



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Medicina

CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA

Tesi di Laurea

**GESTIONE NUTRIZIONALE PERIOPERATORIA AVANZATA: L'INFERMIERE
QUALE FIGURA ESSENZIALE DEL PROCESSO DI ASSISTENZA, NELLA
FUNZIONE EDUCATIVA, NELLA PREVENZIONE E NEL TRATTAMENTO
DELLA MALNUTRIZIONE.**

Relatore: Prof. Pierpaolo Pavan

Correlatore: Infermiere Dott. Marco Contro

Correlatore: Dietista Dott.ssa Susanna Picci

Laureando: Alice Passadore

ANNO ACCADEMICO 2014-2015

DEDICA

*Alla mia famiglia,
che ha permesso la realizzazione di tutti i miei sogni di vita,
al mio nonno e al mio amico per me fonte di ispirazione.*

Lo scopo dell'assistenza ai malati non è tanto quello di “somministrare medicine e applicare cataplasmi”, quanto di garantire le condizioni corporee ed ambientali adatte a favorire (o quantomeno non interferire) con il processo autonomo di guarigione, facendo un “uso appropriato di aria fresca, luce, calore, pulizia, tranquillità ed una dieta adatta [...]” dimostrando con l’esperienza “l’estrema importanza di un’assistenza assidua per determinare l’esito di una malattia”.

Florence Nightingale

INDICE

ABSTRACT

INTRODUZIONEpag. 1

CAPITOLO PRIMO: RASSEGNA CRITICA DELLA LETTERATURA pag. 3

1.1. DIGIUNO PERIOPERATORIO VS NUTRIZIONE..... pag. 3

1.2. LA VALUTAZIONE DELLO STATO NUTRIZIONALEpag. 5

1.3. MALNUTRIZIONE NEL PAZIENTE CHIRURGICO pag. 9

1.4. IMMUNONUTRIZIONE PERIOPERATORIA pag. 11

1.5. APPLICAZIONE E BENEFICI DEL PROGETTO ERAS E ITALIAN
PERIOPERATIVE PROGRAM pag. 13

1.6. RUOLO DELL'INFERMIEREpag. 15

1.7. GLI ESEMPI DI ALTRE REALTA' OSPEDALIEREpag. 17

CAPITOLO SECONDO: MATERIALI E METODI pag. 21

CAPITOLO TERZO: RISULTATI QUESTIONARI pag. 23

CAPITOLO QUARTO: DISCUSSIONE E CONCLUSIONI pag. 45

4.1. LIMITI DELLO STUDIO.....pag. 45

4.2. DISCUSSIONE E PROPOSTE.....pag. 45

BIBLIOGRAFIA

SITOGRAFIA

RINGRAZIAMENTI

ALLEGATI

N. 1 QUESTIONARIO DI INDAGINE

N. 2 DIETETICO OSPEDALIERO

ABSTRACT

Lo stato nutrizionale del paziente al momento del ricovero è un fattore molto importante, la nutrizione è infatti causa di malattia o può peggiorare lo stato di salute, ma la nutrizione può anche essere fonte di guarigione.

Data l'importanza del tema l'OMS e l'UE da anni hanno sinergicamente pianificato una politica internazionale finalizzata all'adozione, da parte della popolazione, di abitudini di vita salutari, nonché l'adattamento dei sistemi sanitari per garantire cure e terapie efficaci, tra cui la nutrizione.

Il Consiglio d'Europa infatti ha recentemente ribadito che la ristorazione ospedaliera è parte integrante della terapia clinica e che il ricorso al cibo rappresenta il primo e più economico strumento per il trattamento della malnutrizione, vi è però la necessità dell'impegno coordinato di tutti gli operatori della sanità, in particolare l'infermiere in quanto figura più vicina al paziente e in stretto rapporto con esso. (1).

Da qui parte l'interesse per questo lavoro di tesi basato sull'indagine epidemiologica rivolta ai pazienti ed al personale infermieristico del Dipartimento Chirurgico dell'Ospedale Santa Maria Regina degli Angeli Ulss 19 di Adria.

L'indagine analizza la situazione nutrizionale presente il giorno precedente l'intervento chirurgico, indaga i protocolli applicati in reparto per la valutazione ed il trattamento nutrizionale ed analizza le condizioni nutrizionali del paziente nei due giorni successivi l'intervento.

I dati raccolti sono stati elaborati e confrontati con l'attuale letteratura disponibile, nuovi protocolli e procedure ed è stato dimostrato che il digiuno perioperatorio è ormai considerato una procedura obsoleta.

Si dimostra inoltre l'importanza del ruolo della nutrizione nella prevenzione delle complicanze nel paziente chirurgico e nella riduzione dei tempi e quindi dei costi relativi all'ospedalizzazione, e si realizza che la nutrizione deve essere inserita a pieno titolo nei percorsi di diagnosi e cura.

Infine un particolare riguardo alla figura dell'infermiere quale responsabile dell'assistenza infermieristica il quale valuta e monitora la situazione nutrizionale nonché effettua interventi di prevenzione ed educazione come del resto riportato a pieno titolo nel proprio profilo professionale e nel codice deontologico. (2,3) (3).

INTRODUZIONE

L'intervento nutrizionale ha lo scopo del mantenimento e promozione della salute nel soggetto sano, e finalità terapeutiche specifiche e/o di prevenzione delle complicanze nel soggetto malato.

Tradizionalmente, per lungo tempo, per gli interventi chirurgici in elezione si è fatto ricorso al digiuno perioperatorio e cioè prima e dopo l'intervento chirurgico.

Il digiuno preoperatorio prevede il digiuno dalla mezzanotte del giorno precedente l'intervento o *overnight fasting* con lo scopo di ridurre il rischio di rigurgito del contenuto gastrico, eliminando il rischio di inalazione di materiale nelle vie aeree che determina polmonite ab ingestis.

Il digiuno postoperatorio prevede il digiuno dopo l'esecuzione dell'intervento fino al recupero della funzione intestinale.

Queste pratiche obsolete persistono nonostante prove emergenti dalla letteratura rivelino che il digiuno eccessivo risulti negativo e determini un più lento recupero per il paziente. (4).

Negli ultimi anni, in un'ottica di risparmio e valutazione dei costi relativi all'assistenza, la ricerca scientifica ha approfondito il tema della nutrizione nel paziente chirurgico proprio in riferimento alla riduzione delle complicanze post-intervento e dei giorni di degenza ospedaliera abbandonando il digiuno perioperatorio come pratica ormai obsoleta e approfondendo la ricerca su miscele nutrizionali e immunonutrienti ormai necessari nei casi di pazienti malnutriti o nei casi di prolungato periodo di nutrizione insufficiente.

Il ruolo dell'infermiere specializzato in nutrizione risulta fondamentale in tutte le fasi della terapia nutrizionale quali valutazione, somministrazione, monitoraggio, educazione e prevenzione.

Negli ultimi anni infatti sempre più aziende sanitarie si sono adeguate alle più recenti linee guida/protocolli quali il *Fast Track Surgery* (percorso veloce in chirurgia) prima e successivamente ERAS *Enhanced Recovery After Surgery* (degenza veloce dopo la chirurgia) attuale, con l'introduzione della valutazione nutrizionale e della terapia nutrizionale (tra cui l'immunonutrizione) nel percorso operatorio del paziente attraverso la valutazione di un team multiprofessionale.

Mediante questa tesi è stata condotta un'indagine che ha messo in luce una realtà che richiede un intervento, anche formativo, data la rilevanza che il tema ricopre per il paziente e per la professione infermieristica.

Questo lavoro è stato condotto con l'intento di fornire un'occasione di riflessione per poter pensare, magari, alla strutturazione di una proposta formativa orientata a rafforzare le competenze anche degli infermieri in materia di valutazione nutrizionale e supporto nutrizionale perioperatorio.

CAPITOLO PRIMO

RASSEGNA CRITICA DELLA LETTERATURA

1.1. Digiuno perioperatorio vs. nutrizione.

Il digiuno preoperatorio da solidi e liquidi prima dell'induzione dell'anestesia generale, in particolare abitualmente dalla mezzanotte del giorno precedente l'intervento chirurgico è stato considerato per molto tempo un dogma, di fondamentale importanza per la sicurezza del paziente, per ridurre il rischio di rigurgito del contenuto gastrico.

Con l'induzione dell'anestesia, si determina la cessazione, con entità variabile, dello stimolo della tosse, della deglutizione e la depressione dei riflessi faringo-laringei.

Questi riflessi solitamente proteggono le vie aeree, quindi la riduzione del loro funzionamento porta al rischio di aspirazione polmonare in presenza di rigurgito dei contenuti gastrici o vomito.

Nei casi in cui il contenuto gastrico giunga ai polmoni, per mezzo dell'aspirazione, determinando una polmonite ab ingestis (sindrome di Mendelson), il paziente è a rischio di una delle principali cause di morte correlate all'anestesia. (5).

Lo studio dei tempi di svuotamento gastrico evidenzia come i tempi fisiologici di svuotamento dello stomaco nelle persone non a rischio non giustifichi la necessità di realizzare il digiuno totale da solidi e liquidi dalla mezzanotte.

TABELLA I - PERSONE A RISCHIO DI ASPIRAZIONE DELLE VIE AEREE

PERSONE A RISCHIO DI ASPIRAZIONE
Persone con patologie della motilità gastrica
Ostruzione pilorica
Reflusso gastroesofageo
Gastroparesi diabetica
Obesità
Donne nelle prime ore dopo il parto.

Il digiuno postoperatorio priva i pazienti di nutrizione e idratazione, sottoponendoli a disagi e stress non giustificati (disconfort postoperatorio).

Per queste ragioni non ci sono motivazioni per mantenere un paziente in un prolungato digiuno perioperatorio per cui le società di anesthesiologia hanno cambiato le loro linee guida.

Per quanto riguarda l'assunzione di liquidi e solidi: è appropriato digiunare dall'assunzione di liquidi per 2 ore o più prima della procedura operatoria che richiede anestesia generale, regionale o sedazione/analgesia, tra i liquidi chiari sono inclusi (acqua, succo di frutta senza polpa, tè chiaro o caffè nero), oppure 150 ml di liquidi chiari fino a 1 ora prima dell'intervento per l'assunzione di farmaci per os. I liquidi chiari non includono alcool.

Il volume dei liquidi ingeriti è meno importante del tipo di liquido ingerito. Per quanto riguarda i cibi solidi, questi possono essere assunti fino a sei ore prima dell'intervento chirurgico elettivo per adulti e bambini.

TABELLA II - PERIODO DIGIUNO SOLIDI/LIQUIDI

II MATERIALE INGERITO	MINIMO PERIODO DI DIGIUNO
Liquidi - acqua, succhi di frutta senza polpa, bevande gassate, tea chiaro, caffè nero.	2 ore
Latte materno	4 ore
Latte artificiale	6 ore
Latte non umano	6 ore
Cibi leggeri - toast e liquidi	6 ore

L'assunzione di liquidi chiari due ore prima dell'intervento chirurgico non comporta cambiamenti nel metabolismo, in quanto non apporta energia sufficiente; il metodo migliore conosciuto per cambiare il metabolismo in queste situazioni è l'utilizzo di carboidrati, portando una pronta risposta insulinica, come dopo l'assunzione di un pasto. L'utilizzo di un carico orale di carboidrati nel preoperatorio riduce, inoltre, l'insulino-resistenza postoperatoria.

A tal proposito le linee guida consigliano l'utilizzo di drink preoperatori a base di carboidrati prima di un intervento chirurgico elettivo, per migliorare le condizioni generali del paziente, ridurre la sete, la fame e ridurre l'insulino-resistenza postoperatoria. (6).

1.2. La valutazione dello stato nutrizionale.

Lo screening nutrizionale è stato definito dalla Società Americana per la Nutrizione Enterale e Parenterale (ASPEN) come un processo di identificazione del paziente malnutrito o a rischio di malnutrizione e come un approccio globale per la diagnosi dei problemi di nutrizione, la valutazione clinica inoltre comprende ricontrollare e rivalutare in un processo continuo. (7).

La valutazione dello stato nutrizionale ha come obiettivo l'identificazione delle conseguenze metaboliche di uno stato non fisiologico come il digiuno o l'insufficiente apporto di nutrienti, cui si associa lo sviluppo della malnutrizione.

Un'anamnesi fisiologica e patologica approfondita ed un esame obiettivo accurato sono indispensabili per una corretta valutazione nutrizionale basata sull'utilizzo di dati anamnestici, valutazioni cliniche, misure antropometriche, e parametri biochimici.

Il principale parametro utilizzato per valutare l'entità della malnutrizione è la perdita di peso corporeo, in molti studi si accetta come significativo un calo ponderale involontario negli ultimi 6 mesi > 10% rispetto al peso abituale, o maggiore del 5% in un mese. In assenza del peso abituale può essere considerato indicativo di malnutrizione un peso corporeo inferiore del 20% rispetto al peso ideale.

Un calo ponderale significativo è in grado di condizionare un peggioramento dell'evoluzione clinica.

Altri parametri utilizzati sono: l'indice creatinina/altezza che stima la massa magra in quanto la creatinina urinaria costituisce il prodotto finale del metabolismo della creatina presente principalmente nel tessuto muscolare [creatininuria delle 24 ore/creatinina urinaria ideale (valutata in funzione di altezza e sesso secondo le tabelle di riferimento) x 100], ed alcune proteine plasmatiche: l'albumina che quando è bassa si associa ad una prognosi più sfavorevole; la transferrina che con la sua breve emivita (8 giorni) ed il suo pool corporeo relativamente piccolo riflette fedelmente la perdita ed il recupero del patrimonio proteico; la prealbumina che con l'emivita di 2-3 giorni può aiutare a monitorare la risposta al trattamento nutrizionale.

Occorre specificare però che essi non necessariamente indicano che il supporto nutrizionale sia indispensabile, né le loro modificazioni sono sempre rilevanti ai fini della valutazione di efficacia del trattamento nutrizionale.

Recentemente si considera anche l'indice di massa corporea (IMC, spesso indicato con BMI, Body Mass Index) [IMC = peso (kg)/altezza² (m²)] tra gli indicatori di uno stato di malnutrizione.

Valori di IMC < 18.5 kg/m² sono oggi considerati indicatori di malnutrizione, valori di IMC di 14-15 kg/m² sono associati ad aumentata mortalità, valori > 25 kg/m² indicano sovrappeso e quelli > 30 kg/m² obesità.

TABELLA III - CLASSIFICAZIONE DELLA MALNUTRIZIONE

Parametro	Malnutrizione		
	Lieve	Moderata	Grave
Calo ponderale (su peso abituale)	5-10%	11-20%	> 20%
IMC (o BMI) (kg/m ²)	17-18.4	16-16.9	< 16
Indice creatinina/altezza	99-80	79-60	< 60
Albumina (g/dL)	3.5-3.0	2.9-2.5	< 2.5
Transferrina (mg/dL)	200-150	149-100	< 100
Prealbumina (mg/dL)	18-22	10-17	< 10
Retinol-binding protein (mg/dL)	2.9-2.5	2.4-2.1	< 2.1
Linfociti /mm ³	1500-1200	1199-800	< 800
Calo ponderale (su peso ideale)	10-20%	21-40%	> 40%

Qualora non sia acquisibile alcuna informazione sul peso abituale ci si può riferire alla stima del peso ideale

Nella pratica clinica possono essere adottati diversi protocolli di valutazione.

Uno screening nutrizionale iniziale dovrebbe di regola essere effettuato entro 48 ore dal ricovero, per identificare i pazienti malnutriti o a rischio di diventarlo e stabilire se è necessaria una valutazione nutrizionale più approfondita.

La nutrizione artificiale rappresenta uno strumento preventivo, oltre che terapeutico, della malnutrizione dunque occorre impiegarla anche in soggetti che ne presentino un concreto rischio.

In questi pazienti la valutazione deve essere accurata e presuppone un'indagine più approfondita.

A tal fine sono state messe a punto alcune associazioni standardizzate di indici al fine di consentire la formulazione di un punteggio valutativo, quali ad esempio la scheda

MUST (*Malnutrition Universal Screening Tool*), la SGA (*Subjective Global Assessment*) o la MNA (*Mini Nutritional Assessment*) per soggetti in età avanzata. (8).

L'SGA è uno strumento utile per lo screening di malnutrizione ospedaliera a causa del suo elevato grado di correlazione con i parametri antropometrici e biochimici. (9).

La valutazione nutrizionale non è un'indagine statica, ma oltre all'identificazione del paziente malnutrito o a rischio di diventarlo, deve anche essere utilizzata per monitorare i cambiamenti nutrizionali e le eventuali carenze che si sviluppano durante l'evoluzione della malattia di base.

La mancata registrazione del peso del paziente al momento del ricovero rimane sorprendentemente, ancora oggi, una rilevante concausa della malnutrizione in ambito ospedaliero, confermando l'assoluta necessità di aumentare il grado di sensibilità e formazione tra il personale sanitario e medico.

La mancata valutazione potrebbe essere ulteriormente determinata dalle difficoltà che si riscontrano ad esempio in pazienti allettati quando sono disponibili un numero ridotto di letti ospedalieri con sistema di pesatura, in questi casi si può effettuare la valutazione nutrizionale sulla base degli altri indicatori come patologia di base; variazioni ponderali; introiti alimentari; eventuali perdite di nutrienti; livello di attività fisica autonoma; giudizio clinico basato sull'esame obiettivo con rilievo di perdita di massa muscolare scheletrica, in particolare dei muscoli temporali, deltoidei, tricipiti (10) quadricipiti ed interossei della mano, spessore del muscolo adduttore destro del pollice (11) e di grasso sottocutaneo, inoltre eventuale presenza di cachessia, edemi, glossite, stomatite, alterata cicatrizzazione, ecc. (12).

Raccomandazioni pratiche:

1) Uno screening nutrizionale iniziale che comprenda peso e sue variazioni, altezza, patologia di base e patologie associate, dovrebbe essere effettuato di regola a tutti i pazienti ambulatoriali, al momento del ricovero in ospedale, nelle riabilitazioni, nelle case di riposo e a domicilio.

2) La presenza di malnutrizione può essere identificata con la combinazione di parametri clinici (anamnesi ed esame obiettivo) e biochimici.

3) Alla valutazione nutrizionale deve seguire la stesura di un programma nutrizionale e di monitoraggio. (13).

La malnutrizione ha gravi conseguenze per il recupero del paziente e aumenta il rischio di complicanze, si rafforza dunque la necessità di effettuare uno screening nutrizionale di integrazione e di monitoraggio nutrizionale dei pazienti. (14).

E' dimostrato che la malnutrizione aumenta la lunghezza della degenza ospedaliera, il tasso di complicanze e dei costi.

I sanitari responsabili per il paziente dovrebbero effettuare la valutazione nutrizionale all'ammissione in ospedale e ripeterla durante il ricovero, utilizzando semplici strumenti di screening che incorporano un piano di intervento nutrizionale esplicito. (15).

1.3. Malnutrizione nel paziente chirurgico.

Malnutrizione: stato di alterazione strutturale, funzionale e di sviluppo dell'organismo conseguente allo squilibrio tra fabbisogni, introiti ed utilizzazione dei nutrienti. Reversibile e con tendenza a conservare la massa muscolare, con adeguata risposta alla terapia nutrizionale.

Nel 1859, Florence Nightingale ha descritto la situazione dei soldati negli ospedali di Crimea durante la guerra come gli affamati tra abbondanza di cibo, pertanto ha realizzato l'importanza della nutrizione per il benessere dei pazienti ed ha suggerito metodi per ovviare a tale problema.

La malnutrizione proteico calorica rappresenta un problema di comune riscontro nei soggetti ospedalizzati, con una prevalenza del 40%, in pazienti di competenza medica e del 50% dei pazienti chirurgici, già al loro ingresso in ospedale anche se la maggior parte dei pazienti tuttavia, sviluppa un quadro di malnutrizione nel corso del ricovero ospedaliero, la cui severità è direttamente proporzionale al grado di defedamento organico precedente al ricovero stesso.

La malnutrizione nei pazienti ospedalizzati è sotto diagnosticata, 70-80% dei pazienti malnutriti non sono identificati come tali.

Le organizzazioni professionali di tutto il mondo sostengono pertanto l'importanza di adottare uno screening di valutazione nutrizionale valido come strumento per identificare i pazienti malnutriti e a rischio di malnutrizione.

Ad esempio, la Società Europea di Nutrizione Parenterale Enterale sostiene che lo screening nutrizionale può migliorare la condizione mentale e la funzione fisica, ridurre il numero e la gravità di complicanze della malattia o relative al suo trattamento, accelerare il recupero, risparmiare risorse e ridurre la degenza ospedaliera.

La malnutrizione è un importante fattore di rischio di esito sfavorevole anche nei pazienti che recuperano dopo un intervento chirurgico per frattura d'anca. (16).

Per far fronte a tale deplezione gli studi suggeriscono l'importanza di un trattamento nutritivo conseguente alla valutazione nutrizionale del paziente, efficace per ridurre le complicanze e la mortalità nei pazienti malnutriti ricoverati.

Il nostro organismo richiede un apporto equilibrato di alimenti contenenti substrati energetici e azotati, acqua, elettroliti, oligoelementi e vitamine per mantenere i normali

processi metabolici, la temperatura corporea, e per permettere lo svolgimento dell'attività fisica.

Nei soggetti ospedalizzati la correzione o la prevenzione della malnutrizione perioperatoria si ottiene con la nutrizione artificiale.

Per nutrizione artificiale si intendono tutte quelle metodiche che consentono la somministrazione di substrati, calorici, proteici, vitaminici e minerali per via parenterale o per via enterale, in pazienti nei quali, per varie ragioni, non sia possibile la normale alimentazione per via orale.

La nutrizione enterale è preferibile in quanto ci sono meno complicazioni correlate ed è più conveniente rispetto alla nutrizione parenterale.

Quando la via enterale non è possibile è indicata la nutrizione parenterale.

E' stato dimostrato che la supplementazione nutrizionale è associata alla riduzione della sepsi, riduzione di infezioni della ferita, polmonite, e ulcere da decubito.

Gli studi suggeriscono che si ottengono migliori risultati con l'adozione di un team di supporto nutrizionale multidisciplinare basato sulla consapevolezza e sulla cooperazione di tutti i membri, medici, personale infermieristico, dietisti, ecc. almeno per la valutazione e trattamento dei pazienti complicati ma anche nel valutare i pazienti a rischio di malnutrizione. (17).

1.4. Immunonutrizione perioperatoria.

Negli ultimi anni sono state condotte ricerche sugli effetti metabolici e clinici della nutrizione artificiale mediante diete arricchite con nutrienti dotati di azione immunomodulante ed antinfiammatoria quali arginina, acidi grassi omega-3 e nucleotidi (immunonutrizione o farmaconutrizione) in pazienti sottoposti a chirurgia elettiva, in particolare per i tumori gastrointestinali e alla base del collo. (18).

L'arginina è un aminoacido che diventa essenziale metabolicamente negli stati di stress chirurgico e di immunosoppressione e favorisce il deposito di collagene e di fibroblasti che stimolano la cicatrizzazione, inoltre, stimola la risposta dei monociti/macrofagi agli antigeni e modula il fenomeno della apoptosi linfocitaria indotta dal trauma chirurgico. L'arginina aumenta la produzione dell'ossido nitrico e favorisce la perfusione del microcircolo migliorando l'ossigenazione di vari organi e tessuti.

Gli acidi grassi omega-3 ed i loro metabolici EPA e DHA (acido eicosapentanoico e docosaesaenoico) inibiscono l'attività pro-infiammatoria, immunosoppressiva e vasocostrittiva degli eicosanoidi.

La funzione dei nucleotidi, è stata considerata essenziale nel mantenimento dell'integrità cellulare e ricoprono un ruolo importante per l'attività delle cellule Natural killer (es. contro le cellule tumorali).

Altro aminoacido valutato nella farmaconutrizione è la glutammina che diminuisce, come l'arginina, dopo un intervento chirurgico; rappresenta un substrato energetico essenziale per gli enterociti, stimola la produzione di IgA locali e l'attività dell'apparato linfoide intestinale, inoltre, riveste un ruolo importante nella differenziazione dei linfociti T e B, dei monociti e delle cellule Natural Killer.

Il supporto nutrizionale di questi immunonutrienti somministrati prima dell'intervento chirurgico permette di ottenere la presenza di adeguati livelli plasmatici e tissutali al momento dello stress chirurgico e nelle fasi immediatamente successive in quanto gli immunonutrienti hanno la capacità peculiare di migliorare i meccanismi e la funzione della barriera intestinale (19), migliorano le difese immunitarie e modulano la risposta infiammatoria nei pazienti operati, riduce inoltre le complicanze post-operatorie, riduce in maniera significativa le complicanze infettive e la durata della degenza ospedaliera. (20) (21) (22) (23) (24).

