 minuti dopo la fine del pasto in modo da facilitare la digestione
- stimolare gli ospiti autosufficienti a lavarsi le mani ed i denti dopo ogni pasto, aiutare quelli non autosufficienti a compiere tali azioni

Tecnica di somministrazione di alimenti a persone con paralisi o paresi

Quando l'operatore deve somministrare cibi e/o bevande a persone colpite da paralisi, utilizza la tecnica della deglutizione sopraglottica (Emick- Herring).

- sistemare la testata del letto nella posizione di Flower o semi-Flower con il collo leggermente flesso in avanti e il mento rivolto verso il basso
- sedersi a fianco del letto
- all'inizio del pasto offrire cibi viscosi, ad esempio purea, o liquidi densi, ad esempio frullati di latte o creme
- far assumere un po' di cibo e farlo tenere nella parte più forte della bocca per 1-2 secondi
- evitare di riempire troppo la bocca
- far piegare immediatamente il collo con il mento contro il torace
- senza respirare, la persona inghiotte il numero di volte necessario
- una volta svuotata la bocca, sollevare il mento per far svuotare la faringe
- in presenza di fuoriuscita di saliva, dare con un dito dei colpetti, rapidi e brevi, verso il basso sul bordo del labbro inferiore, soprattutto dalla parte colpita dalla paresi, in modo da stimolare la deglutizione
- se il bolo di cibo tende a raccogliersi nella parte della bocca corrispondente alla paresi, insegnare alla persona a spostarlo con la lingua
- non utilizzare la cannucchia per far bere perché aumenta il rischio di aspirazione
- per lo stesso motivo non utilizzare bevande leggere