Nel caso di pazienti denutriti candidati a interventi chirurgici con elevato rischio di complicanze postoperatorie è indicata una immunonutrizione preoperatoria a domicilio (5-7 giorni; o 8-14 giorni) con lo scopo di correggere i difetti nutrizionali.

Nel caso invece di pazienti ben nutriti, ma candidati a un prolungato periodo (> 10 giorni) di inadeguata assunzione orale di cibo nel postoperatorio, è indicata una nutrizione artificiale postoperatoria il cui obiettivo è la prevenzione dell'insorgenza di difetti nutrizionali.

Raccomandazioni pratiche:

1) La nutrizione artificiale perioperatoria (parenterale o enterale) è indicata in tutti i pazienti severamente denutriti candidati ad interventi di chirurgia gastrointestinale maggiore (A).

La nutrizione artificiale postoperatoria non è indicata nei pazienti ben nutriti sottoposti a interventi di chirurgia gastrointestinale maggiore a meno che non sia previsto un inadeguato apporto orale di cibo per almeno 10 giorni (B).

2) La nutrizione enterale postoperatoria – spesso attuabile anche precocemente dopo l'intervento chirurgico – dovrebbe essere preferita alla nutrizione parenterale, per il minore costo e per la minore incidenza di complicanze infettive, soprattutto nei pazienti denutriti (A).

3) L'apporto di energia dovrebbe essere di 28-30 Kcal non proteiche/kg nei pazienti denutriti e di 25 Kcal non proteiche/kg nei pazienti ben nutriti.

La quota lipidica dovrebbe rappresentare il 20-30% dell'apporto energetico.

L'apporto azotato dovrebbe essere di 0.2-0.3 g N/kg (C). (25) (26).

Espen Guidelines on Enteral Nutrition 2006 confermano dunque la necessità di nutrire con immunonutrienti nel perioperatorio i pazienti affetti da patologie oncologiche altamente cachettizzanti, e pazienti candidati ad interventi chirurgici maggiori con elevato rischio di complicanze postoperatorie. (27).

1.5. Applicazione e benefici Progetto Eras e Italian Perioperative Program.

Nonostante le suddette considerazioni su nutrizione e digiuno appena affrontate, i protocolli internazionali di gestione perioperatoria dei pazienti non sono stati modificati fino al 1997, a partire da questa data Kehlet e i suoi colleghi proposero una serie di studi per migliorare la degenza ospedaliera, l'assistenza e il recupero post intervento in maniera multimodale, con lo scopo di fornire uno standard di cura ed un miglioramento degli outcomes, adottando un approccio che in principio era stato definito "Fast Track Surgery" (percorso veloce in chirurgia) e successivamente ERAS "Enhanced Recovery After Surgery" (degenza veloce dopo la chirurgia).

L'elemento centrale del protocollo ERAS è stato quello di intervenire sui principali fattori che conducono ad un aumento dell'ospedalizzazione post intervento, contribuendo a chiarire come essi interagiscono per influenzare il recupero del paziente. In particolare la necessità di analgesia parenterale, di infondere fluidi endovenosi e la sindrome da allettamento causata dalla mancanza di mobilità.

L'Utilizzo del percorso ERAS ha dimostrato di ridurre il tempo di cura di oltre il 30% e ridurre le complicanze postoperatorie fino al 50%. (28).

ERAS ha sviluppato un sistema di assistenza perioperatoria chiamato *Care System ERAS* per consentire agli ospedali di implementare e mantenere il percorso perioperatorio ed è stato testato e implementato in circa 40 principali ospedali in tutta Europa.

In Italia il Ministero della Salute potrebbe estendere questo percorso a tutti gli ospedali con il doppio scopo di ottimizzare il trattamento dei pazienti e di ridurre la spesa sanitaria, sono infatti al lavoro alcuni gruppi, tra cui le equipe chirurgiche di Firenze del professor Francesco Tonelli (Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi) e al San Raffaele di Milano quella del professor Marco Braga.

L'IRCCS Ospedale San Raffaele è stato identificato quale ERAS Hospital per l'Italia con l'obiettivo di creare un network tra gli ospedali italiani interessati per l'applicazione del protocollo su scala nazionale.

Le procedure chirurgiche possono portare a conseguenze indesiderate: problemi cardiaci, polmonari, renali ed epatici, dolore, ridotta mobilità, alterata coagulazione, immunosoppressione, nausea, vomito, diarrea, ridotte capacità funzionali, perdita di

funzionalità muscolare e tissutale, malnutrizione, infezioni, ecc., che non sono direttamente correlate con errori chirurgici o all'anestesia ma sono dovuti a rischi di procedura e a una risposta dell'organismo ad una situazione stressante.

Il segreto, sta nelle fasi, pre e post-operatorie della procedura.

Prima dell'operazione, si cerca di ottimizzare le funzioni cardiache, renali e polmonari, no a fumo e alcolici, si' a supporti nutrizionali orali che contengono particolari nutrienti in grado di stimolare le difese immunitarie (immunonutrizione) e di colmare eventuali carenze nutrizionali, fino a ridurre il digiuno preventivo a sole due ore, si associano anche una analgesia loco-regionale, tecniche chirurgiche mini-invasive e si bada a mantenere una normale temperatura corporea (normotermia).

Nella fase post-operatoria e' invece necessario controllare il dolore e prevenire nausea o vomito, mentre drenaggi, sonde e cateteri vanno usati il meno possibile, infine il paziente è sollecitato a nutrirsi e a rimettersi in movimento prima possibile.

Le aree di applicazione sono tutte quelle della chirurgia, non solo generale ma anche ad esempio ortopedica, colonrettale, urologica, ginecologica e vascolare.

Non sono tuttavia candidati tutti i pazienti, in particolare sono esclusi ad esempio gli interventi eseguiti in urgenza e quelli dove il rischio operatorio è elevato.

Compito del chirurgo e dell'infermiere di reparto sarà innanzitutto informare adeguatamente il paziente in fase preoperatoria inoltre vi è un impegno intenso e continuo che coinvolge diverse figure professionali, (chirurgo, l'anestesista, l'infermiere ma anche quando necessario ad esempio il nutrizionista, il fisioterapista, lo psicologo e soprattutto il paziente).

A livello italiano il protocollo ERAS è raccolto da *Italian Perioperative Program* (IPP) cioè un insieme di procedure tese al miglioramento del benessere del paziente e ad una riduzione delle complicanze prima, durante e dopo l'intervento.

Una particolare sessione dell'*Italian Perioperative Program* è dedicata alla nutrizione dove sono raccolti i protocolli nutrizionali suddivisi in base al tipo di intervento, (Protocollo nutrizionale colonretto, duodenocefalopancreasectomia, pancreasectomia distale, esofagectomia con anastomosi cervicale, esofagectomia con anastomosi toracica, gastrectomia totale, resezione gastrica subtotale), indicazioni circa l'utilizzazione del carico glucidico preoperatorio nel paziente diabetico, gestione del paziente sottoposto a immunonutrizione. (29-37).

1.6. Ruolo dell'infermiere.

Per quanto riguarda l'attività dell'infermiere, questa si rivela di fondamentale importanza a livello dell'equipe multiprofessionale del Programma ERAS, con lo scopo di migliorare il livello di assistenza.

E' stato infatti istituito il *Nursing Group ERAS* con lo scopo di avere una banca dati internazionale di conoscenza per gli infermieri interessati al progetto, e di creare una rete di infermieri per la condivisione delle conoscenze.

Tale condivisione avverrà sul sito ufficiale <http://www.erassociety.org> dove si potranno trovare esempi di informazioni per il paziente, un elenco di pubblicazioni con articoli riguardanti la cura ERAS-infermieristica, l'ispirazione per cambiamenti organizzativi, un elenco di nomi e recapiti dei membri del *Nursing Group ERAS*.

Il *Nursing Group ERAS* ha infatti predisposto una serie di piani di assistenza e percorsi specifici per tipo di intervento, cioè un metodo standardizzato per pianificare l'assistenza infermieristica con obiettivi quotidiani.

Questi piani di cura si traducono in un metodo di cura più strutturato e mirato. (38-40).

Nello specifico, parlando di "*Evidence-Based Nursing* in nutrizione artificiale" si può affermare che le ricerche e le revisioni della letteratura nazionale ed internazionale non consentono ampia disponibilità bibliografica.

I risultati della ricerca infermieristica in particolare nord-americana, non sono sempre riconducibili al contesto italiano, essendo diversa l'impostazione culturale e professionale.

La letteratura italiana rivela per lo più una produzione di lavori in forma di protocolli, procedure e materiale formativo, applicabili ad alcuni e forse non a tutti gli ospedali, lo stesso Sillabus, elaborato dalla SINPE (Società Italiana di Nutrizione Artificiale e Metabolismo) per la conduzione dei corsi formativi per infermieri, rappresenta un progetto nazionale, realizzato in forma multidisciplinare, i cui contenuti possono considerarsi un valido riferimento per la gestione infermieristica del paziente in nutrizione artificiale.

L'infermiere in Nutrizione Artificiale è un professionista specializzato nell'area della Nutrizione Clinica che collabora con altre figure, con l'obiettivo di ristabilire o mantenere un ottimale stato nutrizionale nell'individuo con potenziali o accertati deficit nutrizionali.

Le attività di competenza infermieristica sono:

L'infermiere partecipa alla formulazione del programma nutrizionale, nella indicazione al trattamento, nella pianificazione del programma nutrizionale a medio e lungo termine.

Collabora a scegliere le modalità di somministrazione delle miscele nutrizionali e della scelta della via d'accesso, valuta il fabbisogno del materiale previsto nel piano di assistenza e mantiene i contatti con l'équipe farmaceutica per gli approvvigionamenti. Relaziona periodicamente l'équipe multiprofessionale sull'andamento delle prestazioni erogate al paziente in nutrizione artificiale in termini di bisogni, problemi, interventi attuati e risultati.

Le competenze specifiche dell'infermiere di Nutrizione Artificiale sono:

Informa il paziente ed i familiari, attua la terapia nutrizionale prescritta secondo i protocolli, previene le complicanze legate all'accesso nutrizionale e alla gestione delle miscele nutrizionali.

Compila e conserva la cartella clinica (infermieristica e medica), contribuisce alla propria formazione continua e contribuisce ad aggiornare ed uniformare le varie tecniche e procedure.

Partecipa alle attività di aggiornamento e ricerca, promuove la diffusione delle conoscenze scientifiche, contribuisce alla stesura di protocolli secondo gli standard nazionali e le linee guida da applicare e destinare alle singole unità operative.

L'infermiere in Nutrizione Artificiale assume un ruolo fondamentale anche per quanto riguarda la prevenzione in ambito nutrizionale, come tra l'altro riportato nel profilo professionale e nel codice deontologico.

L'obiettivo della prevenzione è l'identificazione dei pazienti a rischio di malnutrizione ed i relativi fattori specifici che li pongono a rischio, attraverso la valutazione periodica e documentata dello stato nutrizionale in collaborazione con le altre figure professionali dell'équipe. (41) (25).

1.7. Gli esempi di altre realtà ospedaliere.

Molti ospedali Italiani hanno aderito ai protocolli elaborati da *Italian Perioperative Program* sul progetto ERAS.

A Milano il Dott. Marco Braga, professore di Chirurgia e Luigi Beretta, professore di Anestesia e Rianimazione presso l'Università Vita-Salute San Raffaele, nel 2011 hanno presentato i primi dati raccolti all'interno del progetto ERAS – *Enhanced Recovery After Surgery*.

Il San Raffaele coordina infatti una collaborazione tra ospedali italiani per creare una rete di strutture che introducono nella loro pratica quotidiana il nuovo protocollo di assistenza perioperatoria.

Per portare avanti il piano è necessario l'intervento di più figure professionali riunite in equipe (chirurghi, anestesisti rianimatori, infermieri, fisioterapisti e nutrizionisti e manager).

Il progetto è esplicitato attraverso un counseling con il chirurgo, l'anestesista e l'infermiere in cui al centro è posto il paziente.

Anche l'Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi di Firenze all'interno della AOUC, ha realizzato nel 2004-2006 il “Progetto di sorveglianza nutrizionale e nutrizione clinica” elaborando la “procedura per la prevenzione e la gestione del rischio nutrizionale”.

I risultati di questo studio hanno dimostrato la presenza all'interno della AOUC del problema del rischio nutrizionale di grado medio ed elevato pertanto ritengono che il rischio nutrizionale debba essere routinariamente valutato nei diversi setting assistenziali anche in un'ottica di continuità di cura.

L'attuazione della valutazione del rischio nutrizionale è prevista dalle norme della Regione Toscana in materia di qualità e sicurezza delle strutture sanitarie. (42-44).

Spostandosi in un'altra regione italiana, la SDNC dell'AO Ordine Mauriziano di Torino è inserita nella Rete Regionale delle Strutture di Dietetica e Nutrizione Clinica della Regione Piemonte ed è Centro accreditato per la realizzazione della Nutrizione Artificiale Domiciliare (NAD).

Le articolazioni organizzative si svolgono in tre aree: ospedale (attività di ristorazione, coordinamento e monitoraggio della ristorazione e del ciclo alimentare per gli aspetti

relativi al vitto comune e per le specifiche esigenze dietetiche); attività di dietetica e nutrizione artificiale (monitoraggio del livello di malnutrizione ospedaliera e predisposizione di specifici programmi di intervento); partecipazione a team multidisciplinari aziendali per ictus cerebrali e per stomie; gruppi di lavoro per la stesura di linee guida aziendali; consulenza e presa in carico di pazienti; attività ambulatoriale; gruppi educazionali e di terapia di gruppo con tecniche cognitive comportamentali per pazienti obesi e con disturbi del comportamento alimentare; gestione dei pazienti in Nutrizione Enterale Domiciliare - NED- e in Nutrizione Parenterale Domiciliare oncologica -NPD onco, nonché servizi sul territorio. (37).

Anche il Dott. Luca Gianotti del Dipartimento di Chirurgia dell'Ospedale San Gerardo di Monza si è specializzato sulla ricerca basata sullo studio dei meccanismi fisiopatologici della risposta immunitaria dei pazienti chirurgici con patologia neoplastica e settica, nei pazienti con alterazione dello stato nutrizionale e nella prevenzione delle complicanze postoperatorie.

In particolare la ricerca si è orientata verso lo studio della risposta immunitaria sistemica ed intestinale e nell'individuazione di sostanze e substrati in grado di modulare tale risposta e quindi di migliorare la prognosi a breve e lungo termine.

L'Ospedale Santa Chiara di Trento – U.O.S. Dietetica e Nutrizione Clinica ha invece delineato un modello organizzativo della nutrizione artificiale ospedaliera e territoriale per la gestione del paziente malnutrito e a rischio di malnutrizione, sia ospedaliera che territoriale.

Per quanto riguarda il contesto internazionale, l'organizzazione del Team di Supporto Nutrizionale (NST) sta progredendo costantemente in molti ospedali del Giappone.

Nell' Ospedale Universitario di Yamagata, nel 2004 sono stati avviati i servizi del NST cioè di un team multidisciplinare composto da medici, infermieri, dietisti, farmacisti, assistenti sociali e tecnici sanitari che offrono diversi servizi tra cui l'immunonutrizione "Impact", che migliora lo stato di malnutrizione preoperatoria del paziente. (45).

In Inghilterra l'*Organisation of Food and Nutritional Support in Hospitals - Bapen*, ha creato il *Nutritional Support Team* (NST).

Esso riunisce esperti nutrizionisti di medicina/chirurgia, assistenza infermieristica, dietetica e farmacia che possono coordinare i contributi di ciascuno di queste specialità nel supporto nutrizionale.

Diventa particolarmente coinvolto quando ci sono problemi complessi che richiedono supporto nutrizionale artificiale, in particolare la nutrizione parenterale.

L'Obiettivo operativo del team è la fornitura sicura di nutrizione artificiale, ma ha anche un più ampio compito educativo.

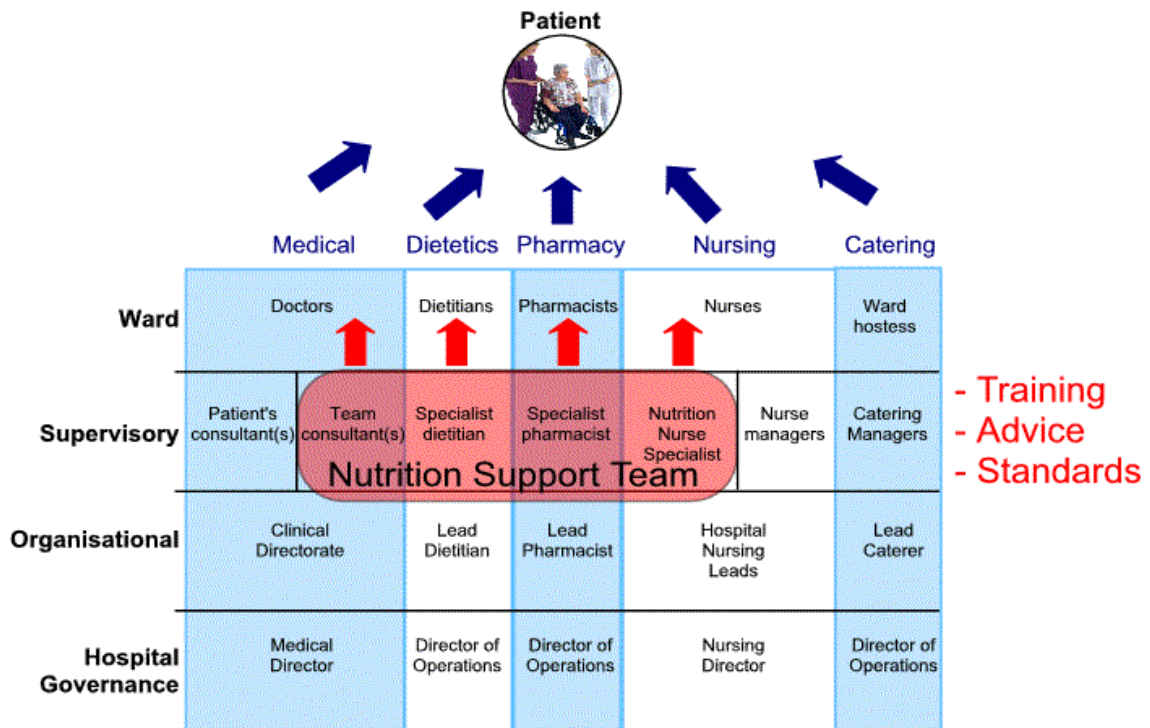


FIG 1 – NUTRITION SUPPORT TEAM (ORGANISATION OF FOOD AND NUTRITIONAL SUPPORT IN HOSPITALS – BAPEN)

CAPITOLO SECONDO

MATERIALI E METODI

Durante il corso di “Igiene Generale ed Applicata” del Prof. Pavan, si è trattato il tema della nutrizione, in particolare dell’importanza della valutazione e dell’apporto nutrizionale nei pazienti ospedalizzati.

Infatti, negli ospedali d’Europa ha preso sempre più piede l’adozione di programmi e di protocolli di nutrizione/immunonutrizione e di valutazione e gestione nutrizionale nei pazienti operati.

L’argomento ha suscitato in me un particolare interesse, sia per la ricaduta che ha sul paziente sia perchè l’apporto che l’infermiere può offrire è essenziale per il successo di questo tipo di programmi, ed è fondamentale per la riuscita e la realizzazione di questi progetti.

Lo scopo dell’indagine epidemiologica condotta è quello di analizzare quali sono i protocolli/linee guida riguardo la nutrizione e valutazione nutrizionale nel perioperatorio, applicati al Dipartimento Chirurgico dell’Ospedale Santa Maria Regina degli Angeli Ulss 19 di Adria.

Questi dati sono stati successivamente comparati ai recenti studi/protocolli/linee guida/raccomandazioni a livello internazionale al fine di valutare quale sia l’approccio più corretto a livello assistenziale, di riduzione dei costi ospedalieri ed infine di implicazione per la pratica infermieristica.

La ricerca è stata condotta utilizzando la banca dati PubMed, selezionando gli articoli pubblicati fra il 1995 e il 2015 analizzando meta-analisi, revisioni sistematiche della letteratura, revisioni di studi randomizzati controllati e studi randomizzati controllati inoltre si è fatto riferimento ai siti www.italianperioperativeprogram.it e www.erassociety.org

Il questionario somministrato è diviso in 3 parti (per maggiori dettagli si veda l’Allegato 1):

- Parte 1 generale: riservata al personale infermieristico di ciascun reparto del Dipartimento Chirurgico (Ortopedia, Chirurgia, Otorinolaringoiatria, Urologia), per capire le procedure di valutazione nutrizionale utilizzate in reparto e le indicazioni nutrizionali adottate nella fase pre e post operatoria.

- Parte 2 tesista: Questa parte del questionario consiste nell'analisi della cartella clinica di ciascun paziente osservato per valutarne la situazione di salute durante il pre e post intervento (complicanze, giorni di degenza, ecc.).
- Parte 3 destinata al paziente: somministrato al paziente (o suo caregiver), sottoposto ad intervento chirurgico, otorino, urologico ed ortopedico, in regime di ricovero ordinario previsto > o = a 3 gg.

La somministrazione al paziente è avvenuta il giorno 2 (giorno dell'intervento è il giorno 0), per capire la situazione nutrizionale nel periodo precedente l'intervento, e le informazioni da lui ricevute sulla preparazione nutrizionale pre-post intervento/dimissione.

Il questionario è stato costruito ad hoc non avendo reperito in letteratura strumenti utilizzabili per l'indagine in oggetto.

Sono stati somministrati ai pazienti 50 questionari, tutti restituiti, 4 questionari riservati agli infermieri di ciascun reparto in esame, e 50 questionari risultanti dalla valutazione della cartella clinica di ciascun paziente.

La ricerca ha avuto luogo nel periodo compreso tra il 01 giugno e 01 settembre 2015.

Ad ogni somministrazione sono state chiarite le finalità dell'indagine e la normativa sulla *Privacy* a voce oltre ad essere riportate come nota introduttiva all'inizio e a piè pagina di ogni questionario. La compilazione era del tutto facoltativa.

I tempi per la realizzazione dello studio ed elaborazione dati sono stati di circa 120 giorni. I dati sono stati elaborati mediante programma excell con l'utilizzo della statistica descrittiva.

Parallelamente all'indagine, è stata condotta una ricerca della letteratura più aggiornata sul tema della nutrizione perioperatoria.

CAPITOLO TERZO

RISULTATI QUESTIONARI

QUESTIONARIO PARTE 1 GENERALE:

PARTE RISERVATA ALL'INFERMIERE – PROCEDURE DI RILEVAZIONE

INFERMIERISTICA IN REPARTO

- 01. A quale genere di paziente viene valutato lo stato nutrizionale?**
- A nessun paziente
 - Solo su richiesta medica
- 02. Come viene valutato lo stato nutrizionale?**
- Peso
 - Altezza
 - BMI
- 03. Quando viene valutato lo stato nutrizionale del paziente?**
- Su richiesta del medico/nutrizionista
- 04. Da chi viene valutato lo stato nutrizionale del paziente?**
- Dietista
 - Medico di reparto
- 05. Frequenza pesata durante la degenza:**
- Nessuna pesatura
- 06. Viene compilata una scheda nutrizionale entro le prime 24h?**
- No, mai
- 07. Viene utilizzato un modulo per la rilevazione dell'assunzione giornaliera degli alimenti?**
- No, mai
- 08. Viene utilizzato un modulo per la valutazione degli scarti alimentari?**
- No, mai
- 09. Quali parametri biumorali, per valutare lo stato nutrizionale, vengono effettuati al paziente?**
- Proteine totali

Queste sono state le risposte fornite da tutti e quattro i reparti.

Si evince dunque che né lo stato nutrizionale, né il peso vengono valutati routinariamente ma solo su richiesta del medico di reparto.

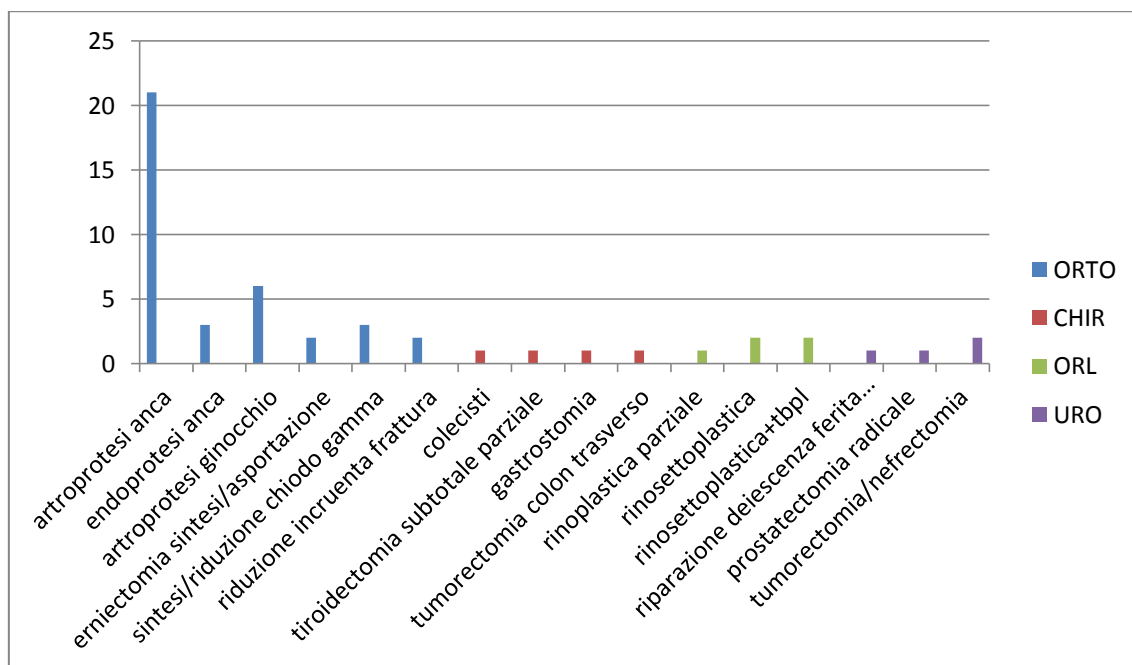
In casi particolari decisi dal medico la valutazione avviene dallo stesso o su sua richiesta, dal dietista e vengono valutati peso, altezza, BMI e i valori delle proteine totali.

Inoltre non viene compilata nessuna scheda nutrizionale, nessun modulo per la rilevazione dell'assunzione giornaliera degli alimenti e nessun modulo per la valutazione degli scarti alimentari.

QUESTIONARIO PARTE 2 TESISTA:

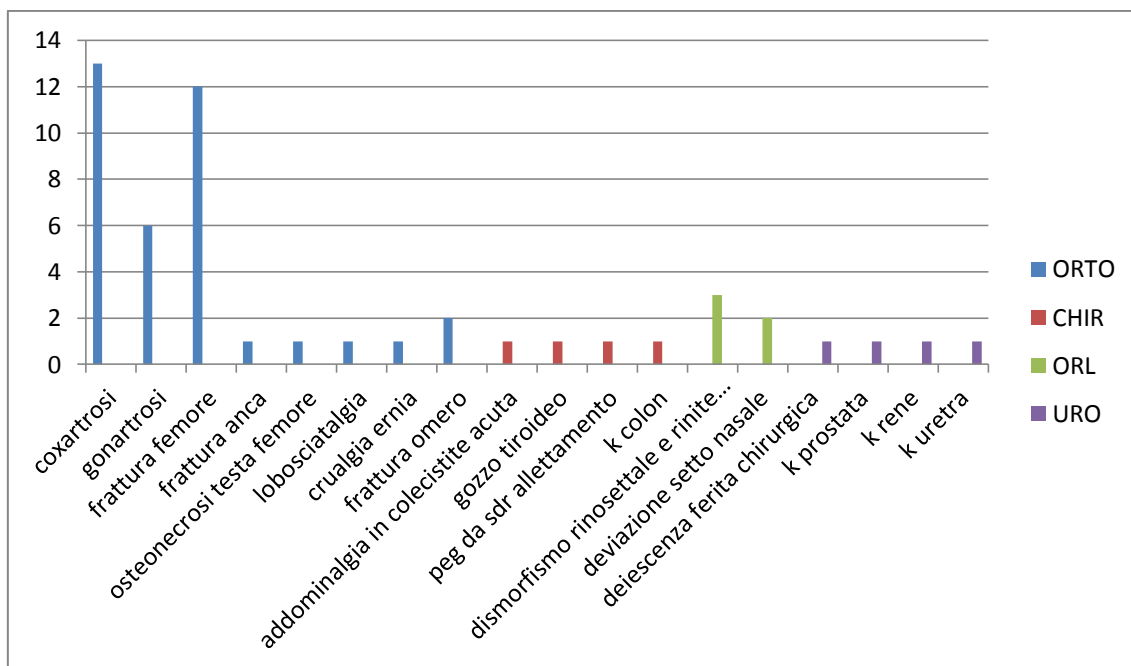
PARTE RISERVATA ALL'INFERMIERE/TESISTA SU CARTELLA CLINICA

GRAFICO N. 1- DOMANDA 10 TIPO E NOME INTERVENTO



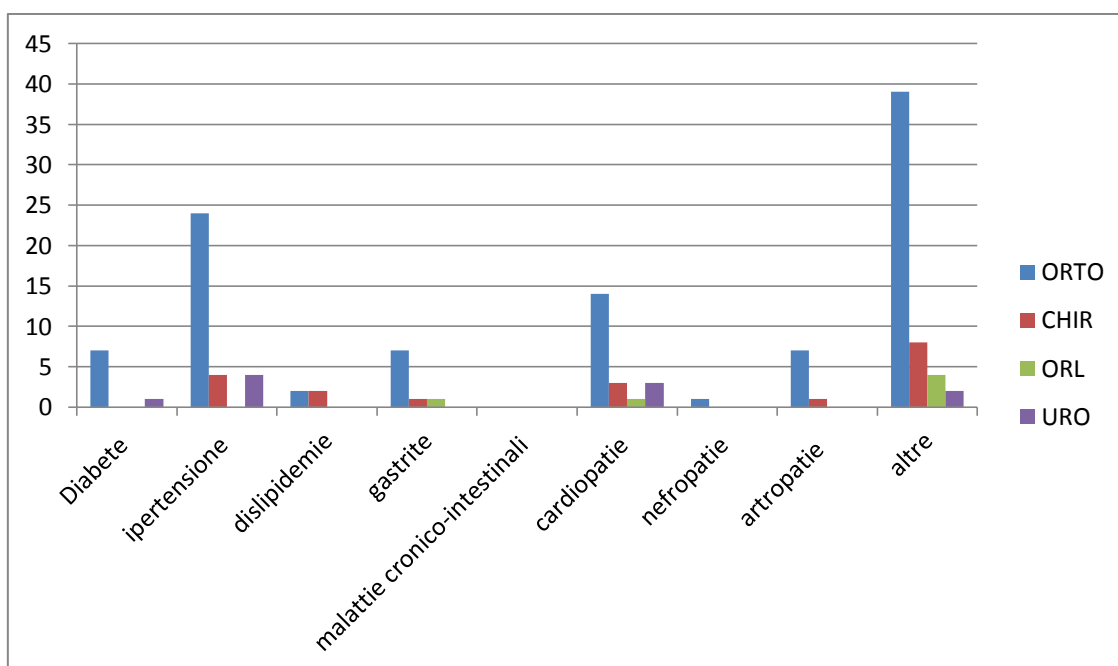
Questi sono gli interventi, in regime di ricovero ordinario, effettuati nel periodo in studio suddivisi per reparto.

GRAFICO N. 2–DOMANDA 12 PATOLOGIA PER CUI È STATO RICHIESTO L'INTERVENTO:



Queste sono le patologie per cui sono stati richiesti gli interventi in ricovero ordinario suddivisi per reparto.

GRAFICO N. 3 – DOMANDA 13 HA ALTRE PATOLOGIE?



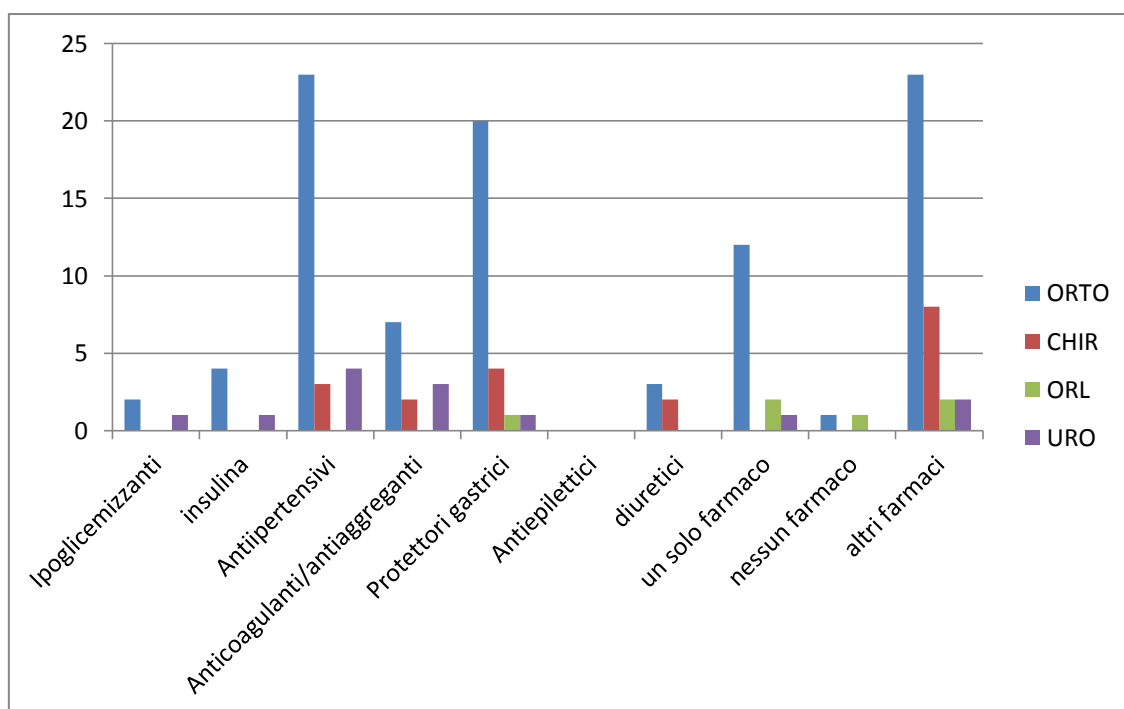
Con questa domanda si è voluto indagare la situazione patologica del paziente al momento del ricovero.

Si nota che solo 2 pazienti su 50 presentano nessuna patologia, mentre 7 pazienti su 50 ne presentano 1 sola.

Il maggior numero di pazienti presenta dunque pluripatologie che possono influire sulla prognosi post intervento.

Le più frequenti sono il diabete, l'ipertensione, gastrite, cardiopatie e artropatie.

GRAFICO N. 4 – DOMANDA 14 ASSUME FARMACI?



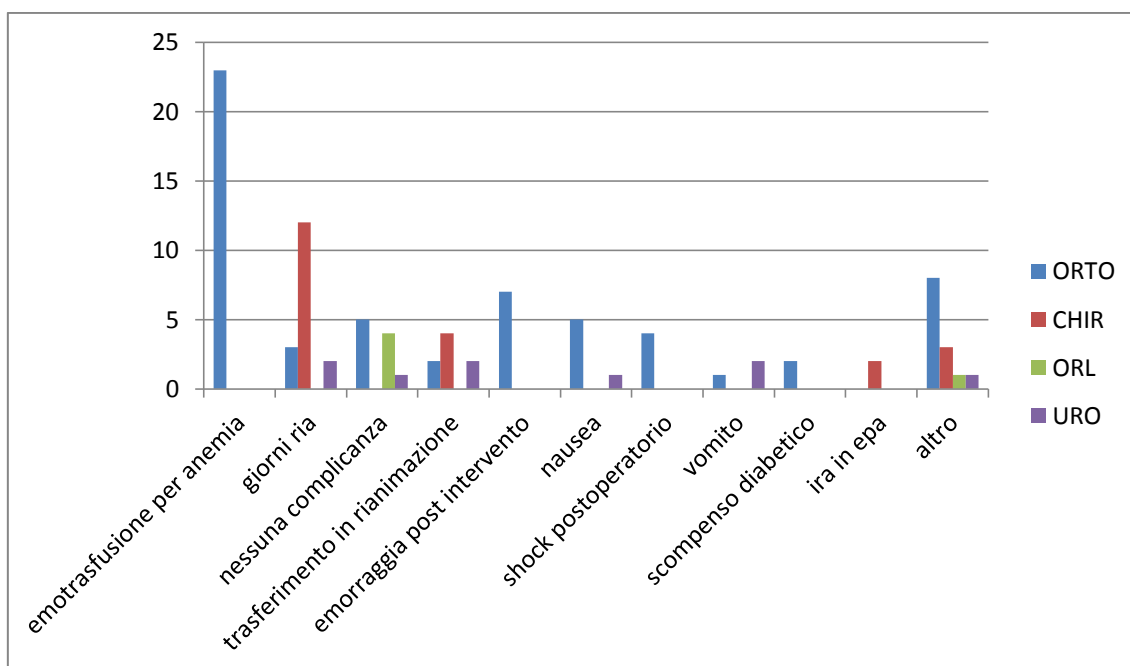
Collegata alla domanda precedente si è voluto indagare anche l'assunzione di farmaci, collegati alle relative patologie che influiscono anch'essi sul post intervento.

Si evidenzia che solo due pazienti non assumono alcun farmaco e 15 pazienti su 50 ne assumono uno solo.

Per tutti gli altri si parla di plurifarmacoterapia domiciliare pre-intervento.

I più frequenti sono: antiipertensivi, protettori gastrici, anticoagulanti/antiaggreganti, insulina/ipoglicemizzanti.

GRAFICO N. 5 – DOMANDA 15 DURANTE LA DEGENZA SONO SORTE COMPLICANZE?



Questa domanda ci evidenzia come su 50 interventi solo 10 non hanno subito complicanze post intervento, mentre per tutti gli altri sono sorte complicanze molto importanti tra cui possiamo notare il ricorso alle emotrasfusioni e 8 pazienti hanno necessitato del trasferimento in rianimazione per un totale di 17 giorni di ricovero.

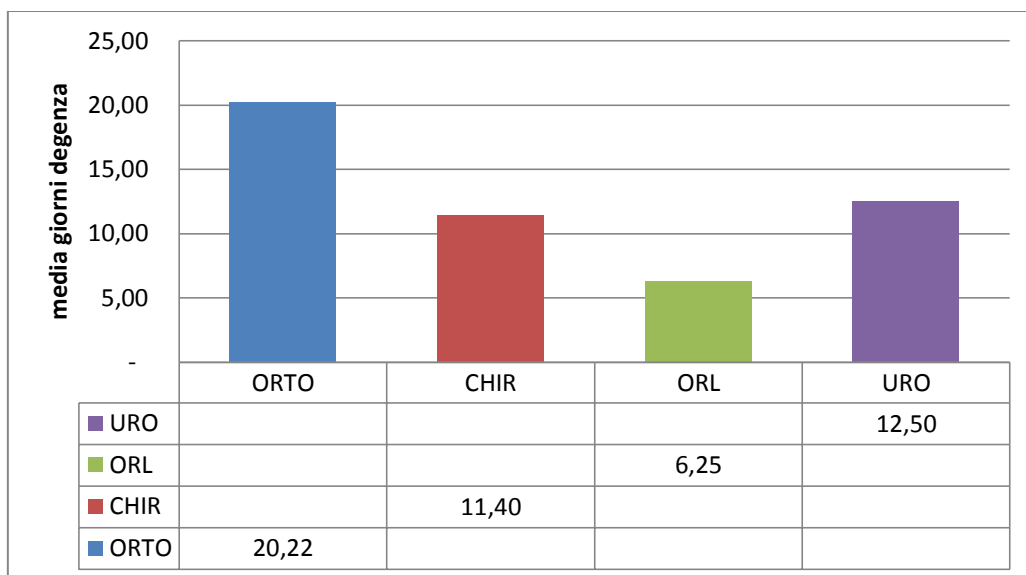
Altrettanto interessante risultano le complicanze quali emorragia post intervento, nausea, shock post-operatorio e scompenso diabetico. In un caso addirittura è stato necessario re-intervenire chirurgicamente.

DOMANDA 16 ESAMI EMATOCHIMICI NUTRIZIONALI ALL'INGRESSO E ALLA DIMISSIONE:

In tutti e 4 i reparti per “prassi” viene valutato solo il valore delle proteine totali.

Solo in 2 casi l’albumina e in 1 caso la vitamina B12.

GRAFICO N. 6 – DOMANDA 18 N° GIORNI DEGENZA MEDIA



18. N° giorni degenza					
N. PAZIENTI PER REPARTO	ORTO	CHIR	ORL	URO	
37	748				ORTO
5		57			CHIR
4			25		ORL
4				50	URO

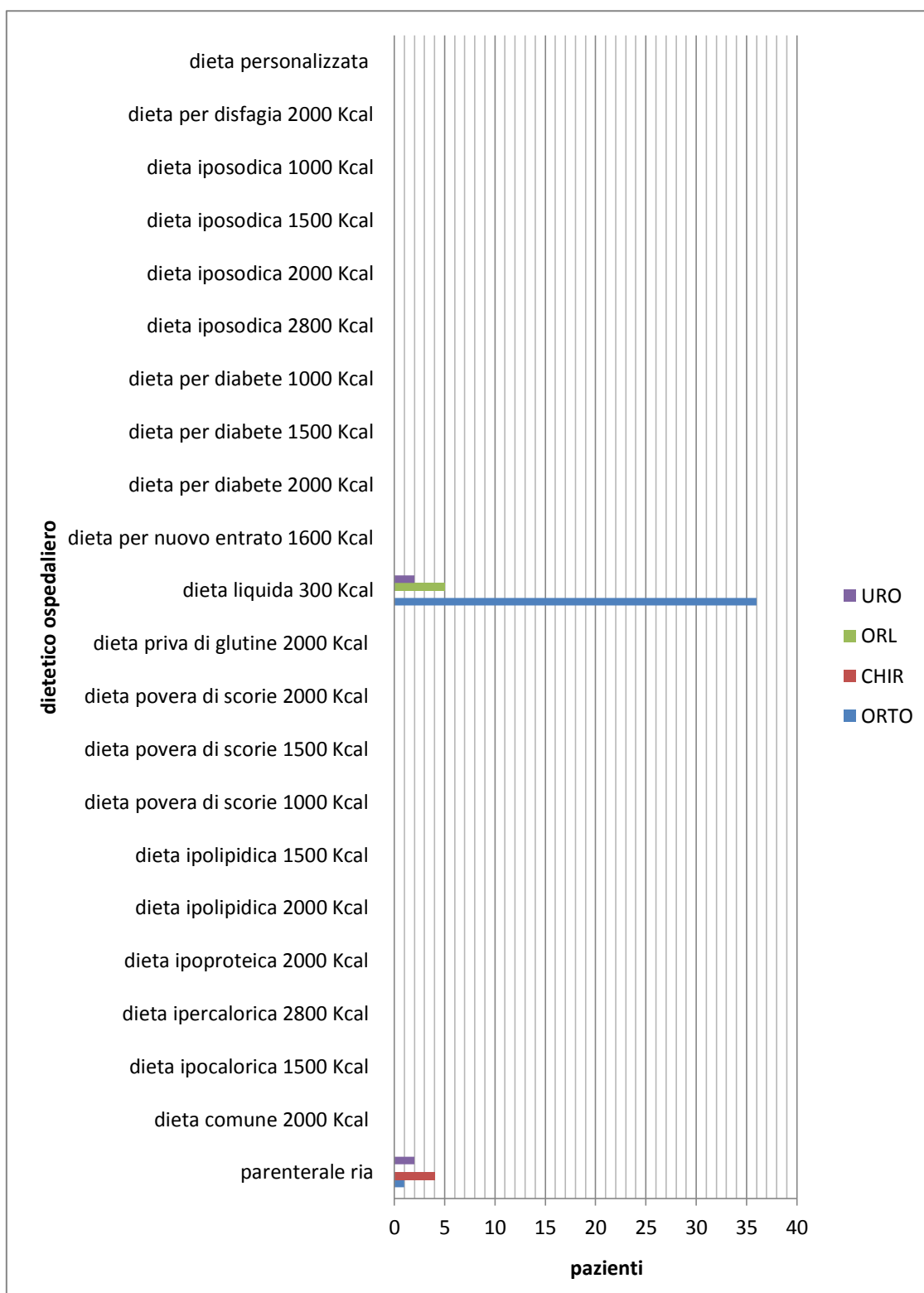
La degenza media risulta rilevante in ortopedia considerando anche l'età media dei pazienti ricoverati.

DOMANDA 19, 20, 21, 22, 23, 24 E 25 DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE; MISURE ANTROPOMETRICHE ALL'INGRESSO E ALLA DIMISSIONE; MISURA % DI DIMAGRIMENTO; VIENE COMPILATA UNA SCHEDA NUTRIZIONALE ENTRO LE PRIME 24H?; VIENE RICHIESTA UNA VALUTAZIONE DEL DIETISTA/NUTRIZIONISTA?; VIENE ELABORATO DAL DIETISTA/NUTRIZIONISTA UN PIANO DI TRATTAMENTO DIETETICO E/O NUTRIZIONALE PERSONALIZZATO?

Risultano ricoverati ed operati 2 pazienti obesi.

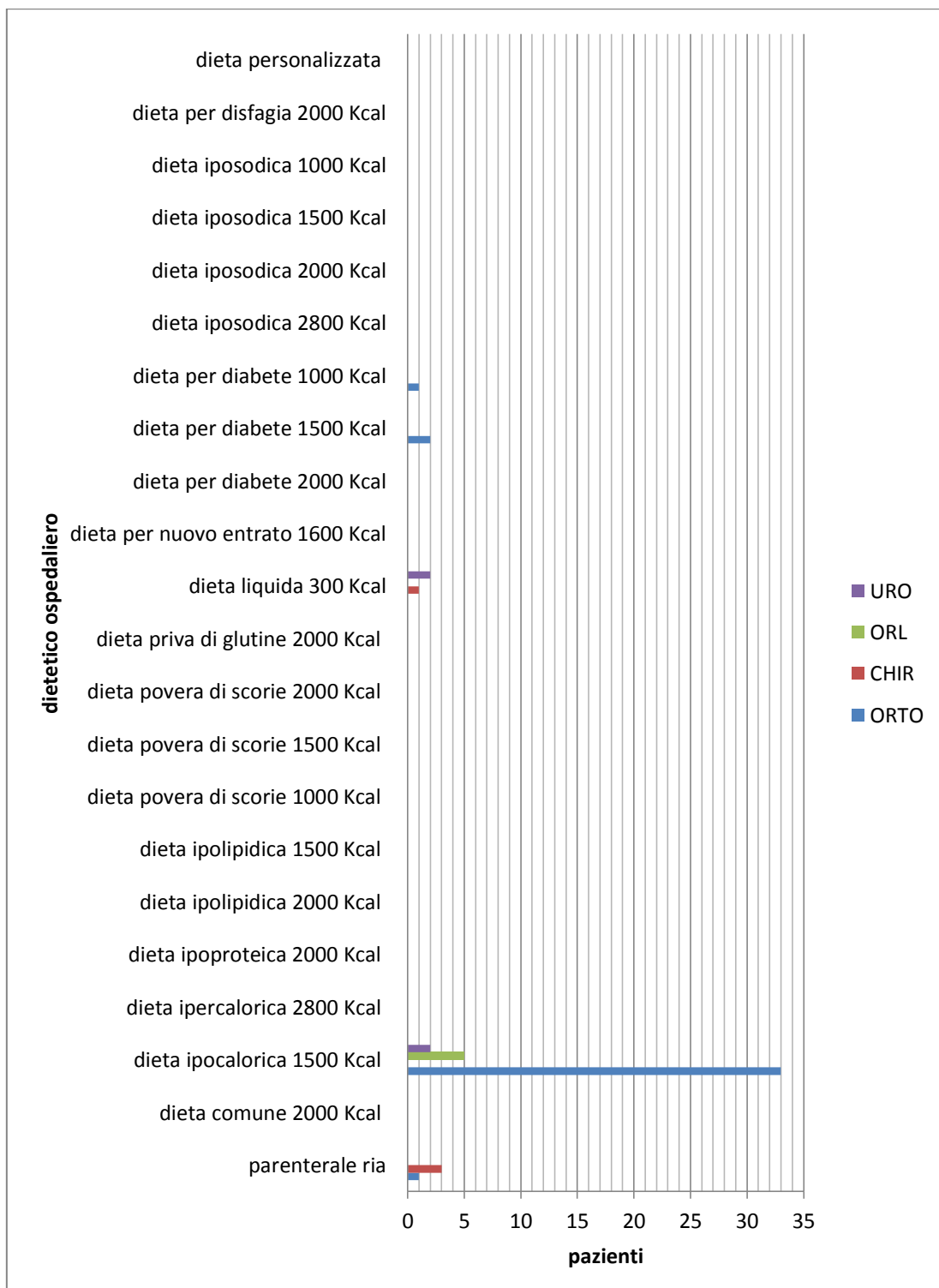
Le misure antropometriche e la % di dimagrimento non sono state valutate nè all'ingresso né alla dimissione per nessun paziente, né tanto meno è stata compilata alcuna scheda nutrizionale e non è stato prescritto nessun trattamento dietetico elaborato dal dietista.

**GRAFICO N. 7–DOMANDA 26 TIPO DI DIETA ANAMNESI NUTRIZIONALE
0 GIORNATA (IL GIORNO DELL'INTERVENTO):**



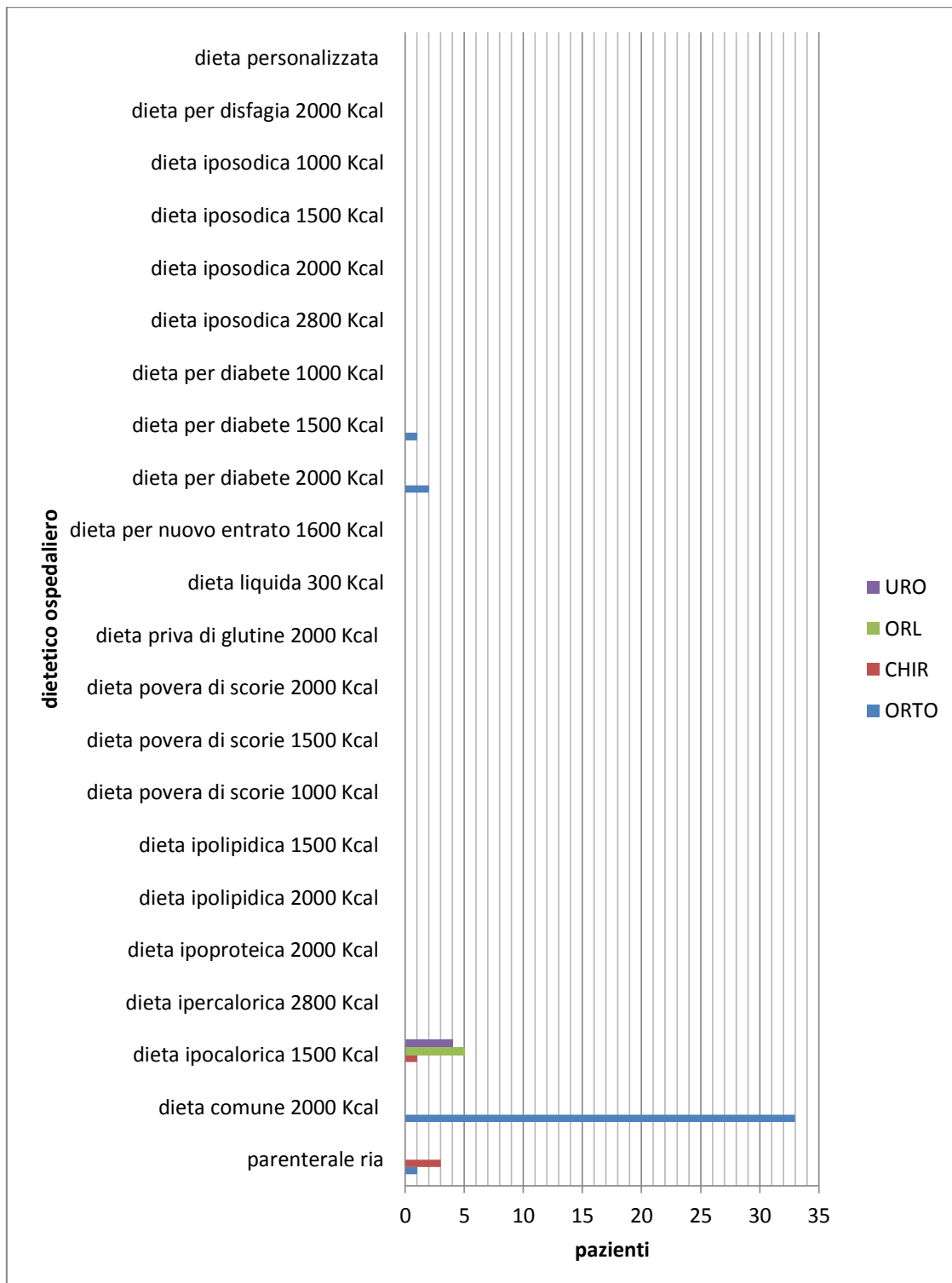
Il giorno dell'intervento 7 pazienti hanno assunto nutrizione parenterale in rianimazione, mentre per tutti gli altri è stata fornita dieta liquida 300 Kcal.

**GRAFICO N. 8–DOMANDA 27 TIPO DI DIETA ANAMNESI NUTRIZIONALE
1^ GIORNATA (1° GIORNO POST INTERVENTO):**



In prima giornata 4 pazienti hanno assunto dieta parenterale in rianimazione, 3 pazienti hanno assunto dieta liquida, 3 pazienti hanno assunto dieta per diabete e per gli altri dieta ipocalorica 1500 Kcal.

**GRAFICO N. 9–DOMANDA 28 TIPO DI DIETA ANAMNESI NUTRIZIONALE
2^ GIORNATA (2° GIORNO POST INTERVENTO):**



In seconda giornata post intervento 4 pazienti hanno assunto dieta parenterale in rianimazione, 10 pazienti hanno assunto dieta ipocalorica 1500 Kcal, 3 pazienti dieta diabetica e 33 pazienti dieta comune 2000 Kcal.

QUESTIONARIO PARTE 3 PAZIENTE:

PARTE RISERVATA AL PAZIENTE FASE PRE-OPERATORIA

29. Sesso:

30. Età:

31. Peso kg - altezza cm (riferito e abituale, mantenuto per più tempo)

GRAFICO N. 10 - ETÀ MEDIA PER REPARTO

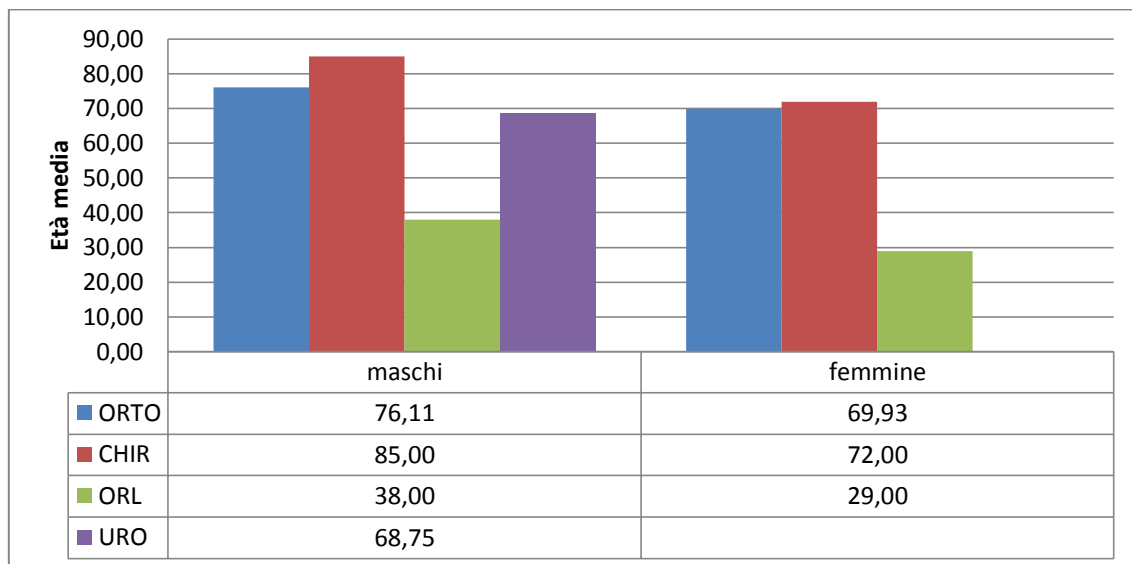
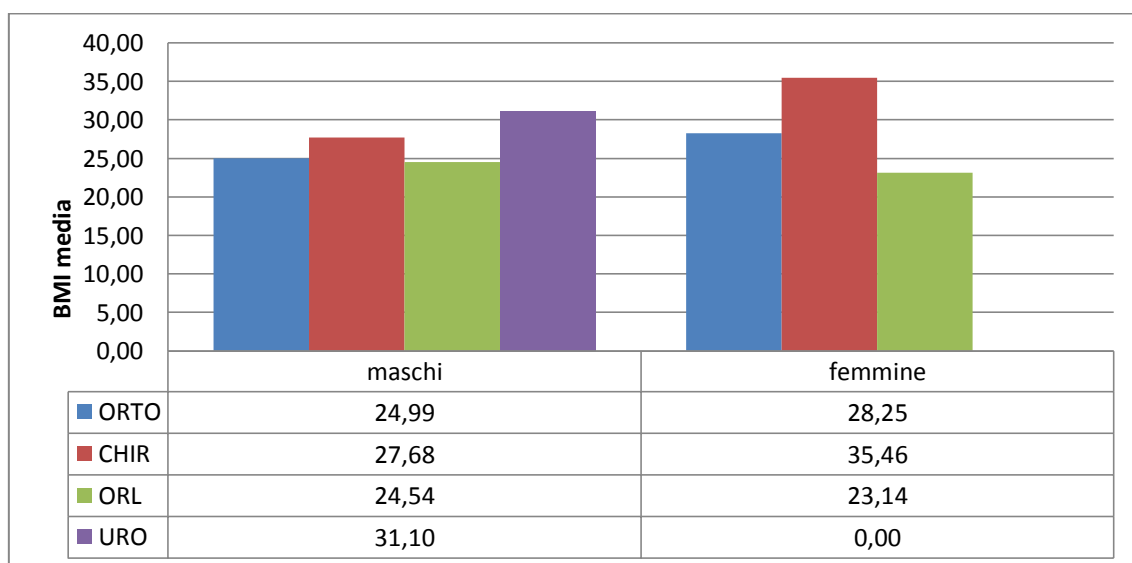


GRAFICO N. 11 - BMI MEDIA PER REPARTO



In questi grafici si evidenziano l'età media dei pazienti per reparto e la media dell'indice di BMI per reparto. L'età media più alta risulta tra i maschi di chirurgia, seguita dai maschi di ortopedia - l'indice BMI più alto risulta in media tra le femmine di chirurgia.

Le domande che seguono vanno ad indagare l'anamnesi nutrizionale il giorno precedente l'intervento per considerare la scarsa assunzione di alimenti prima dell'intervento chirurgico.

Quasi tutti i pazienti hanno fatto colazione, pranzato e cenato però con dieta abbastanza leggera e ipocalorica.

A nessun paziente è stato prescritto di assumere integratori alimentari né drink calorici.

Solo 5 pazienti hanno subito un calo di peso dai 3 ai 5 Kg in circa 15gg – 1 mese.

Anamnesi nutrizionale (il giorno precedente l'intervento):					
32. Ha fatto colazione?	ORTO	CHIR	ORL	URO	TOT
o Si	30	5	4	4	43
o No	7				7
latte n. tazza	5				5
caffè n. tazza	5		1	1	7
caffè-latte n. tazza	12	4	2	1	19
caffè-latte n. tazza ½	1			1	2
succo/spremuta n. bicc	2		1		3
Thè n. tazza	8	1	1		10
Thè n. tazza ½					0
Altro miele	1				1
Fette biscottate n. fette	39	10		6	55
Biscotti n.°	31	5	11	8	55
pane con marmellata n. fette	2				2
Cornetto farcito n.	1				1
Cornetto vuoto ½	1				1
brioche n.	5				5
cereali n. tazza			1		1
yogurt n.	4				4
Zucchero bst	6	1			7

33. Ha fatto lo spuntino mattutino?	ORTO	CHIR	ORL	URO	TOT
o Si	8		1	1	10
o No	29	5	3	3	40
latte n. tazza	1				1
caffè n. tazz.na	1				1
succo/spremuta n. bicc	1				1
Thè n. tazza	1				1
Fette biscottate n. fette	2				2
Biscotti n.°	1			6	7
Cornetto farcito n.			1		1
Cornetto vuoto n.	1				1
yogurt n.	3				3
frutta n.	1		1		2

34. Ha pranzato?	ORTO	CHIR	ORL	URO	TOT
o Si	31	5	4	4	44
o No	6				6
Primo (piatto)	28	3	3	4	38
Pasta in bianco tutto	6	1		1	8
Pasta in bianco 1/2		1			1
Riso in bianco tutto	2	1			3
Pasta con sugo tutto	9		2	2	13
Minestra/min.ne tutto	10		1	1	12
Minestra/min.ne 1/2	1				1
Formaggio Grana bst	16				16
Secondo(piatto)	21	2	2	1	26
carne rossa tutto	1				1
carne bianca tutto	10	1	1		12
carne bianca 1/2	1				1
pesce tutto	1				1
Formaggi n° fetta	17		1	4	22
Panino tutto	2	2			4
Contorno (piatto)	21	3	1	1	26
verdure tutto	11		1		12
verdure 1/2	7	3		1	11
Legumi tutto	1				1
Legumi 1/2	1				1
olio cucc	10,5	2	1		13,5
aceto cucc.....	8	1			9
sale cucc	8	1			9
Pane/ fette bisc n. fette	43	4	3	6	56
Frutta/omogen. di frutta n°	6	1	2	1	10
Caffè tazz.na	3		2	1	6
Altro yogurt+cereali			1		1

35. Ha fatto lo spuntino pomeridiano?	ORTO	CHIR	ORL	URO	TOT
o Si	3		2	1	6
o No	34	5	2	3	44
caffè n. tazza	1				1
succo/spremuta n. bicc	1				1
Biscotti n.°	1			5	6
Cornetto vuoto n.	1				1
yogurt n.	1		1		2
frutta n.			2		2

36. Ha cenato?	ORTO	CHIR	ORL	URO	TOT
o Si	29	5	4	4	42
o No	8				8
Primo (piatto)	20	3	1		24
Pasta in bianco tutto	5		1		6
Pasta in bianco 1/2		1			1
Riso in bianco tutto	2				2
Pasta con sugo tutto	5				5
Pasta con sugo 1/2	1				1
Minestra/min.ne tutto	9	2			11
Formaggio Grana bst	11				11
Secondo(piatto)	20	2	2	4	28
carne rossa tutto	9	1		1	11
carne rossa 1/2		1			1
carne bianca tutto	6		2	3	11
carne bianca 1/2	3				3
carne bianca 1/4		1			1
Formaggi n° fetta	9				9
Contorno (piatto)	19	1	3	4	27
verdure tutto	14		2	1	17
verdure 1/2	3	1			4
Legumi tutto	1		1		2
Legumi 1/2	1			1	2
olio cucc	10	1	2	3	16
aceto cucc.....	7		1	1	9
sale cucc	8		1	2	11
Pane/ fette bisc n. fette	28	2	2	2	34
Caffè tazza	3		1		4
Altro the con biscotti	2		1		3

37. Acqua L/gg - n. bicc/gg - vino bicc/gg - altri liquidi (thè, succo di frutta) bicc/gg	ORTO	CHIR	ORL	URO	TOT
L/gg	46	6,5	7	6,5	66
bicc/gg	3				3
vino bicc/gg				2	2
altri liquidi (thè, succo di frutta) bicc/gg	7	4	1	4	16

38. Integratore (nome)	ORTO	CHIR	ORL	URO	TOT
n°/q.tà.....					
Integratore (nome) n°/q.tà					0
Integratore (nome) n°/q.tà					0
o 750 ml/die 5 gg prima intervento					0
o 750 ml/die 7 gg prima intervento					0
o 800 cc sera precedente intervento + 400 cc 2-3 ore prima intervento					0
o altro (specificare).....	no	no	no	no	no

39. Ha avuto perdite di peso?	ORTO	CHIR	ORL	URO	TOT
o No	34	4	3	4	45
o Si, Kg 3-5	3	1	1		5
o Ultimi 7 gg					0
o Ultimi 15 gg	3				3
o Ultimo mese		1	1		2
o Ultimi sei mesi					0
o Ultimo anno					0

Informazioni ricevute:					
40. ha ricevuto informazioni su come alimentarsi prima dell'intervento?					
	ORTO	CHIR	ORL	URO	TOT
o Si	28	4	4	4	40
o No	9	1			10
Cosa Le è stato spiegato? Digiuno dalla mezzanot	36	4	4	4	48
Cosa Le è stato spiegato? liquida fino a mezzanot	1				1

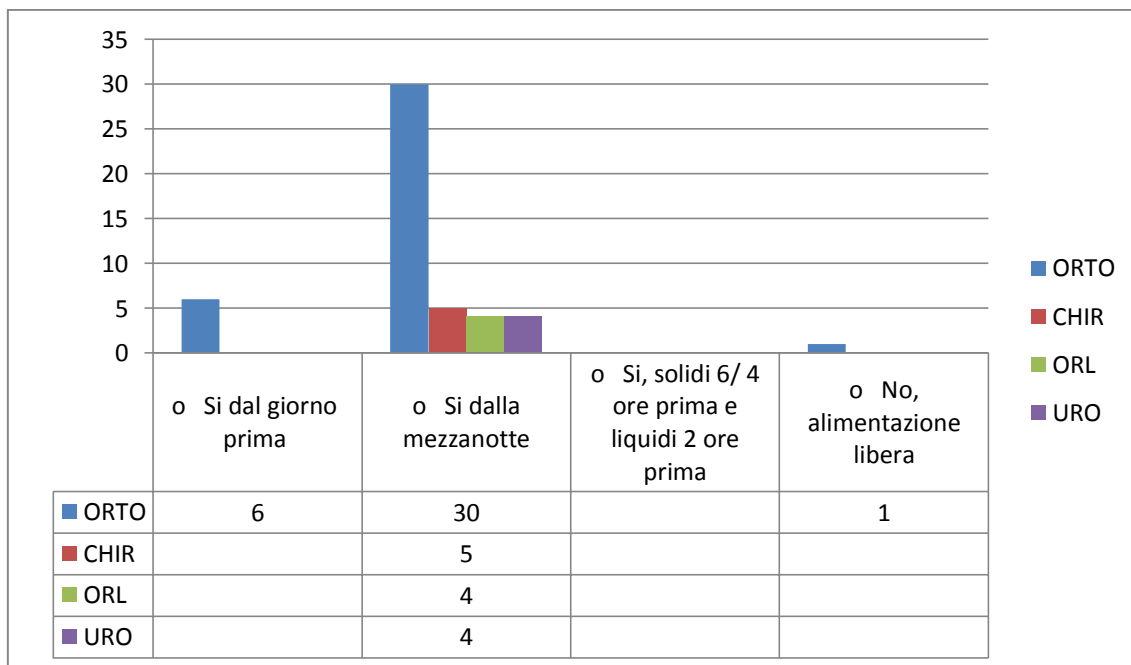
41. Da chi ha ricevuto le informazioni?	ORTO	CHIR	ORL	URO	TOT
o Medico	4	5	2	4	15
o dietista					0
o infermiere	23		2		25
o operatore	10				10
o altro (specificare) non ricordo					0

42. Quando le hanno fornito le informazioni?	ORTO	CHIR	ORL	URO	TOT
o Durante l'appuntamento del preoperatorio	24	3	3	4	34
o il giorno prima dell'intervento	13	2	1		16
o altro (specificare).....					0

43. Le informazioni Le sono state spiegate:	ORTO	CHIR	ORL	URO	TOT
o a voce	36	3	2		41
o A voce + foglio informativo scritto	1	2	2	4	9
o Solo foglio informativo scritto					0
o Per telefono					0
o altro (specificare).....					0

44. Le è stato prescritto l'uso di integratori?	ORTO	CHIR	ORL	URO	TOT
Integratore (nome) n°/q.tà.....					0
Integratore (nome) n°/q.tà.....					0
Integratore (nome) n°/q.tà.....					0
o 750 ml/die 5 gg prima intervento					0
o 750 ml/die 7 gg prima intervento					0
o 800 cc sera precedente int. + 400 cc 2-3 ore prima int.					0
o altro (specificare).....	no	no	no	no	no

GRAFICO N. 12-DOMANDA 45 È STATO PRESCRITTO IL DIGIUNO PRIMA DELL'INTERVENTO?



Il maggior numero di pazienti durante l'appuntamento pre-operatorio o il giorno prima dell'intervento ha ricevuto dal medico e infermiere informazioni sull'alimentazione il giorno precedente l'operazione e praticamente nella maggioranza dei casi è stato

prescritto il digiuno dalla mezzanotte. Questo dichiarato dal paziente e confermato dall'infermiere.

DURANTE LA DEGENZA FASE POST-OPERATORIA

Anamnesi nutrizionale giorno 0 (il giorno dell'intervento):

GRAFICO N. 13 - DOMANDA 46 – 47 – 48 ORTOPEDIA

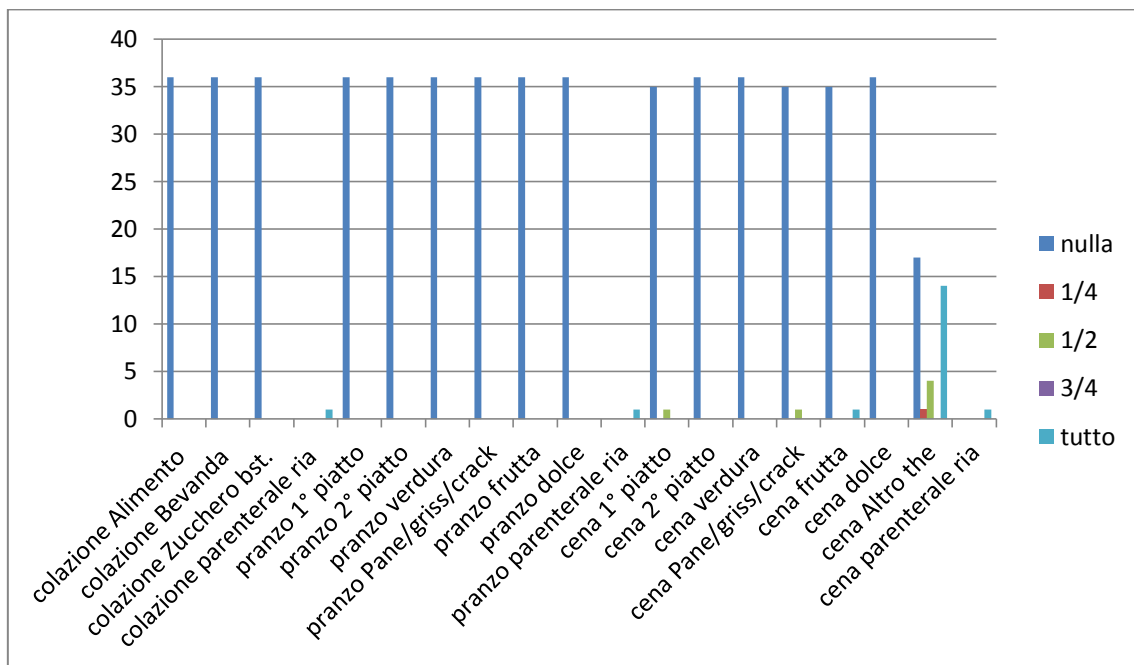


GRAFICO N. 14 - DOMANDA 46 – 47 – 48 CHIRURGIA

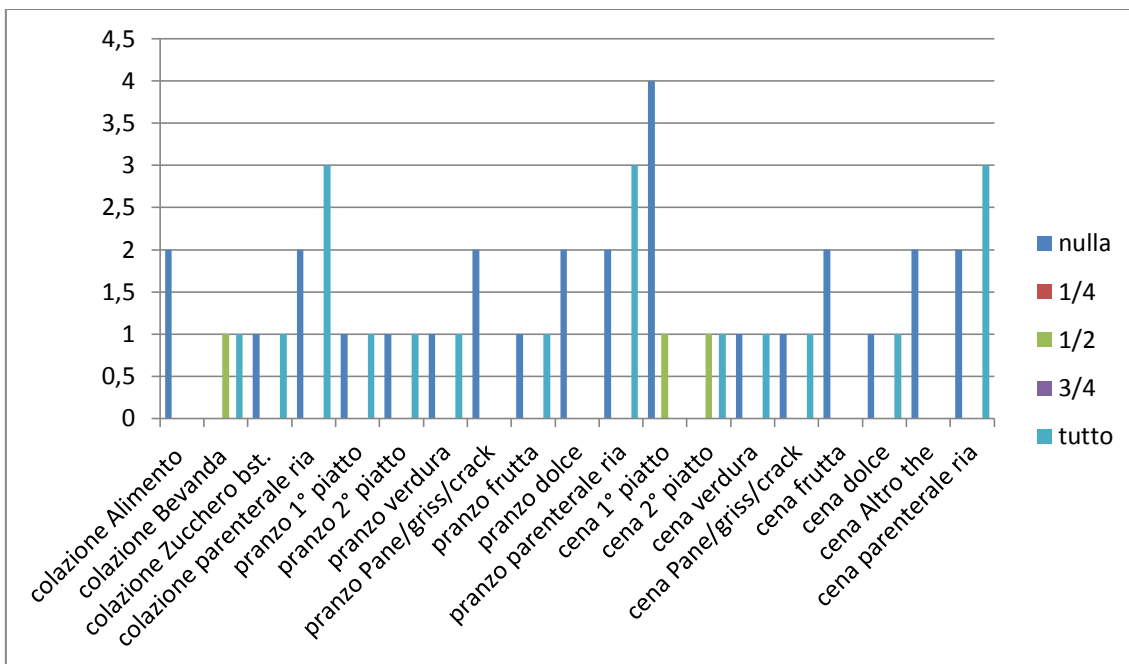


GRAFICO N. 15 - DOMANDA 46 – 47 – 48 ORL

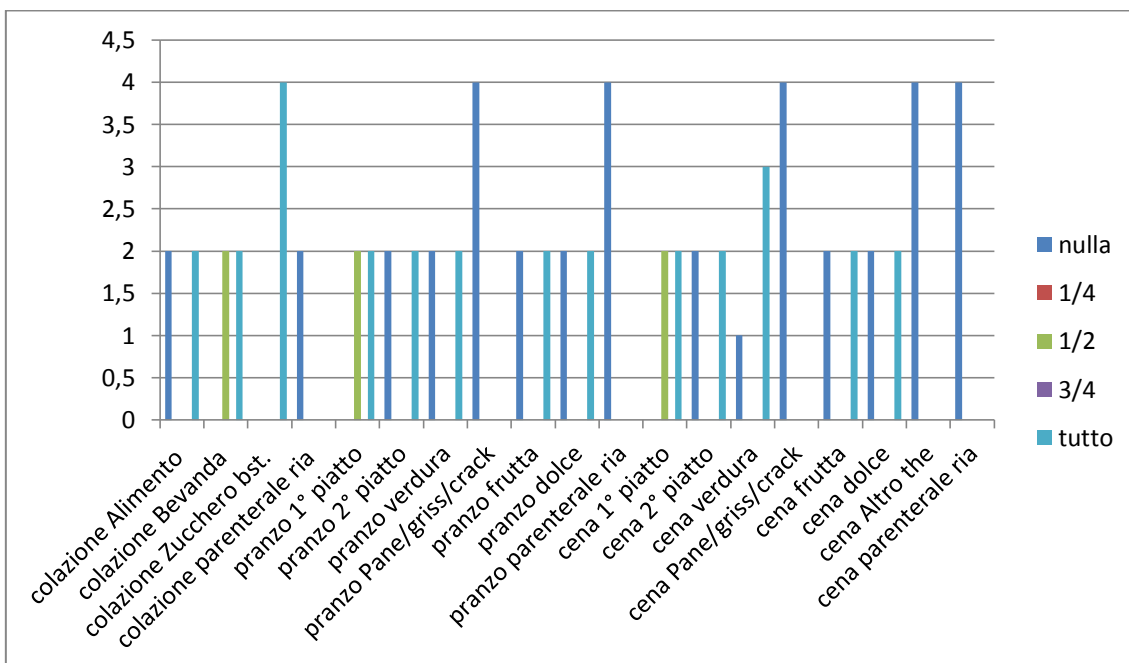
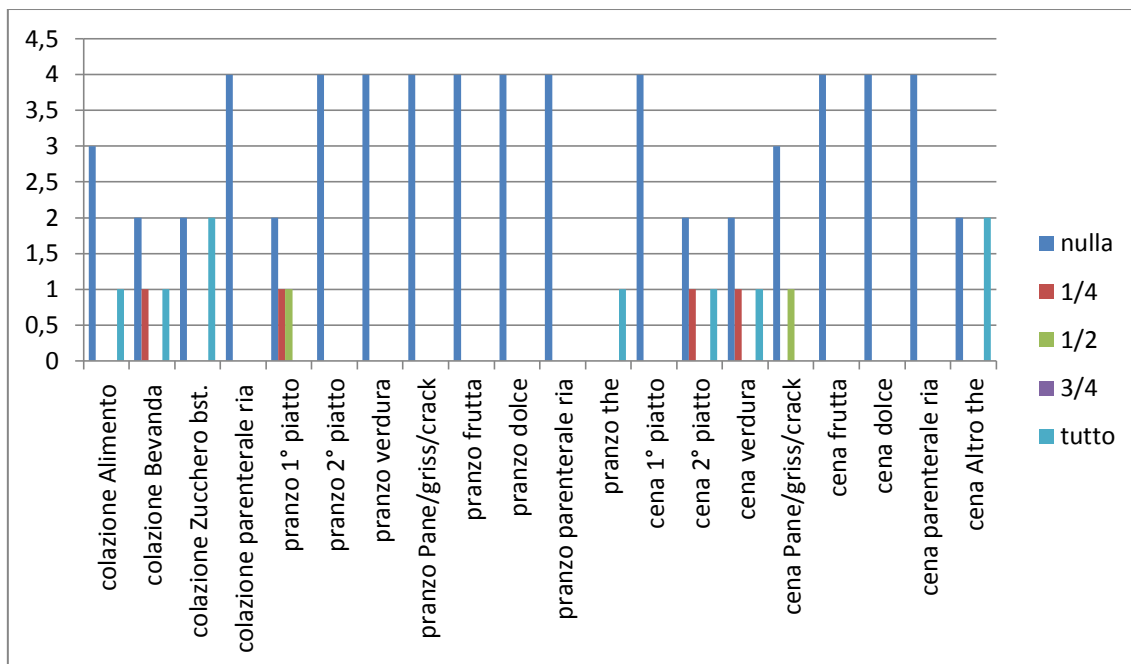


GRAFICO N. 16 - DOMANDA 46 – 47 – 48 UROLOGIA



Le precedenti domande invece valutano l’assunzione di cibo da parte dei pazienti nel post-intervento. Risulta eclatante come il giorno dell’intervento la maggior parte degli operati non assume alcun cibo, al massimo dieta liquida.

Anamnesi nutrizionale giorno 1 (1° gg post intervento):

GRAFICO N. 17 - DOMANDA 50 – 51 – 52 ORTOPEDIA

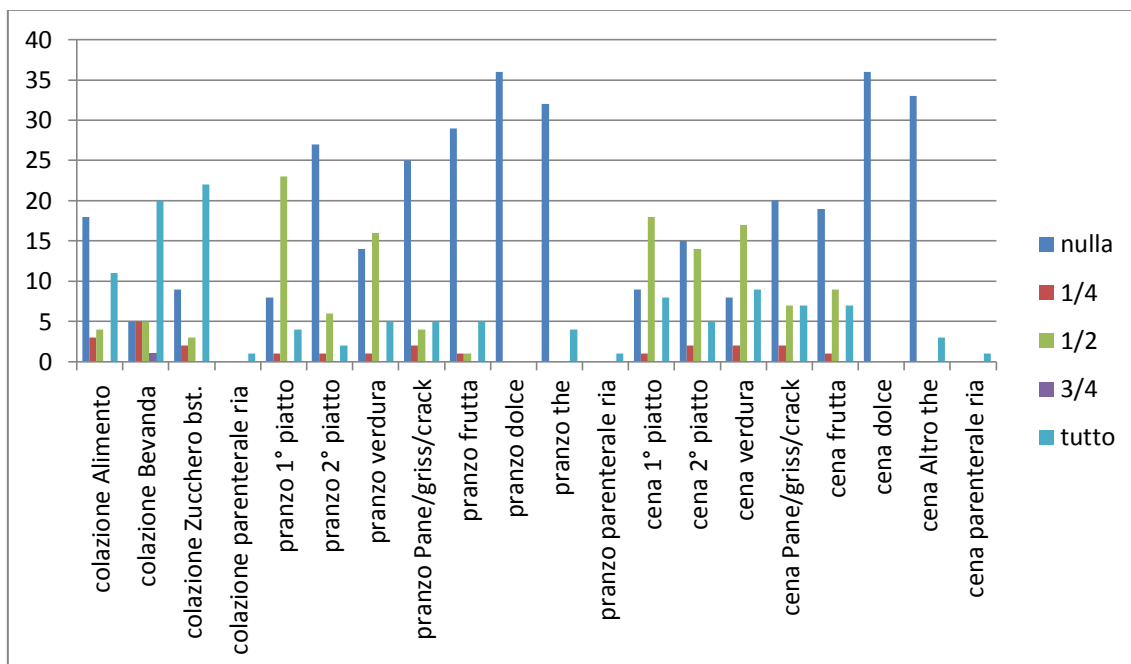


GRAFICO N. 18 - DOMANDA 50 – 51 – 52 CHIRURGIA

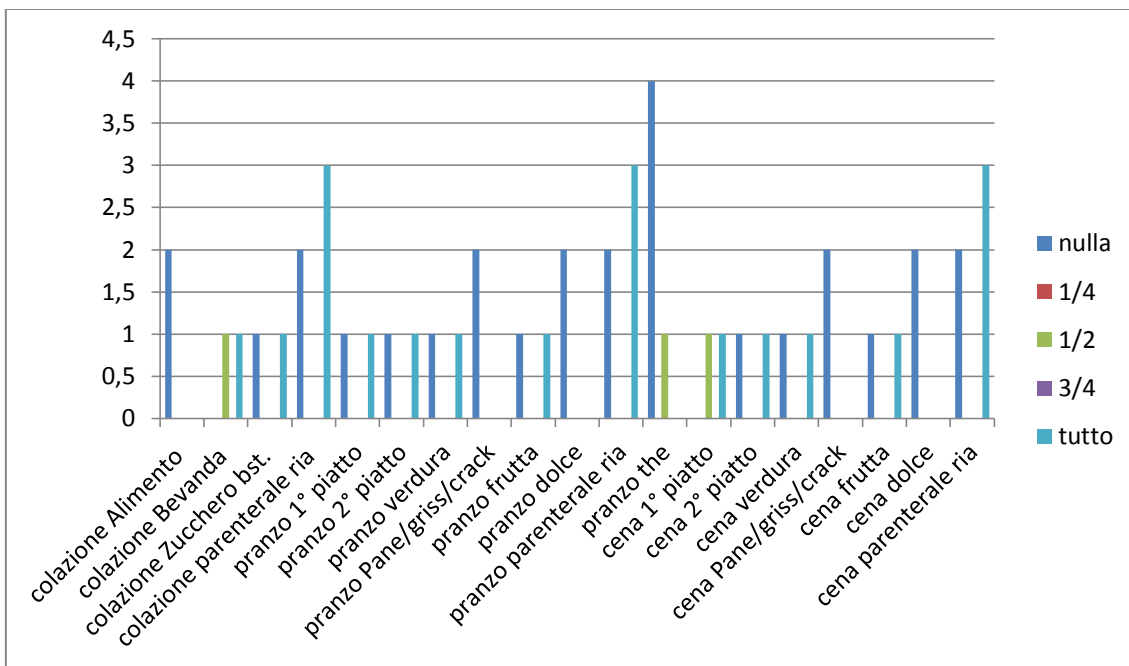


GRAFICO N. 19 - DOMANDA 50 – 51 – 52 ORL

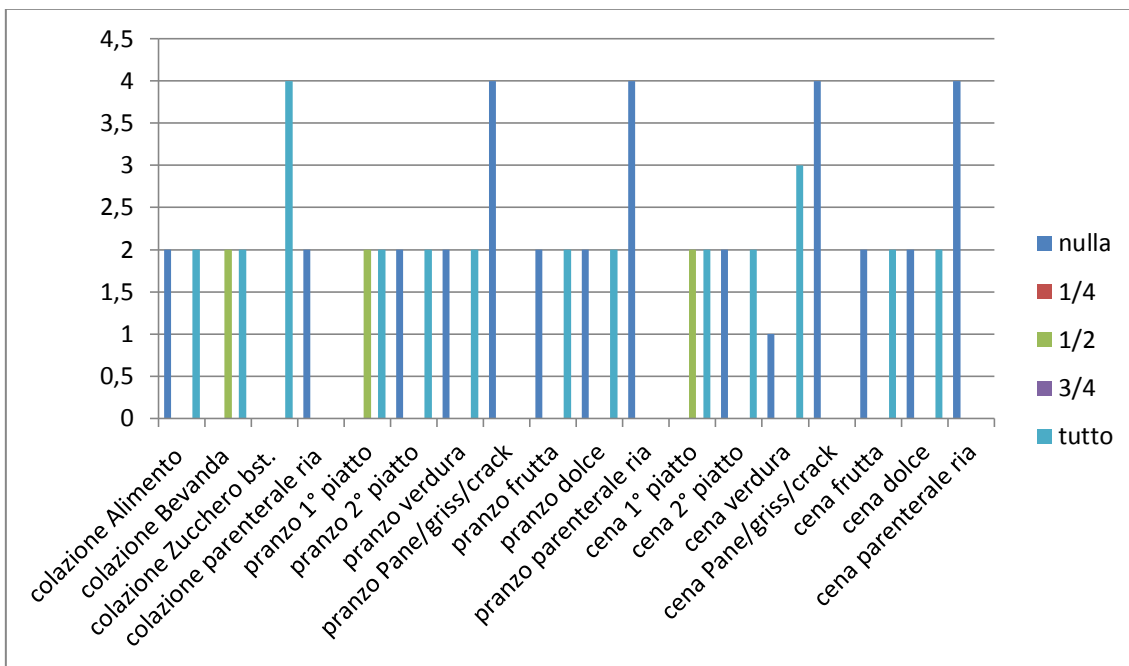
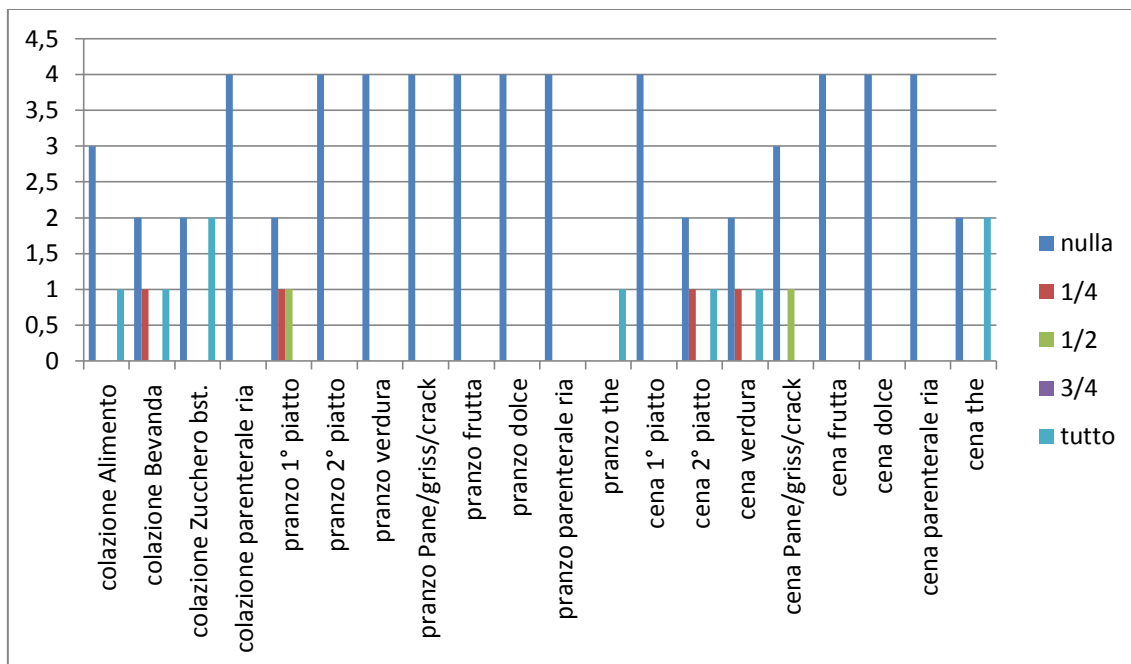


GRAFICO N. 20 - DOMANDA 50 – 51 – 52 UROLOGIA



Nel primo giorno post intervento risulta ancora minima l'assunzione di cibo, in ripresa ma non sufficiente al fabbisogno.

Anamnesi nutrizionale giorno 2 (2° gg post intervento):

GRAFICO N. 21 - DOMANDA 54 – 55 – 56 ORTOPIEDIA

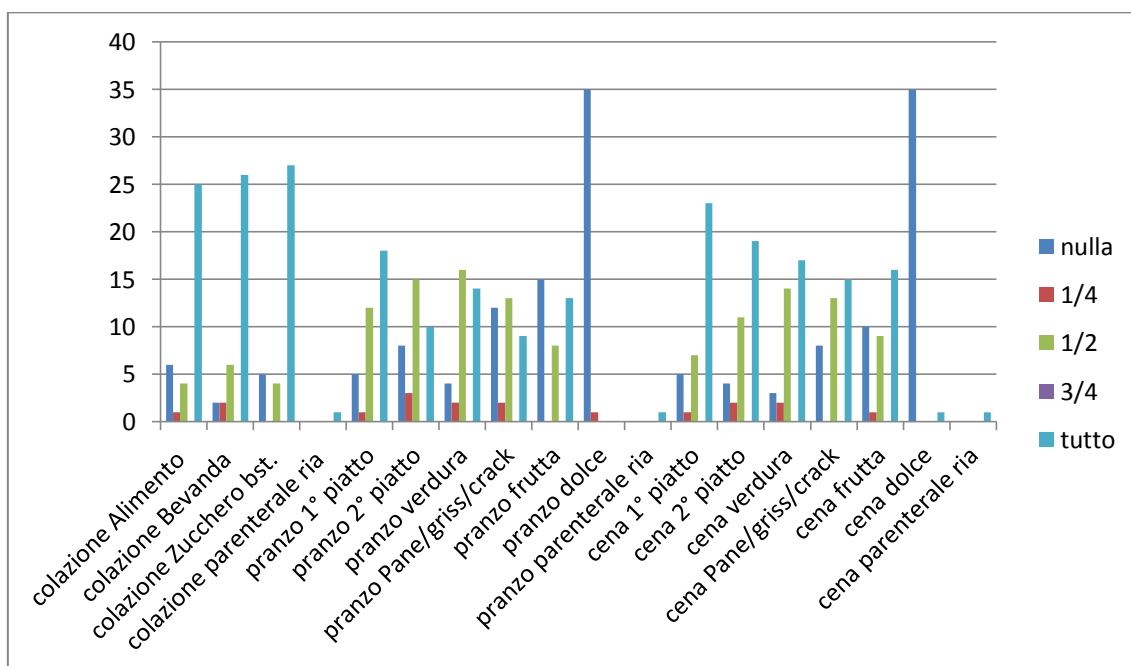


GRAFICO N. 22 - DOMANDA 54 – 55 – 56 CHIRURGIA

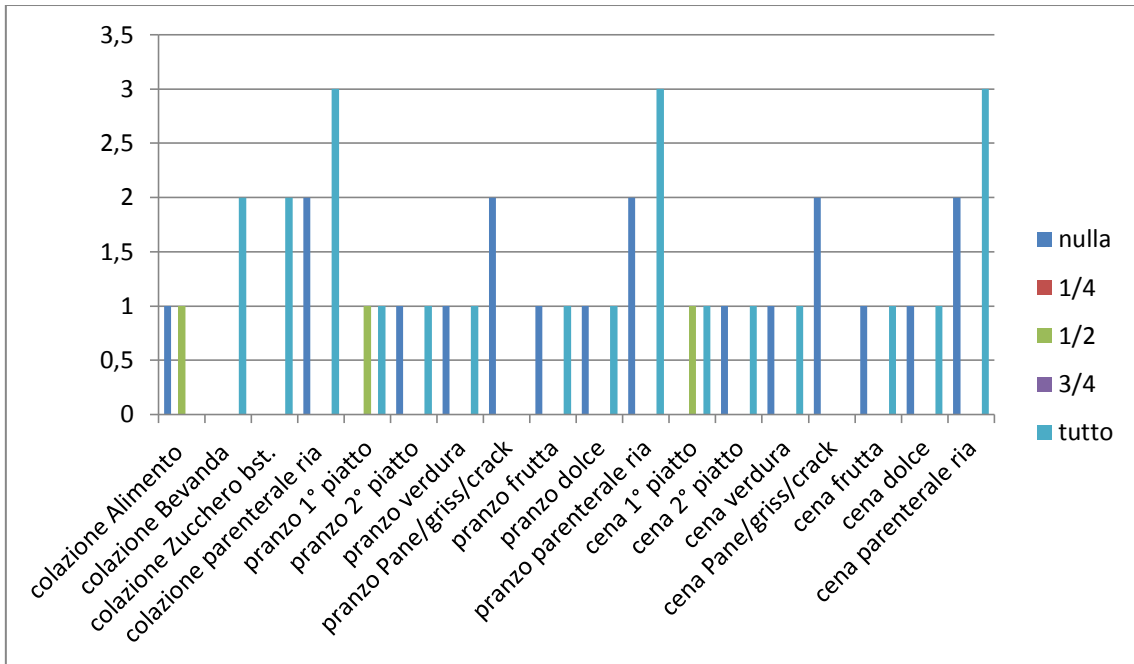


GRAFICO N. 23 - DOMANDA 54 – 55 – 56 ORL

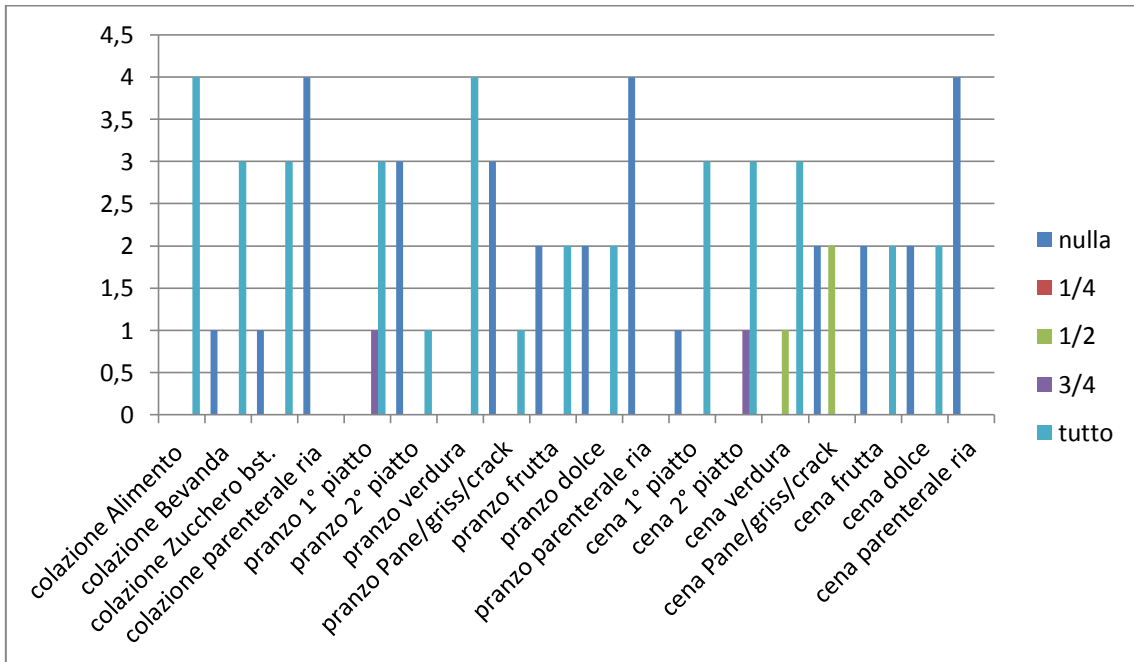
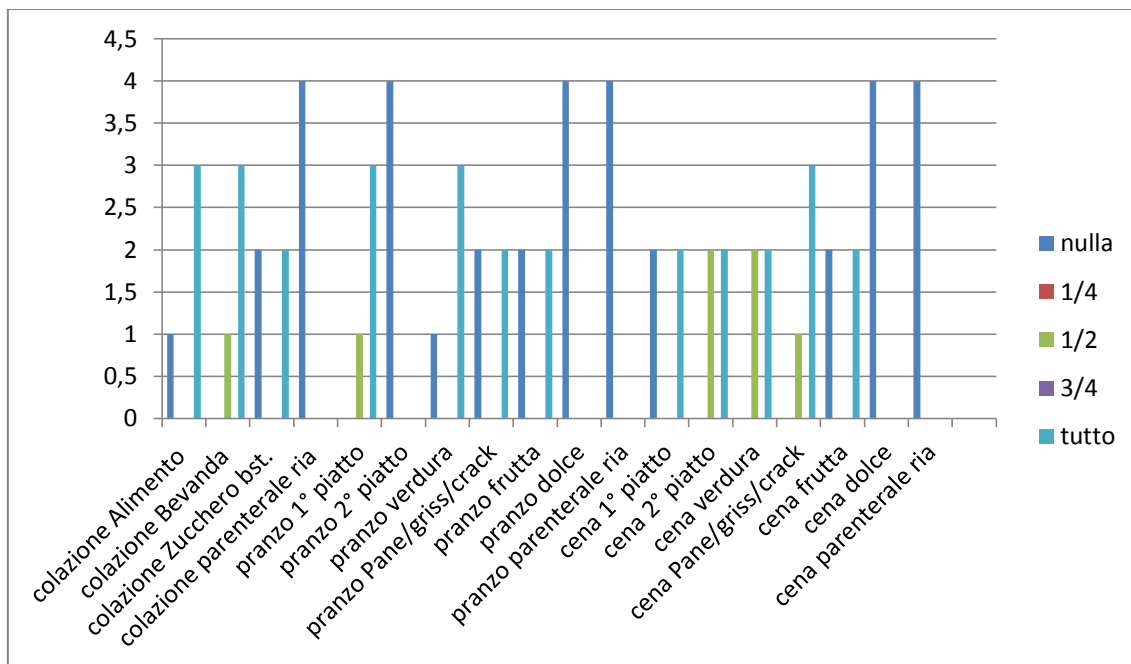


GRAFICO N. 24 - DOMANDA 54 – 55 – 56 UROLOGIA



Il secondo giorno post intervento comincia l'assunzione più marcata di alimenti ma comunque i pasti risultano non completi, cioè non viene assunta tutta la porzione fornita, quindi l'apporto calorico assunto risulta minore e non sufficiente.

DOMANDA 58, 59 E 60 HA RICEVUTO INFORMAZIONI SU COME ALIMENTARSI DOPO L'INTERVENTO? COSA LE E' STATO SPIEGATO? DA CHI HA RICEVUTO LE INFORMAZIONI?

Alla maggior parte dei pazienti non sono state prescritte informazioni su come alimentarsi nel post intervento né sono stati prescritti integratori alimentari.

In alcuni casi per gli interventi di otorinolaringoiatria è stato indicato di non assumere per un certo periodo di tempo cibi troppo caldi.

CAPITOLO QUARTO

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

4.1. Limiti dello studio

Lo studio presenta alcuni limiti relativi allo strumento e al metodo utilizzato: l'uso di un questionario non validato, non essendo stata reperita in letteratura nessuna indagine su questo argomento.

Il questionario è stato somministrato nel Dipartimento Chirurgico dell'Ospedale Santa Maria Regina degli Angeli Ulss 19 di Adria, quindi il risultato non può essere generalizzabile a livello di tutti gli altri ospedali.

I risultati ottenuti possono però essere messi a confronto con gli studi in letteratura da cui emerge l'importanza della valutazione nutrizionale, l'importanza di una adeguata nutrizione perioperatoria come l'utilizzo dell'immunonutrizione, nella riduzione del rischio di malnutrizione, delle complicanze post intervento, e la conseguente riduzione dei costi ospedalieri.

4.2. Discussione e proposte

In base alle risposte segnate nel questionario dai pazienti/caregiver e infermieri dei 4 reparti in esame si evince quanto segue:

Sono stati esaminati 50 pazienti operati, per lo più di ortopedia in quanto nel reparto chirurgico, urologico e otorinolaringoiatria gli interventi avevano una prognosi di degenza spesso < ai 3 giorni.

Si premette che i pazienti esaminati risultano per lo più di età avanzata e quindi con pluripatologie e plurifarmacoterapia.

Si ritiene però rilevante sottolineare che il numero di pazienti che ha subito complicanze post intervento risulta elevato.

L'80% ha subito complicanze anche di importanza rilevante come il ricorso all'emotrasfusione per emorragia post intervento e per il 16% dei pazienti il trasferimento in rianimazione, che è costato 17 giorni di ricovero e il ricorso alla

nutrizione parenterale la quale aumenta il rischio di complicanze rispetto alla nutrizione enterale ed aumenta i costi ospedalieri.

E' da considerare comunque il fatto che date le condizioni di salute precarie pre intervento di alcuni pazienti per lo più anziani, il ricorso al trasferimento in rianimazione viene programmato proprio per prevenire possibili complicanze.

La letteratura però dimostra che il digiuno perioperatorio priva i pazienti di nutrizione e idratazione.

Il digiuno perioperatorio induce lo stress metabolico e la resistenza all'insulina conseguenti agli effetti sui mitocondri cellulari, sull'espressione genica e proteica oltre allo sviluppo di insulino-resistenza la quale porta ad un aumento della morbilità e mortalità postoperatoria. (46).

Esiste una relazione molto stretta tra lo stato nutrizionale e la gravità della patologia di base, ed il supporto nutrizionale può migliorare l'efficacia della terapia specifica per la patologia, prevenire lo sviluppo della malnutrizione e favorire la guarigione (47).

La malnutrizione è stata riconosciuta come una delle principali cause di morbilità e mortalità nei pazienti chirurgici in quanto può causare anemia, ipoalbuminemia, carenze vitaminiche, e perdita di peso oltre alla compromissione dell'immunità che potrebbe tradursi in un aumento delle complicanze come ulcere da pressione, ritardo di guarigione delle ferite, aumento del rischio di infezioni, ridotta funzionalità muscolare e respiratoria, nonché maggiore mortalità. (17).

I pazienti chirurgici denutriti soffrono di complicanze post-operatorie più frequenti, oltre a crescenti rischi per la salute che comportano spese aggiuntive.

Una soluzione sarebbe dunque di stimare i risparmi economici derivanti dalla prevenzione delle complicanze attraverso la diagnosi e il trattamento precoce della malnutrizione.

Quando la chirurgia è elettiva è possibile migliorare lo stato nutrizionale del paziente prima dell'operazione e quindi evitare molte complicanze postoperatorie. (48).

Dai recenti studi risulta inoltre ormai assodato come l'utilizzo dell'immunonutrizione nel paziente chirurgico sia un trattamento conveniente (inibisce l'attività pro-infiammatoria, è dotata di proprietà immunosoppressiva e vasocostrittiva) che porta alla riduzione dei costi di ospedalizzazione, prove cliniche hanno dimostrato che è maggiore

il costo relativo al trattamento delle complicanze postoperatorie rispetto a quello previsto per l'utilizzo della dieta specializzata con farmaconutrienti. (49).

Fase preoperatoria: Per effettuare l'indagine, sono stati valutati i protocolli operatori dei vari reparti in base al tipo di intervento ed emerge che in nessun protocollo si fa riferimento ad una valutazione nutrizionale o ad una nutrizione specifica.

Non viene infatti effettuata routinariamente da nessuno dei 4 reparti la valutazione dello stato nutrizionale (nessuna misurazione antropometrica, un solo parametro biumorale considerato, non viene utilizzata nessuna scheda nutrizionale, nessun modulo per la rilevazione dell'assunzione giornaliera degli alimenti e nessun modulo per la valutazione degli scarti alimentari).

Il dato altrettanto rilevante risulta essere la prescrizione del digiuno preoperatorio dalla mezzanotte, (dichiarato dal paziente e confermato dall'infermiere) pratica ritenuta obsoleta dalla letteratura.

A mio parere occorre anche considerare che le informazioni al paziente sono state date per lo più in modo verbale con l'appuntamento del preoperatorio che spesso avviene anche un mese prima dell'intervento, considerato che molti pazienti sono di età avanzata ritengo che questo possa aver creato in loro incertezza e confusione dato che alcuni hanno addirittura applicato il digiuno preoperatorio per tutto il giorno precedente l'intervento.

Risulta dunque evidente che il giorno precedente l'intervento tutti i pazienti esaminati non si sono nutriti in maniera adeguata per affrontare l'intervento.

Si suggerisce dunque di adottare per i pazienti una forma di comunicazione delle informazioni, scritta, magari con opuscolo illustrativo, spiegata verbalmente e con accertamento della comprensione.

Fase postoperatoria: dall'indagine risulta che i quattro reparti, non effettuando nessuna valutazione nutrizionale postoperatoria, applichino in maniera standard (non indicata in nessun protocollo) una dieta basata su: dieta liquida 300 Kcal il giorno dell'intervento, dieta ipocalorica 1500 Kcal il 1° giorno post intervento e dieta ipocalorica 1500 Kcal/dieta comune 2000 Kcal il 2° giorno post intervento.

Risulta inoltre evidente che i pazienti assumono piccolissime quantità delle porzioni fornite, dovuto al poco appetito e alle condizioni stesse determinate dall'intervento.

La nutrizione post operatoria risulta quindi insufficiente a coprire il fabbisogno metabolico post intervento.

Non viene inoltre prescritta l'assunzione di immunonutrizione né nel pre né nel post intervento (prodotti non in dotazione), solo su indicazione del medico viene contattata la dietista per la prescrizione di eventuale drink calorico.

In conclusione i risultati ottenuti da questa indagine epidemiologica rivelano come nella struttura in osservazione non vi sono indicazioni nutrizionali nei protocolli operatori né vi è applicazione delle recenti indicazioni della letteratura sulla nutrizione del paziente in quanto non viene effettuata una valutazione nutrizionale, non viene prescritta l'immunonutrizione e vengono applicate procedure ritenute dagli studi obsolete come il digiuno perioperatorio.

Il paziente nel pre e post intervento potrebbe non nutrirsi adeguatamente e tutto questo può influire negativamente sull'esito della guarigione e sul numero dei giorni di degenza aumentando il rischio di complicanze ed aumentando i costi di degenza ospedalieri.

I più recenti studi, suggeriscono di prescrivere il digiuno di solidi fino a 6 ore precedenti l'intervento e di liquidi fino a 2 ore prima, inoltre suggeriscono l'importanza dell'immunonutrizione sull'esito del post intervento diminuendo il rischio di complicanze e il numero di giorni di degenza con un risparmio dei costi ospedalieri.

Va ritenuto dunque di fondamentale importanza effettuare una valutazione nutrizionale per tutto il periodo di ricovero.

A tal riguardo in base all'esito dei recenti studi sulla nutrizione perioperatoria e in base all'esperienza delle tante altre realtà ospedaliere in Italia e all'estero, si suggerisce di costituire un team nutrizionale (medico, infermiere, nutrizionista, dietista, ecc.), cioè una rete di elementi con competenza clinica e multidisciplinarietà con lo scopo mirato di effettuare una valutazione nutrizionale perioperatoria del paziente e prescrivere una corretta nutrizione.

Di rilevante importanza risulta la figura dell'infermiere che può specializzarsi in Nutrizione Clinica Artificiale, cioè un professionista che ha acquisito una particolare specializzazione nell'area della Nutrizione Clinica; opera in collaborazione con altre figure, con l'obiettivo di ristabilire o mantenere un ottimale stato nutrizionale nell'individuo con potenziali o accertati deficit nutrizionali.

L'infermiere partecipa alla formulazione del programma nutrizionale, nella indicazione al trattamento, nella scelta dell'accesso, nella pianificazione del programma nutrizionale a medio e lungo termine, nonché come riportato nel proprio Profilo Professionale e nel Codice Deontologico l'infermiere si occupa di educazione e prevenzione.¹²

Pertanto le implicazioni per la pratica infermieristica in ambito nutrizionale sono davvero molteplici.

Esistono diverse possibilità di specializzazione in Nutrizione Clinica per l'infermiere. Sono in corso diversi Master Universitari di I livello per l'anno 2015-2016 ad esempio l'Università di Pavia offre corsi in Dietetica e Nutrizione Clinica o Master Internazionale in trattamento integrato multidisciplinare dei disturbi dell'alimentazione e della nutrizione; l'Università Politecnica delle Marche presenta un'offerta formativa di Master di I livello e Corsi di Perfezionamento in Nutrizione e Dietetica Applicata.

Gli obiettivi formativi qualificanti possono essere sintetizzati nella formazione specifica nel settore della Nutrizione e Dietetica di infermieri, dietisti ed altri professionisti dell'area sanitaria che desiderino aggiornare e/o approfondire le proprie conoscenze teoriche nel settore e fornire un valido e costante ausilio per l'applicazione pratica di regimi alimentari specifici per le diverse esigenze funzionali e nelle diverse patologie. L'Università di Padova propone un Master di I livello in Nutrizione di popolazione, educazione e sicurezza alimentare – NUTRIPESA l'obiettivo è di rendere operative le linee guida e le indicazioni nutrizionali con senso critico e con competenze approfondite e aggiornate.

*“il cibo sia la tua medicina....
..... e la tua medicina sia il cibo”
Ippocrate, 400 a.c.*

¹ Ministero della Sanità. Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere. Art.2. Decreto ministeriale n. 739/94.

² Federazione Nazionale Collegi Ispasvi. Codice Deontologico dell'Infermiere 2009. Art. 1; Art. 2; Art. 11; Art. 12; Art. 14. Roma, gennaio 2009.

BIBLIOGRAFIA

- (1) ministero della salute. Linee di indirizzo nazionale per la ristorazione ospedaliera e assistenziale. 2011.
- (2) Federazione Nazionale Collegi Ipasvi. Codice Deontologico dell'Infermiere 2009. 2009.
- (3) Ministro della Sanità. regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere. 1994 Decreto Ministeriale 14 settembre 1994 n. 739.
- (4) Lambert E, Carey S. Practice Guideline Recommendations on Perioperative Fasting: A Systematic Review. JPEN J Parenter Enteral Nutr 2015 Jan 9.
- (5) de Aguilar-Nascimento JE, Dock-Nascimento DB. Reducing preoperative fasting time: A trend based on evidence. World J Gastrointest Surg 2010 Mar 27;2(3):57-60.
- (6) American Society of Anesthesiologists Committee. Practice guidelines for preoperative fasting and the use of pharmacologic agents to reduce the risk of pulmonary aspiration: application to healthy patients undergoing elective procedures: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Committee on Standards and Practice Parameters. Anesthesiology 2011 Mar;114(3):495-511.
- (7) Charles Mueller, PhD, RD, CNSD, Charlene Compher, PhD, RD, FADA, CNSD, LDN, Druyan Mary Ellen, PhD, MPH, RD, CNS, FACN, and the American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (A.S.P.E.N.) Board of Directors. A.S.P.E.N. Clinical Guidelines Nutrition Screening, Assessment, and Intervention in Adults. Journal of Parenteral and Enteral Nutrition © American Society for Parenteral and Enteral Nutrition 10.1177/0148607110389335 <http://jpen.sagepub.com> hosted at <http://online.sagepub.com> January 2011 16-24 ©; Volume 35 Number 1.
- (8) Duran Alert P, Mila Villarroel R, Formiga F, Virgili Casas N, Vilarasau Farre C. Assessing risk screening methods of malnutrition in geriatric patients: Mini Nutritional Assessment (MNA) versus Geriatric Nutritional Risk Index (GNRI). Nutr Hosp 2012 Mar-Apr;27(2):590-598.
- (9) Moriana M, Civera M, Artero A, Real JT, Caro J, Ascaso JF, et al. Validity of subjective global assessment as a screening method for hospital malnutrition. Prevalence of malnutrition in a tertiary hospital. Endocrinol Nutr 2014 Apr;61(4):184-189.
- (10) Font-Vizcarra L, Lozano L, Rios J, Forga MT, Soriano A. Preoperative nutritional status and post-operative infection in total knee replacements: a prospective study of 213 patients. Int J Artif Organs 2011 Sep;34(9):876-881.

- (11) Bragagnolo R, Caporossi FS, Dock-Nascimento DB, de Aguilar-Nascimento JE. Adductor pollicis muscle thickness: a fast and reliable method for nutritional assessment in surgical patients. *Rev Col Bras Cir* 2009 Oct;36(5):371-376.
- (12) Tinju J, Reshmi S, Rajesh G, Balakrishnan V. Anthropometric, biochemical, clinical and dietary assessment for malnutrition in south Indian patients with chronic pancreatitis. *Trop Gastroenterol* 2010 Oct-Dec;31(4):285-290.
- (13) Rivista Italiana di Nutrizione Parenterale ed Enterale / Anno 20 S5, pp. S9-S11. Valutazione nutrizionale. Linee guida SINPE per la Nutrizione Artificiale Ospedaliera 2002 - Parte Generale 2002;Anno 20 S5, pp. S9-S11.
- (14) Nematy M, Hickson M, Brynes AE, Ruxton CH, Frost GS. Vulnerable patients with a fractured neck of femur: nutritional status and support in hospital. *J Hum Nutr Diet* 2006 Jun;19(3):209-218.
- (15) Sanchez-Munoz LA, Calvo-Reyes MC, Majo-Carbajo Y, Barbado-Ajo J, Aragon De La Fuente MM, Artero-Ruiz EC, et al. Mini nutritional assessment (MNA) as nutrition screening tool in internal medicine. Advantages and disadvantages. *Rev Clin Esp* 2010 Oct;210(9):429-437.
- (16) Myint MW, Wu J, Wong E, Chan SP, To TS, Chau MW, et al. Clinical benefits of oral nutritional supplementation for elderly hip fracture patients: a single blind randomised controlled trial. *Age Ageing* 2013 Jan;42(1):39-45.
- (17) Ben-Ishay O, Gertsenzon H, Mashiach T, Kluger Y, Chermesh I. Malnutrition in surgical wards: a plea for concern. *Gastroenterol Res Pract* 2011;2011:10.1155/2011/840512. Epub 2010 Aug 3.
- (18) Mudge L, Isenring E, Jamieson GG. Immunonutrition in patients undergoing esophageal cancer resection. *Dis Esophagus* 2011 Apr;24(3):160-165.
- (19) Gianotti L, Braga M, Fortis C, Soldini L, Vignali A, Colombo S, et al. A prospective, randomized clinical trial on perioperative feeding with an arginine-, omega-3 fatty acid-, and RNA-enriched enteral diet: effect on host response and nutritional status. *JPEN J Parenter Enteral Nutr* 1999 Nov-Dec;23(6):314-320.
- (20) Heyland DK, Novak F, Drover JW, Jain M, Su X, Suchner U. Should immunonutrition become routine in critically ill patients? A systematic review of the evidence. *JAMA* 2001 Aug 22-29;286(8):944-953.
- (21) Gianotti L, Braga M, Biffi R, Bozzetti F, Mariani L, GlutamItaly Research Group of the Italian Society of Parenteral, and Enteral Nutrition. Perioperative intravenous glutamine supplementation in major abdominal surgery for cancer: a randomized multicenter trial. *Ann Surg* 2009 Nov;250(5):684-690.

(22) Braga M, Gianotti L, Vignali A, Carlo VD. Preoperative oral arginine and n-3 fatty acid supplementation improves the immunometabolic host response and outcome after colorectal resection for cancer. *Surgery* 2002 Nov;132(5):805-814.

(23) Braga M, Gianotti L, Nespoli L, Radaelli G, Di Carlo V. Nutritional approach in malnourished surgical patients: a prospective randomized study. *Arch Surg* 2002 Feb;137(2):174-180.

(24) Felekis D, Eleftheriadou A, Papadakos G, Bosinakou I, Ferekidou E, Kandiloros D, et al. Effect of perioperative immuno-enhanced enteral nutrition on inflammatory response, nutritional status, and outcomes in head and neck cancer patients undergoing major surgery. *Nutr Cancer* 2010;62(8):1105-1112.

(25) Rivista Italiana di Nutrizione Parenterale ed Enterale Wichtig Editore, 2002. Nutrizione Artificiale nel perioperatorio Linee guida SINPE per la Nutrizione Artificiale Ospedaliera 2002 - Parte Speciale. Rivista Italiana di Nutrizione Parenterale ed Enterale Anno 20 S5, pp. S69-S71.

(26) Aida T, Furukawa K, Suzuki D, Shimizu H, Yoshidome H, Ohtsuka M, et al. Preoperative immunonutrition decreases postoperative complications by modulating prostaglandin E2 production and T-cell differentiation in patients undergoing pancreatoduodenectomy. *Surgery* 2014 Jan;155(1):124-133.

(27) Correia MI, da Silva RG. The impact of early nutrition on metabolic response and postoperative ileus. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care* 2004 Sep;7(5):577-583.

(28) Varadhan KK, Neal KR, Dejong CH, Fearon KC, Ljungqvist O, Lobo DN. The enhanced recovery after surgery (ERAS) pathway for patients undergoing major elective open colorectal surgery: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Clin Nutr* 2010 Aug;29(4):434-440.

(29) ITALIAN PERIOPERATIVE PROGRAM (gruppo dietisti). PROTOCOLLO NUTRIZIONALE IN CHIRURGIA COLORETTALE. Aprile 2013.

(30) ITALIAN PERIOPERATIVE PROGRAM (gruppo dietisti). PROTOCOLLO NUTRIZIONALE PER INTERVENTO CHIRURGICO DI DUODENOCEFALOPANCREASECTOMIA. Aprile 2013.

(31) ITALIAN PERIOPERATIVE PROGRAM (gruppo dietisti). PROTOCOLLO NUTRIZIONALE PER INTERVENTO CHIRURGICO DI PANCREASECTOMIA DISTALE. Aprile 2013.

(32) ERAS ITALY (gruppo dietisti). PROTOCOLLO NUTRIZIONALE PER INTERVENTO CHIRURGICO DI ESOFAGECTOMIA CON ANASTOMOSI CERVICALE. Maggio 2013.

(33) PROTOCOLLO NUTRIZIONALE PER INTERVENTO CHIRURGICO DI ESOFAGECTOMIA CON ANASTOMOSI TORACICA. ERAS ITALY (gruppo dietisti) Maggio 2013.

(34) ERAS ITALY (gruppo dietisti). PROTOCOLLO NUTRIZIONALE PER INTERVENTO CHIRURGICO DI GASTRECTOMIA TOTALE. Maggio 2013.

(35) ERAS ITALY (gruppo dietisti). PROTOCOLLO NUTRIZIONALE PER INTERVENTO CHIRURGICO DI RESEZIONE GASTRICA SUBTOTALE. Maggio 2013.

(36) Guidelines for Perioperative Care in Elective Colonic Surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society Recommendations. Clinical Nutrition 2012.
“Utilizzazione del carico dei carboidrati nel paziente diabetico”. 2012.

(37) Azienda Ospedaliera Ordine Mauriziano di Torino. Protocollo Gestione del paziente sottoposto a immunonutrizione: dal peri-operatorio al follow up. novembre 2012.

(38) St Mark's Hospital. ENHANCED RECOVERY PROGRAMME. 2014.

(39) St Mark's Hospital multidisciplinary team. Patient Information Leaflet The Enhanced Recovery Programme (Frederick Salmon Ward). June 2013 Review date: January 2014.

(40) ERAS PROGRAM. ERAS POSTER ROYAL NHS. 28/10/2013.

(41) Rivista Italiana di Nutrizione Parenterale ed Enterale Wichtig Editore, 2002.
Evidence-Based Nursing in Nutrizione Artificiale Linee guida SINPE per la Nutrizione Artificiale Ospedaliera 2002 . Rivista Italiana di Nutrizione Parenterale ed Enterale Linee guida SINPE per la Nutrizione Artificiale Ospedaliera 2002 Anno 20 S5, pp. S37-S43.

(42) MAG Vera Todorovic, Christine Russell e Marinos Elia. Guida al ‘Malnutrition Universal Screening Tool’ (‘MUST’: ‘Strumento di screening universale della malnutrizione’) per adulti Redatto. BAPEN 2012.

(43) Servizio Tecnico Sanitario Dietisti Azienda Ospedaliera Sanitaria Carreggi. MODULO SCHEDA DI RILEVAZIONE DELL' ASSUNZIONE GIORNALIERA DI ALIMENTI. M/903/P88b Rev. 0.

(44) Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi. PROCEDURA PER LA PREVENZIONE E LA GESTIONE DEL RISCHIO NUTRIZIONALE. P/903/88 Ed. 1 Rev. 2.

(45) Otsu N, Tominaga M, Mizutani M, Kimura W. Participation of the clinical laboratory in the nutrition support team. Rinsho Byori 2006 Jan;54(1):67-72.

(46) Awad S, Lobo DN. Metabolic conditioning to attenuate the adverse effects of perioperative fasting and improve patient outcomes. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care* 2012 Mar;15(2):194-200.

(47) Vranesic Bender D, Krznaric Z, Colic Baric I. Assessment of nutritional status of gastroenterology patients in Croatia. *Coll Antropol* 2010 Dec;34(4):1329-1334.

(48) Farre Rovira R, Frasquet Pons I, Ibor Pica JF. Postoperative complications in malnourished patients: economic impact and predictive value of some nutritional indicators. *Nutr Hosp* 1998 Sep-Oct;13(5):233-239.

(49) Braga M, Gianotti L, Vignali A, Schmid A, Nespoli L, Di Carlo V. Hospital resources consumed for surgical morbidity: effects of preoperative arginine and omega-3 fatty acid supplementation on costs. *Nutrition* 2005 Nov-Dec;21(11-12):1078-1086.

SITOGRAFIA

<http://www.italianperioperativeprogram.it/>. Protocollo Nutrizionale Per Intervento Chirurgico Di Esofagectomia Con Anastomosi Toracica. [Internet]. 2013 [cited 7 Jul. 2015]. Available from: <http://www.italianperioperativeprogram.it/wp-content/uploads/2013/06/ProtocolloesofagectomiaconanastomositoracicaMaggio2013.pdf>

<http://www.italianperioperativeprogram.it/>. Protocollo Nutrizionale Per Intervento Chirurgico Di Resezione Gastrica Subtotale. [Internet]. 2013 [cited 7 Jul. 2015]. Available from: <http://www.italianperioperativeprogram.it/wp-content/uploads/2013/06/ProtocolloresezionegastricasubtotaleMaggio2013.pdf>.

<http://www.italianperioperativeprogram.it/>. Protocollo Nutrizionale Per Intervento Chirurgico Di Gastrectomia Totale. [Internet]. 2013 [cited 7 Jul. 2015]. Available from: <http://www.italianperioperativeprogram.it/wp-content/uploads/2013/06/ProtocollogastrectomiatotaleMaggio2013.pdf>

<http://www.italianperioperativeprogram.it/>. Protocollo Nutrizionale Per Intervento Chirurgico Di Esofagectomia Con Anastomosi Cervicale. [Internet]. 2013 [cited 7 Jul. 2015]. Available from: <http://www.italianperioperativeprogram.it/wp-content/uploads/2013/06/ProtocolloesofagectomiaanastomosicervicaleMaggio2013.pdf>

<http://www.erassociety.org/>. The Enhanced Recovery Programme Patient Information. [Internet]. 2013 [cited 7 Jul. 2015]. Available from: http://www.erassociety.org/images/Nursing_Group/Patient-information/ERAS-St_Marks_pt_information.pdf

<http://www.ipasvi.it/>. Il Codice deontologico dell'Infermiere. [Internet]. 2009 [cited 8 Jul. 2015]. Available from: <http://www.ipasvi.it/norme-e-codici/deontologia/il-codice-deontologico.htm>

<http://www.italianperioperativeprogram.it/>. Utilizzazione del carico dei carboidrati nel paziente diabetico. [Internet]. 2012 [cited 7 Jul. 2015]. Available from: http://www.italianperioperativeprogram.it/wp-content/uploads/2013/06/Utilizzazione-del-carico-dei-carboidrati-nel-paziente-diabetico-_3_x.pdf

<http://www.italianperioperativeprogram.it/>. Protocollo Nutrizionale In Chirurgia Coloretale. [Internet]. 2013 [cited 7 Jul. 2015]. Available from: <http://www.italianperioperativeprogram.it/wp-content/uploads/2013/04/ProtocollonutrizionaleERASColon.pdf>

http://www.italianperioperativeprogram.it. Protocollo Nutrizionale Per Intervento Chirurgico Di Pancreasectomia Distale. [Internet]. 2013 [cited 7 Jul. 2015]. Available from: <http://www.italianperioperativeprogram.it/wp-content/uploads/2013/04/ProtocollonutrizionaleERASPancreasDistale.pdf>

<http://www.italianperioperativeprogram.it/>. Protocollo Nutrizionale Per Intervento Chirurgico Di Duodenocefalopancreasectomia. [Internet]. 2013 [cited 7 Jul. 2015]. Available from: <http://www.italianperioperativeprogram.it/wp-content/uploads/2013/04/ProtocollonutrizionaleERASDCP.pdf>

<http://www.italianperioperativeprogram.it/>. Guida al ‘Malnutrition Universal Screening Tool’ (‘MUST’: ‘Strumento di screening universale della malnutrizione’) per adulti. [internet]. 2013 [cited 9 Jul. 2015]. Available from: <http://www.italianperioperativeprogram.it/wp-content/uploads/2013/05/must>

<http://www.salute.gov.it/>. Ministero della Salute. Linee Di Indirizzo Nazionale Per La Ristorazione Ospedaliera E Assistenziale. [internet]. 2011 [cited 24 Jun. 2015]. Available from: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1435_allegato.pdf

http://www.ipasvi.it. Ministero della Sanità. Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere. [internet]. 1994 [cited 29 Jun. 2015]. Available from: http://www.ipasvi.it/archivio_news/leggi/179/DM140994n739.pdf

http://www.sinpe.org. Rivista Italiana di Nutrizione Parenterale ed Enterale. Linee guida SINPE per la Nutrizione Artificiale Ospedaliera 2002 © SINPE-GASAPE S17 Linee guida SINPE per la Nutrizione Artificiale Ospedaliera 2002 - Parte Generale. [internet]. 2002 [cited 14 Jun. 2015]. Available from: <http://www.sinpe.org/documenti/17-22.pdf>

http://www.italianperioperativeprogram.it. Servizio Tecnico Sanitario Dietisti Azienda Ospedaliera Sanitaria Careggi, (n.d.). Modulo Scheda Di Rilevazione Dell' Assunzione

Giornaliera Di Alimenti. [internet]. [cited 16 Jun. 2015]. Available from:
[http://www.italianperioperativeprogram.it/wp-
content/uploads/2013/05/Schedadirilevazione.pdf](http://www.italianperioperativeprogram.it/wp-content/uploads/2013/05/Schedadirilevazione.pdf)

ALLEGATI

N. 1. QUESTIONARIO DI INDAGINE

N. 2. DIETETICO OSPEDALIERO

Parte generale

INDAGINE CONOSCITIVA NUTRIZIONE PERIOPERATORIA



UNIPD
TESI DI LAUREA FACOLTA' DI
INFERMIERISTICA
ALICE PASSADORE

PARTE RISERVATA ALL'INFERMIERE – PROCEDURE DI RILEVAZIONE INFERMIERISTICA IN REPARTO

Reparto

1. A quale genere di paziente viene valutato lo stato nutrizionale?
 - a tutti i pazienti
 - pazienti con previsione di ricovero superiore 5 gg
 - a nessun paziente
 - altro (specificare).....

2. Come viene valutato lo stato nutrizionale?
 - Peso
 - Altezza
 - Pliche
 - Circonferenze
 - BMI
 - Test funzionali (forza di prensione della mano)
 - Calo/incremento ponderale ultimi 3-6 mesi (%dimagrimento/incremento)
 - Rilevazione/valutazione introito alimentare
 - Valutazione scarti
 - Analisi composizione corporea (Bio Impedenza corporea)
 - Screening nutrizionale con MUST
 - Screening nutrizionale con MNA
 - Screening nutrizionale con NRS 2002
 - altro (specificare).....

3. Quando viene valutato lo stato nutrizionale del paziente?
 - all'ingresso entro 48h
 - all'ingresso e alla dimissione
 - ripetuta ogni 7 gg anche se paziente non a rischio all'ingresso
 - su richiesta del medico/nutrizionista, motivo.....
 - no, mai
 - altro (specificare).....

4. Da chi viene valutato lo stato nutrizionale del paziente?
 - Infermiere
 - Dietista
 - Medico/nutrizionista
 - medico di reparto
 - equipe/team nutrizionale
 - altro (specificare).....

5. Frequenza pesata durante la degenza:
 - Tutti i giorni
 - Solo all'ingresso
 - all'ingresso e alla dimissione
 - Sì, su richiesta del medico/nutrizionista, motivo.....
 - nessuna pesatura

- altro (specificare).....
6. Viene compilata una scheda nutrizionale entro le prime 24h?
- Sì, sempre
 - Sì, su richiesta del medico/nutrizionista, motivo.....
 - No, mai
 - Tipo di scheda (allegata).....
 - altro (specificare).....
7. viene utilizzato un modulo per la rilevazione dell'assunzione giornaliera degli alimenti?
- Sì, sempre
 - Sì, su richiesta del medico/nutrizionista, motivo.....
 - No, mai
 - tipo di modulo (allegato).....
 - altro (specificare).....
8. viene utilizzato un modulo per la valutazione degli scarti alimentari?
- Sì, sempre
 - Sì, su richiesta del medico/nutrizionista, motivo.....
 - No, mai
 - tipo di modulo (allegato).....
 - altro (specificare).....
9. Quali parametri bioumorali, per valutare lo stato nutrizionale, vengono effettuati al paziente?
- Transferrina
 - proteine totali
 - albumina
 - pre-albumina
 - vit. B12
 - RBP
 - Conta linfocitaria
 - altro (specificare).....

Firma infermiere intervistato.....

Firma rilevatore.....

Ai sensi ed in conformità con l'art. 13, D. Lgs. 30 giugno 2003 n. 196, i dati raccolti con la presente scheda sono destinati ad essere archiviati sia manualmente su supporti cartacei sia mediante l'utilizzo di moderni sistemi informatici su supporti magnetici nel pieno rispetto dei dettami normativi vigenti e potranno essere oggetto di trattamento solo ed esclusivamente da parte di soggetti appositamente nominati incaricati ai sensi del citato Decreto legislativo. I dati medesimi saranno utilizzati unicamente per gli scopi indicati nella presente scheda e non saranno utilizzati per ulteriori comunicazioni o per diffusi.

Infermiere
- Tesista
n.

INDAGINE CONOSCITIVA
NUTRIZIONE PERIOPERATORIA



UNIPD
TESI DI LAUREA FACOLTA' DI
INFERMIERISTICA
ALICE PASSADORE

PARTE RISERVATA ALL'INFERMIERE/TESISTA SU CARTELLA CLINICA

Cognome e nome..... reparto.....
letto n.

Data.....

10. Tipo e nome intervento:

- Chirurgico,
- Otorino,
- Urologico,
- Ortopedico,

11. ora intervento

12. patologia per cui è richiesto l'intervento:

.....

13. ha altre patologie?

- Diabete
- ipertensione
- dislipidemie
- gastrite
- malattie cronico-intestinali
- cardiopatie
- nefropatie
- artropatie
- altro (specificare).....

14. assume farmaci?

- Ipoglicemizzanti
- insulina
- Antiipertensivi
- Anticoagulanti/antiaggreganti
- Protettori gastrici
- Antiepilettici
- diuretici
- altro (specificare).....

15. Durante la degenza sono sorte complicanze?

- Si infezione sistemica
- Si infezione chirurgica
- Si decubiti
- Si complicanze cardiocircolatorie
- Si complicanze renali
- Si complicanze epatiche
- Si nausea
- Si vomito
- Si diarrea

- altro (specificare).....
- No

16. esami ematochimici nutrizionali all'ingresso:

- Transferrina
- Proteine Totali
- Albumina
- Pre-albumina
- Vitamina B12
- RBP
- Conta linfocitaria
- altro (specificare).....

17. esami ematochimici nutrizionali alla dimissione:

- Transferrina
- Proteine Totali
- Albumina
- Pre-albumina
- Vitamina B12
- RBP
- Conta linfocitaria
- altro (specificare).....

18. N° giorni degenza.....

19. ha sofferto di disturbi del comportamento alimentare?

- obesità
- anoressia nervosa
- BED
- bulimia nervosa
- picacismo
- DCA NAS
- altro (specificare).....

20. Misure antropometriche all'ingresso:

- Peso kg Altezza m Bmi stato nutrizionale.....
 - riferite, non misurate
 - effettivamente misurate
- No, non misurate

21. Misure antropometriche alla dimissione:

- Peso kg Altezza m Bmi stato nutrizionale..... (effettivamente misurate)
- No, non misurate

22. % DI DIMAGRIMENTO: $\frac{\text{peso attuale} - \text{peso abituale}}{\text{peso abituale}} \times 100 = \dots\dots\dots$

- > 5% in un mese
- > 10 % in sei mesi
- altro (specificare).....

23. È stata compilata una scheda nutrizionale entro le prime 24h?

- Sì
- No
- Tipo di scheda (allegata).....

24. è stata richiesta una valutazione del dietista/nutrizionista?

- Sì.....
- No
- Quale.....
- Motivo.....

25. È stato elaborato dal dietista/nutrizionista un piano di trattamento dietetico e/o nutrizionale personalizzato?

- Sì,
quale.....motivo.....
.....
- No

Anamnesi nutrizionale 1^a giornata:

26. tipo di dieta (vedi allegato A dietetico ospedaliero):

- dieta comune 2000 Kcal
- dieta ipocalorica 1500 Kcal
- dieta ipercalorica 2800 Kcal
- dieta ipoproteica 2000 Kcal
- dieta ipolipidica 2000 Kcal
- dieta ipolipidica 1500 Kcal
- dieta povera di scorie 1000 Kcal
- dieta povera di scorie 1500 Kcal
- dieta povera di scorie 2000 Kcal
- dieta priva di glutine 2000 Kcal
- dieta liquida 300 Kcal
- dieta per nuovo entrato 1600 Kcal
- dieta per diabete 2000 Kcal
- dieta per diabete 1500 Kcal
- dieta per diabete 1000 Kcal
- dieta iposodica 2800 Kcal
- dieta iposodica 2000 Kcal
- dieta iposodica 1500 Kcal
- dieta iposodica 1000 Kcal

- dieta per disfagia 2000 Kcal
- dieta personalizzata

Anamnesi nutrizionale 2^ giornata:

27. tipo di dieta (vedi allegato A dietetico ospedaliero):

- dieta comune 2000 Kcal
- dieta ipocalorica 1500 Kcal
- dieta ipercalorica 2800 Kcal
- dieta ipoproteica 2000 Kcal
- dieta ipolipidica 2000 Kcal
- dieta ipolipidica 1500 Kcal
- dieta povera di scorie 1000 Kcal
- dieta povera di scorie 1500 Kcal
- dieta povera di scorie 2000 Kcal
- dieta priva di glutine 2000 Kcal
- dieta liquida 300 Kcal
- dieta per nuovo entrato 1600 Kcal
- dieta per diabete 2000 Kcal
- dieta per diabete 1500 Kcal
- dieta per diabete 1000 Kcal
- dieta iposodica 2800 Kcal
- dieta iposodica 2000 Kcal
- dieta iposodica 1500 Kcal
- dieta iposodica 1000 Kcal
- dieta per disfagia 2000 Kcal
- dieta personalizzata

Anamnesi nutrizionale 3^ giornata:

28. tipo di dieta (vedi allegato A dietetico ospedaliero):

- dieta comune 2000 Kcal
- dieta ipocalorica 1500 Kcal
- dieta ipercalorica 2800 Kcal
- dieta ipoproteica 2000 Kcal
- dieta ipolipidica 2000 Kcal
- dieta ipolipidica 1500 Kcal
- dieta povera di scorie 1000 Kcal
- dieta povera di scorie 1500 Kcal
- dieta povera di scorie 2000 Kcal
- dieta priva di glutine 2000 Kcal
- dieta liquida 300 Kcal
- dieta per nuovo entrato 1600 Kcal
- dieta per diabete 2000 Kcal
- dieta per diabete 1500 Kcal
- dieta per diabete 1000 Kcal
- dieta iposodica 2800 Kcal
- dieta iposodica 2000 Kcal
- dieta iposodica 1500 Kcal

- dieta iposodica 1000 Kcal
- dieta per disfagia 2000 Kcal
- dieta personalizzata

Firma del Rilevatore.....

Ai sensi ed in conformità con l'art. 13, D. Lgs. 30 giugno 2003 n. 196, i dati raccolti con la presente scheda sono destinati ad essere archiviati sia manualmente su supporti cartacei sia mediante l'utilizzo di moderni sistemi informatici su supporti magnetici nel pieno rispetto dei dettami normativi vigenti e potranno essere oggetto di trattamento solo ed esclusivamente da parte di soggetti appositamente nominati incaricati ai sensi del citato Decreto legislativo. I dati medesimi saranno utilizzati unicamente per gli scopi indicati nella presente scheda e non saranno utilizzati per ulteriori comunicazioni o per diffusi.

Paziente
n.

INDAGINE CONOSCITIVA NUTRIZIONE PERIOPERATORIA



© Corbis

UNIPD
TESI DI LAUREA FACOLTA' DI
INFERMIERISTICA
ALICE PASSADORE

PARTE RISERVATA AL PAZIENTE

FASE PRE-OPERATORIA

Cognome e nome..... reparto..... letto n.

Data.....

29. Sesso:

- M
- F

30. Et :

31. Peso kg altezza m..... (riferito e abituale, mantenuto per pi  tempo)

Anamnesi nutrizionale (il giorno precedente l'intervento):

32. Ha fatto colazione?

- S 
- No

latte n. tazza  ;  .....
caff  n. tazza
caff -latte n. tazza  ;  .....
succo/spremuta n. bicc  ;  .....
Th  n. tazza  ;
Altro.....

Fette biscottate n. fette.....
Biscotti n. 
pane nutel/cioc n. F..
pane con marmellata n. fette
pane con burro n. fette
Cornetto farcito n.  ;  .....
Cornetto vuoto n.  ;  .....
brioche n.
cereali n. tazza  ;  .....
yogurt n.
frutta n.
Zucchero bst
Altro.....

33. Ha fatto lo spuntino mattutino?

- S 
- No

latte n. tazza  ;  .....
caff  n. tazza
caff -latte n. tazza  ;  .....
succo/spremuta n. bicc  ;  .....
Th  n. tazza  ;
Altro.....

Fette biscottate n. fette.....
Biscotti n. 
pane nutel/cioc n. F..
pane con marmellata n. fette
pane con burro n. fette
Cornetto farcito n.  ;  .....
Cornetto vuoto n.  ;  .....
brioche n.
cereali n. tazza  ;  .....
yogurt n.

frutta n.
Zucchero bst
Altro.....

34. Ha pranzato?

- Si
- No

Primo (piatto)
(piatto)

Secondo(piatto)

Contorno

Pasta in bianco

Riso in bianco

Pasta con sugo

.....

riso con sugo

cucc.....

Minestra/min.ne

.....

Formaggio Grana bst.....

carne rossa

carne bianca

Omog. carne n°

pesce

Formaggi n° fetta

Fritto

Panino

pizza

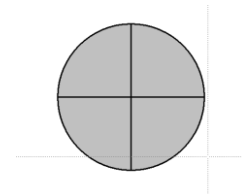
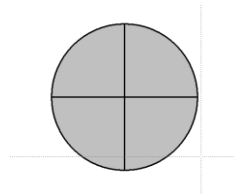
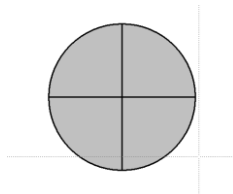
verdure

Legumi

olio cucc

aceto

sale cucc



Pane/ fette bisc n. fette.....

Frutta/omogen. di frutta n°.....

Dolce 1/2; 1/4.....

Caffè tazza.....

Altro

35. Ha fatto lo spuntino pomeridiano?

- Si
- No

latte n. tazza 1/2; 1/4.....

caffè n. tazza

caffè-latte n. tazza 1/2; 1/4.....

succo/spremuta n. bicc 1/2; 1/4.....

Thè n. tazza 1/2;

Altro.....

Fette biscottate n. fette.....

Biscotti n.°

pane nutel/cioc n. F..

pane con marmellata n. fette

pane con burro n. fette

Cornetto farcito n. 1/2; 1/4.....

Cornetto vuoto n. ½; ¼.....
 brioches n.
 cereali n. tazza ½; ¼.....
 yogurt n.
 frutta n.
 Zucchero bst
 Altro.....

36. Ha cenato?

- Si
- No

Primo (piatto)
 (piatto)

Secondo(piatto)

Contorno

Pasta in bianco
 Riso in bianco
 Pasta con sugo

carne rossa
 carne bianca
 Omog. carne n°

verdure
 Legumi
 olio cucc

.....
 riso con sugo
 cucc.....

pesce

aceto

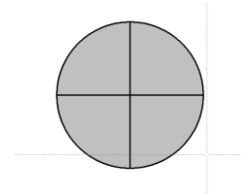
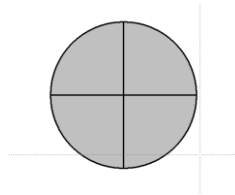
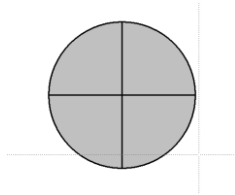
Minestra/min.ne

Formaggi n° fetta

sale cucc

Formaggio Grana bst.....

Fritto
 Panino
 pizza



Pane/ fette bisc n. fette.....
 Frutta/omogen. di frutta n°.....
 Dolce ½; ¼.....
 Caffè tazza.na.....
 Altro

37. Acqua L/gg----- n. bicc/gg-----vino bicc/gg.....altri
 liquidi (thè, succo di frutta) bicc/gg.....

38. Integratore (nome) n°/q.tà.....
 Integratore (nome) n°/q.tà
 Integratore (nome) n°/q.tà
 750 ml/die 5 gg prima intervento
 750 ml/die 7 gg prima intervento

- 800 cc sera precedente intervento + 400 cc 2-3 ore prima intervento
- altro (specificare).....

39. Ha avuto perdite di peso?

- No
- Si, Kg.....
- Ultimi 7 gg
- Ultimi 15 gg
- Ultimo mese
- Ultimi sei mesi
- Ultimo anno

Informazioni ricevute:

40. ha ricevuto informazioni su come alimentarsi prima dell'intervento?

- Si
 - No
- Cosa Le è stato spiegato?.....

41. Da chi ha ricevuto le informazioni?

- Medico
- dietista
- infermiere
- operatore
- altro (specificare).....

42. Quando le hanno fornito le informazioni?

- Durante l'appuntamento del preoperatorio
- il giorno prima dell'intervento
- altro (specificare).....

43. Le informazioni Le sono state spiegate:

- a voce
- A voce + foglio informativo scritto
- Solo foglio informativo scritto
- Per telefono
- altro (specificare).....

44. Le è stato prescritto l'uso di integratori?

Integratore (nome) n°/q.tà.....

Integratore (nome) n°/q.tà

Integratore (nome) n°/q.tà

- 750 ml/die 5 gg prima intervento
- 750 ml/die 7 gg prima intervento
- 800 cc sera precedente intervento + 400 cc 2-3 ore prima intervento
- altro (specificare).....

45. Le è stato prescritto il digiuno prima dell'intervento?

- Si dal giorno prima
- Si dalla mezzanotte
- Si, solidi 6/ 4 ore prima e liquidi 2 ore prima
- No, alimentazione libera
- altro (specificare).....

DURANTE LA DEGENZA FASE POST-OPERATORIA

Anamnesi nutrizionale giorno 0 (il giorno dell'intervento):

46.

COLAZIONE	scelta	nulla	1/4	1/2	3/4	tutto
	<i>Alimento</i>					
	<i>Bevanda</i>					
	<i>Zucchero bst.</i>					
	<i>Altro (specificare).....</i>					
	<i>Altro (specificare).....</i>					

47.

PRANZO	scelta	nulla	1/4	1/2	3/4	tutto
	<i>1° piatto</i>					
	<i>2° piatto</i>					
	<i>verdura</i>					
	<i>Pane/griss/crack</i>					
	<i>frutta</i>					
	<i>dolce</i>					
	<i>Altro (specificare).....</i>					

48.

CENA	scelta	nulla	1/4	1/2	3/4	tutto
	1° piatto					
	2° piatto					
	verdura					
	Pane/griss/crack					
	frutta					
	dolce					
	Altro (specificare).....					

49. Acqua L/gg----- n. bicc/gg----- altri liquidi (thè, succo di frutta)
bicc/gg.....

Anamnesi nutrizionale giorno 1 (1° gg post intervento):

50.

COLAZIONE	scelta	nulla	1/4	1/2	3/4	tutto
	Alimento					
	Bevanda					
	Zucchero bst.					
	Altro (specificare).....					
Altro (specificare).....						

51.

PRANZO	scelta	nulla	1/4	1/2	3/4	tutto
	1° piatto					
	2° piatto					
	verdura					
Pane/griss/crack						

	<i>frutta</i>					
	<i>dolce</i>					
	<i>Altro (specificare).....</i>					

52.

CENA	scelta	nulla	1/4	1/2	3/4	tutto
	<i>1° piatto</i>					
	<i>2° piatto</i>					
	<i>verdura</i>					
	<i>Pane/griss/crack</i>					
	<i>frutta</i>					
	<i>dolce</i>					
	<i>Altro (specificare).....</i>					

53. Acqua L/gg----- n. bicc/gg----- altri liquidi (thè, succo di frutta)
bicc/gg.....

Anamnesi nutrizionale giorno 2 (2° giorno post intervento):

54.

COLAZIONE	scelta	nulla	1/4	1/2	3/4	tutto
	<i>Alimento</i>					
	<i>Bevanda</i>					
	<i>Zucchero bst.</i>					
	<i>Altro (specificare).....</i>					
	<i>Altro (specificare).....</i>					

55.

PRANZO	scelta	nulla	1/4	1/2	3/4	tutto
	<i>1° piatto</i>					
	<i>2° piatto</i>					
	<i>verdura</i>					
	<i>Pane/griss/crack</i>					
	<i>frutta</i>					
	<i>dolce</i>					
	<i>Altro (specificare).....</i>					

56.

CENA	scelta	nulla	1/4	1/2	3/4	tutto
	<i>1° piatto</i>					
	<i>2° piatto</i>					
	<i>verdura</i>					
	<i>Pane/griss/crack</i>					
	<i>frutta</i>					
	<i>dolce</i>					
	<i>Altro (specificare).....</i>					

57. Acqua L/gg----- n. bicc/gg----- altri liquidi (thè, succo di frutta)
bicc/gg.....

58. Ha ricevuto informazioni su come alimentarsi dopo l'intervento?

- Si
- No

59. Cosa Le è stato

spiegato?.....
.....
.....

60. Da chi ha ricevuto le informazioni?

- Medico
- dietista
- infermiere
- operatore
- altro

(specificare).....
.....

firma rilevatore.....

Ai sensi ed in conformità con l'art. 13, D. Lgs. 30 giugno 2003 n. 196, i dati raccolti con la presente scheda sono destinati ad essere archiviati sia manualmente su supporti cartacei sia mediante l'utilizzo di moderni sistemi informatici su supporti magnetici nel pieno rispetto dei dettami normativi vigenti e potranno essere oggetto di trattamento solo ed esclusivamente da parte di soggetti appositamente nominati incaricati ai sensi del citato Decreto legislativo. I dati medesimi saranno utilizzati unicamente per gli scopi indicati nella presente scheda e non saranno utilizzati per ulteriori comunicazioni o per diffusi.

ALLEGATO A AL CAPITOLATO TECNICO PER L'AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI RISTORAZIONE AI DEGENTI E DI MENSA AL PERSONALE DIPENDENTE E/O ALTRI SOGGETTI AUTORIZZATI.

Il **DIETETICO OSPEDALIERO** sarà costituito dalle tipologie di diete di seguito elencate, che prevedono anche la somministrazione di spuntini; i menù devono essere settimanali, periodicamente aggiornati e variati anche in base alla stagionalità dei prodotti.

Il **VITTO COMUNE** (dieta 2000 Kcal) è costituito da un insieme di menù adatti ai pazienti che non necessitano di trattamento dietetico. Il menù deve:

- Prevedere ricette standardizzate
- Essere articolato su almeno 15 giorni
- Prevedere l'alternanza stagionale e privilegiare i prodotti del territorio
- Rispettare gli orari dei pasti
- Tener conto delle tradizioni locali, delle festività e ricorrenze nelle quali sia previsto il consumo di piatti particolari
- Giornalmente devono essere previste almeno 2 alternative per ogni portata e un numero minimo di piatti fissi.
- Si precisa che laddove è previsto lo zucchero deve essere previsto, in alternativa, il dolcificante acalorico.
- Si precisa che laddove è previsto lo spuntino si intende che lo stesso deve essere consegnato con la colazione in un'unica soluzione.
- Si precisa che i prodotti privi di glutine devono essere forniti dalla ditta aggiudicataria.

DIETE:

DIETA COMUNE	2000 Kcal
DIETA IPOCALORICA	1500 Kcal
DIETA IPERCALORICA	2800 Kcal
DIETA IPOPROTEICA	2000 Kcal
DIETA IPOLIPIDICA	2000 Kcal e 1500 Kcal
DIETA POVERA SCORIE	1000 Kcal (di rialimentazione)
“ “	1500 Kcal
“ “	2000 Kcal
DIETA PER DISFAGIA	2000 Kcal
DIETA PRIVA DI GLUTINE	2000 Kcal
DIETA LIQUIDA	300Kcal

Firma per presa visione ed accettazione

DIETA PER NUOVO ENTRATO 1600 Kcal

DIETA PER DIABETE 2000, 1500, 1000 kcal

DIETA IPOIODICA 2800, 2000, 1500, 1000 Kcal

DIETA PERSONALIZZATA = deve essere richiesta, con apposito modulo in dotazione ai reparti,
al Servizio Dietetico per pazienti con particolari patologie

DIETA COMUNE 2000 Kcal

Composizione bromatologica

Proteine g. 85.0 = 340.0 Kcal = 16.0%

Lipidi g. 59.2 = 531.0 Kcal = 26%

Glucidi g.295.2 = 1180.0 Kcal = 58%

ALIMENTI NELLE 24 ORE

Latte parz. scremato	cc. 200
Tè o caffè orzo	q.b.
Zucchero	g. 20
Pane comune	g.150
Marmellata	g. 25
Frutta	g.400
Pasta	g.120
Parmigiano	g. 10
Carne	g. 200
Verdura	g.400
Olio	g. 40

IL PESO DEGLI ALIMENTI E' DA CONSIDERARSI AL CRUDO E AL NETTO DA SCARTI

DISTRIBUZIONE NELLA GIORNATA

COLAZIONE

Latte parz. scremato	cc.200	oppure g.125 di yogurt
Tè o caffè orzo	q.b.	
Zucchero	g.10	
Fette biscottate	n°2	(=n°1 pacchetto da 15 g.) oppure un pacchetto di biscotti (= g:15); oppure g.30 di pane

PRANZO

Pasta o riso asciutti	g. 90	o tortellini, lasagne..
Parmigiano	g. 5	
Carne	g. 100	oppure: pesce, affettati, formaggio..

Firma per presa visione ed accettazione

Verdura	g.200	cotta o cruda
Olio	g. 20	
Pane comune	g. 50	oppure g.50 pane integrale; oppure n°2 pacchetti grissini da 15 g.l'uno; oppure g.25 di cracker
Frutta	g.200	cruda o cotta

SPUNTINO

Tè	q.b.	(da distribuire)
Fette biscottate	n° 2 (= g. 15)	(consegna a colazione)
Marmellata	g. 25	(consegna a colazione)
ZUCCHERO	10	

CENA

Pasta/riso	g. 30	in brodo di carne, vegetale, di legumi, minestrone
Parmigiano	g. 5	
Carne	g. 100	oppure: pesce, formaggio, affettati..
Verdura	g. 200	cotta o cruda
Olio	g. 20	
Pane comune	g. 50	oppure pane integrale; oppure n°2 pacchetti Grissini da 15 g.l'uno; oppure g.25 di cracker
Frutta	g. 200	cruda o cotta

Ogni pasto (pranzo e cena) deve prevedere nel vassoio 1/2 litro di acqua naturale da consegnare al bisogno.

Elenco dei primi piatti, secondi piatti e contorni che possono essere scelti a pranzo e a cena, con le relative grammature, all'interno dei menù che saranno predisposti con la collaborazione del Servizio Dietetico e che prevedranno le varianti sottoelencate:

PRIMI PIATTI

Pasta asciutta	g. 90	formato grande (penne, fusilli, maccheroni..)
Riso asciutto	g. 90	
Pasta /riso in brodo di carne/veget	g. 40	formato piccolo (stelline, ditalini.. compresi i formati tipo micron e sabbolina specifici per la 1°infanzia)
Pasta/ riso per minestrone	g. 40	
Gnocchi	g.230	
Tortellini	g.100	
Semolino/crema di riso/multicereali	g. 50	

SECONDI PIATTI

Firma per presa visione ed accettazione

Manzo	g.100	
Petto di pollo	g.100	
Petto di tacchino	g.100	
Scaloppa	g.100	
Svizzera/polpetta	g.100	
Polpettone	g.130	
Maiale	g.100	
Involtini	g. 90	
Prosciutto cotto/crudo	g. 70	
Tonno sott'olio	g. 80	
Pesce	g.180	
Bistecca manzo	g.100	
Pollo	¼	
Braciola con osso	g.150	
Manzo all'inglese	g.100	
Faraona/galletto	¼	
Coniglio (senz'osso)	g.100	
Affettati misti	g. 70	
Mozzarella	g.100	
Ricotta	g.100	
Robiola	g.100	
Formaggi	g. 80	(asiago, fontina, emmenthal, caciotta..)
Parmigiano	g. 60	
Uova	n° 2	
Omogeneizzato carne	g. 80	
Omogeneizzato frutta	g. 80	

CONTORNI

Verdura cotta	g.300	(bietta, catalogna, spinaci, finocchi, pomodori gratin..)
Verdura cotta	g.200	(carote, zucchine, fagiolini, carciofi..)
Verdura cruda	g.200	(pomodori, carote, finocchi)
Verdura cruda	g.100	(insalata, radicchio)
Patate all'olio	g.200	
Purè di patate	g.200	

Il purè delle diete speciali e della pediatria deve essere confezionato con patate fresche, latte parz.scremato, burro, grana, sale.

PANE/FARINACEI

Pane comune	g. 50
Pane integrale	g. 50
Grissini	g. 15

Firma per presa visione ed accettazione

Biscotti tipo "frollino"	g. 15/18	Oppure biscotti "prima infanzia"
Fette biscottate	g. 15	
Cracker	g. 25	

FRUTTA/DESSERT

Frutta cruda	g.200	
Frutta cotta	g.200	
Macedonia	g.150	
Purea di mela	g.100	
Omogeneizzato frutta	g. 80	
Budino	g.100	
Yogurt alla frutta	g.125	
Marmellata	g. 25	
Miele	g. 25	
Zucchero	g. 8/10	o dolcificante a calorico

DIETA IPOCALORICA 1500 Kcal

Composizione bromatologica

Proteine g. 79.5 = 320 Kcal = 21%

Lipidi g. 48.3 = 432 Kcal = 29%

Glucidi g. 185.7 = 744 Kcal = 50%

ALIMENTI NELLE 24 ORE

Latte parz. scremato	cc.200
Tè o caffè orzo	q.b.
Zucchero	g. 10
Fette biscottate	n°4
Pane comune	g. 60
Frutta	g.400
Pasta	g.80
Parmigiano	g. 10
Carne	g.200
Verdura	g.400
Olio	g.20

DISTRIBUZIONE NELLA GIORNATA

COLAZIONE

Latte parz. scremato	cc.200	oppure yogurt
Tè o caffè orzo	q.b.	
Zucchero	g. 10	
Fette biscottate	n°2	oppure biscotti

Firma per presa visione ed accettazione

PRANZO

Pasta	g. 50	
Parmigiano	g. 5	
Carne	g.100	
Verdura	g.200	
Olio	g.10	
Pane comune	g. 30	Oppure pane integrale, oppure grissini
Frutta	g.200	cotta o cruda

SPUNTINO

Tè o caffè orzo	q.b. (da distribuire)
Fette biscottate	n°2 (consegna a colazione)

CENA

Pasta in brodo	g. 30	
Parmigiano	g. 5	
Carne	g.100	
Verdura	g.200	
Olio	g.10	
Pane comune	g. 30	Oppure pane integrale, oppure grissini
Frutta	g.200	cotta o cruda

DIETA IPERCALORICA 2800 Kcal (da utilizzare anche per le puerpere)

Composizione bromatologica:

proteine gr. 108.8 = 435.2 Kcal = 15.3%

lipidi gr. 68.6 = 617.4 Kcal = 21.7%

glucidi gr.479.1 = 1796.6 Kcal = 63.0%

ALIMENTI CONCESSI NELLE 24 ORE

Latte parz. Scremato	gr.200
Tè o caffè orzo	q.b.
Zucchero	gr. 30
Marmellata	gr. 50
Pane comune	gr. 300
Pasta di semola	gr.180
Parmigiano	g. 10
Carne	gr.200
Verdura	gr.400
Frutta	gr.400
Olio	gr.40

Firma per presa visione ed accettazione

Yogurt alla frutta g.125
Cracker gr. 30

DISTRIBUZIONE DEGLI ALIMENTI NELL'ARCO DELLA GIORNATA:

COLAZIONE

latte parz. Scremato cc.200 oppure yogurt
tè o caffè orzo q.b.
zucchero g. 20
marmellata g. 50
pane g.100 oppure n°4 confezioni di fette biscottate o di biscotti

PRANZO

pasta asciutta g. 90
parmigiano g. 5
carne g.100
verdura g.200
olio g. 20
pane comune g.100 oppure pane integrale; oppure grissini , oppure cracker
Frutta g.200 cruda o cotta

SPUNTINO

tè o caffè orzo q.b. (da distribuire)
zucchero g.10 (consegna a colazione)
yogurt g.125 oppure g. 50 di prosc.cotto o crudo oppure g.40 di formaggio spalmabile (consegna a colazione)
cracker g. 25 oppure n°2 pacchetti di grissini oppure gr.50 pane comune (consegna a colazione)

CENA

pasta asciutta g. 90
parmigiano g. 5
carne g.100
verdura g.200
pane comune g.100
olio gr. 20
frutta g.200

DIETA IPOPROTEICA 2000 Kcal

Composizione bromatologica:

proteine g. 49.4 = 194.4 Kcal = 10.0%

lipidi g. 60.7 = 546.3 Kcal = 27.4%

Firma per presa visione ed accettazione

glucidi g. 333.3 = 1249.8 kcal = 62.6%

ALIMENTI CONCESSI NELLE 24 ORE

Tè o caffè orzo	q.b.
Zucchero	g. 40
Pane comune	g. 150
Marmellata	g. 75
Fette biscottate	n°2
Pasta di semola	g.120
Carne	g.100
Verdura	g.400
Olio	g. 50
Frutta	g.400

DISTRIBUZIONE DEGLI ALIMENTI NELLA GIORNATA

COLAZIONE

Tè o caffè orzo	q. b.
Zucchero	g. 20
Pane comune	gr. 50 oppure fette biscottate o biscotti
marmellata	g. 50

PRANZO

Pasta di semola	g. 90
Carne	g. 50
Verdura	g. 200
Olio	g. 25
Pane comune	g. 50 oppure pane integrale; oppure grissini
Frutta	g. 200 cruda o cotta

SPUNTINO

Tè o caffè orzo	q.b. (da distribuire)
Zucchero	g. 20 (consegna a colazione)
Fette biscottate	n° 2 (consegna a colazione)
Marmellata	g. 25 (consegna a colazione)

CENA

Pasta di semola	g. 30	minestrone o brodo vegetale
Carne	g. 50	
Verdura	g.200	
Olio	g. 25	
Pane comune	g. 50	oppure pane integrale o grissini

Firma per presa visione ed accettazione

Frutta g.200

DIETA IPOLIPIDICA 2000 Kcal e 1500 Kcal

vedi composizione bromatologica comune 2000 Kcal e 1500 Kcal specificando nelle alternative del 2° piatto massimo 3 volte alla settimana il formaggio e massimo 3 volte alla settimana il prosciutto, NO parmigiano nei primi piatti

DIETA PER DISFAGIA 2000 Kcal

Vedi composizione bromatologica comune 2000 Kcal

I piatti devono essere preparati in modo da avere una consistenza cremosa ed omogenea, utilizzando omogeneizzati o frullati. Per pazienti con particolare inappetenza o difficoltà ad assumere un pasto completo, può essere preparato il "piatto unico" che comprende il primo il secondo e la verdura

Per le bevande (tè caffè) potrebbe essere previsto l'uso di specifici prodotti addensanti

DIETA PRIVA DI GLUTINE 2000 Kcal

vedi composizione bromatologica comune 2000 Kcal.

Questa dieta è indicata per pazienti affetti da morbo celiaco, prevede l'utilizzo di **alimenti senza glutine (pane, pasta, fette, biscotti)**; la fase di preparazione e cottura dei cibi deve seguire procedure specifiche per evitare possibili contaminazioni di glutine.

Specificare NO CAFFÈ ORZO

DIETA LIQUIDA

Questa dieta è costituita solo da liquidi con un apporto calorico molto basso (circa 300 Kcal) ed è destinata a pazienti che, in attesa di accertamenti, devono assumere solo liquidi

ALIMENTI CONCESSI

Tè	cc.500	
Zucchero	g. 60	oppure miele
Brodo di carne	cc.250	
Brodo vegetale	cc.250	

DIETA PER NUOVO ENTRATO 1600 Kcal

Si tratta di un menù costituito da piatti semplici, di consistenza prevalentemente morbida, si adatta a numerose patologie assicurando un adeguato apporto di nutrienti

Composizione bromatologica

Proteine g. 72.2 = 288.8 Kcal 0 17.3%

Lipidi g. 41.0 = 369.0 Kcal = 22.1%

Glucidi g. 270.3 = 1013.6 Kcal = 60.6%

ALIMENTI NELLE 24 ORE

Tè o caffè orzo q.b.

Firma per presa visione ed accettazione

Zucchero	g. 20
Fette biscottate	n°4
Pasta di semola	g. 60
Parmigiano	g. 10
Carne	g.200
Patate	g.400
Olio	g. 20
Pane comune	g.100
Frutta	g.400

DISTRIBUZIONE DEGLI ALIMENTI NELLA GIORNATA

COLAZIONE

Tè o caffè orzo	q.b.
Zucchero	g. 20
Fette biscottate	n°4

PRANZO

Pasta in brodo	g. 30	di carne o vegetale
Parmigiano	g. 5	
Ricotta	g.100	
patate	g.200	
olio	g. 10	
pane comune	g. 50	o grissini
frutta	g.200	cruda o cotta

CENA

Pasta in brodo	g. 30
Parmigiano	g. 5
Carne bianca	g.100
Purè	g.200
Olio	g.10
Pane comune	g. 50
Frutta	g.200

DIETA POVERA DI SCORIE 1000 kcal (di rialimentazione)

Questo tipo di dieta è indicato nei primi giorni di rialimentazione di pazienti che hanno subito interventi chirurgici (es. gastroscezione, resezione intestinale). Deve essere somministrata per al massimo 3 giorni poi, se le condizioni del paziente lo consentono, si procede ad aumentare gradualmente l'apporto calorico

Composizione bromatologica

Proteine g. 56.8 = 272.2 Kcal = 21.8%

Firma per presa visione ed accettazione

Lipidi g. 35.5 = 319.5 Kcal = 30.6%
Glucidi g. 132.2 = 495.7 Kcal = 47.6%

ALIMENTI NELLE 24 ORE

Tè	q.b.
Zucchero	g. 10
Fette biscottate	n°6
Frutta	g.200
Pasta	g. 60
Carne	g.200
Olio	g. 20

DISTRIBUZIONE DEGLI ALIMENTI NELLA GIORNATA

COLAZIONE

Tè	q.b.	oppure caffè orzo
Zucchero	g. 10	
Fette biscottate	n°2	

PRANZO

Semolino in brodo vegetale	g.30	oppure crema di riso
Carne bianca frullata	g.100	oppure omogeneizzato carne g.80
Purea di mela	g.100	oppure omogeneizzato frutta g.80

SPUNTINO

Tè	q.b.	oppure caffè orzo (da distribuire)
Fette biscottate	n°4	(consegna a colazione)

CENA

Crema di riso in brodo vegetale	g. 30	oppure micron in brodo vegetale
Carne bianca frullata	g.100	oppure omogeneizzato carne g.80
Purea di mela	g.100	oppure omogeneizzato frutta g.80

DIETA POVERA DI SCORIE 1500 Kcal

Composizione bromatologica

Proteine g. 78.0 = 312 Kcal = 21.1%
Lipidi g. 50 = 450 Kcal = 30.6%
Glucidi g. 189 = 708.7Kcal = 48.2%

ALIMENTI NELLE 24 ORE

Latte parz. scremato	cc.100
Tè o caffè orzo	q.b.

Firma per presa visione ed accettazione

Zucchero	g. 10
Fette biscottate	n°8
Frutta	g.200
Pane comune	g. 60
Pasta di semola	g. 80
Parmigiano	g. 10
Carne	g.200
Verdura	g.400
Olio	

DISTRIBUZIONE NELLA GIORNATA

COLAZIONE

Latte parz. scremato	cc.100
Tè o caffè orzo	q.b.
Zucchero	g. 10
Fette biscottate	n°4 oppure biscotti

PRANZO

Pasta	g. 50	asciutta formati piccoli
Parmigiano	g. 5	
Carne bianca	g.100	oppure prosciutto cotto/crudo, pesce al vapore, ricotta
Verdura	g.200	patate, purè, carote, zucchine
Olio	g.15	
Pane comune	g. 30	oppure grissini
frutta	g.100	purea di mela

SPUNTINO

Tè	q.b. (da distribuire)
Fette biscottate	n°4 (consegna a colazione)

CENA

Pasta	g. 30	in brodo di carne o vegetale
Parmigiano	g. 5	
Carne bianca	g.100	oppure prosciutto cotto/crudo, pesce al vapore, ricotta
Verdura	g.200	patate, carote, zucchine
Olio	g.15	
Pane comune	g. 30	oppure grissini
frutta	g.100	purea di mela

DIETA POVERA DI SCORIE 2000 Kcal

Vedi composizione dieta 2000 Kcal Specificando:

Firma per presa visione ed accettazione

minestre solo in brodo di carne o vegetale
verdura solo patate, purè, carote, zucchine
frutta: mela cruda, purea di mela, banana

DIETA PER DIABETE: 2000, 1500, 1000 Kcal

Gli schemi per diabetici devono prevedere l'utilizzo di un **dolcificante acalorico** al posto dello zucchero.

Per lo schema da 2000 Kcal : deve essere prevista una merenda costituita da un frutto + un pacchetto di fette biscottate

Per lo schema da 1500 e 1000 Kcal deve essere prevista una merenda costituita da un frutto oppure un pacchetto di fette biscottate

DIETA IPOIODICA 2800, 2000, 1500, 1000 Kcal

Vedi composizione bromatologica

La preparazione dei menù di tutti gli schemi dietetici deve essere eseguita **senza aggiunta di sale da cucina**; il pane comune sarà sostituito da "grissini iposodici" e "fette biscottate iposodiche"

Tutte le tipologie di diete possono essere preparate in forma semisolida o semiliquida

Per il reparto di **Pediatria**: verranno utilizzate le diete sopraelencate per quanto riguarda gli apporti calorici; i menù devono essere costituiti da piatti di semplice preparazione, facilmente digeribili, in forma semiliquida o semisolida a seconda dell'età del paziente. Deve inoltre essere prevista una merenda pomeridiana costituita da: yogurt o budino o macedonia o snack.

MENU' DONATORI CENTRO TRASFUSIONALE:

La ditta appaltatrice provvederà alla fornitura e distribuzione di generi alimentari da consegnare presso i locali della mensa ai donatori che vi accederanno muniti di apposito buono firmato dal Responsabile del Centro Trasfusionale, dalle ore 8 fino al termine delle donazioni

Il pasto sarà costituito da:

Tè o caffè orzo	cc.250	
Latte parz.scremato	cc.200	oppure yogurt
Zucchero	g. 20	
Marmellata	g. 25	oppure miele
Pane comune	g. 50	oppure fette biscottate o biscotti
OPPURE:		
Pane comune	g.100	oppure pane integrale
Prosciutto crudo	g. 70	oppure formaggio
Acqua		

MENU' PER PAZIENTI AFFERENTI AL SERVIZIO DI EMOIDIALISI

Firma per presa visione ed accettazione

Pagina 13 di 14

La ditta appaltatrice dovrà provvedere alla consegna di una colazione/ merenda ai pazienti che praticano seduta dialitica costituita da:

tè o caffè orzo cc.250

latte cc.200

zucchero g. 30

fette biscottate n°4

(= n°2 pacchetti) oppure n°2 pacchetti di biscotti
oppure g. 50 di pane

Il Direttore UOC Gestione Patrimonio e Risorse Materiali
e Responsabile del Procedimento
Dott. Floriano Callegaro

Firma per presa visione ed accettazione

Pagina 14 di 14