



Linee di indirizzo per l'assistenza nutrizionale del paziente SARS-CoV-2 positivo paucisintomatico o post- dimissione a domicilio o presso strutture non ospedaliere

A cura dell'Associazione tecnico
Scientifica dell'Alimentazione,
Nutrizione e Dietetica

Aprile 2020

info@asand.it - www.asand.it



Sommario

PREMESSA	3
OBIETTIVO	3
DESTINATARI	3
VALUTAZIONE DELLO STATO NUTRIZIONALE	4
DEFINIZIONE DEI FABBISOGNI	5
INDICAZIONI GENERALI: VALUTARE LA CAPACITÀ DEL PAZIENTE DI ALIMENTARSI .	6
SUPPLEMENTI NUTRIZIONALI ORALI	7
INTERVENTO NUTRIZIONALE: RUOLO DEL DIETISTA	8
UTILI SUGGERIMENTI	8
PREPARAZIONE DEI PASTI	8
SMALTIMENTO RIFIUTI	9
STRATEGIE DI MONITORAGGIO	10
ALLEGATO 1	11
Bibliografia	12
APPUNTI	13

PREMESSA

La corretta alimentazione è di rilevante importanza per il benessere umano e uno squilibrio nutrizionale può comportare la carenza acuta o cronica di nutrienti essenziali, l'insorgenza di malattie metaboliche e degenerative e peggiorare le condizioni di pazienti critici o post-acuto (WHO, 2000).

In questo contesto ci occupiamo di pazienti con "Sindrome respiratoria acuta grave coronavirus 2" (SARS-CoV-2) positivi, che sono stati trattati in strutture ospedaliere e successivamente dimessi e inviati al loro domicilio, o ospitati presso strutture con intensità di cura intermedia o in residenze protette. Questi pazienti sono da considerare ad alto rischio nutrizionale e richiedono un monitoraggio del loro stato di salute per permettere un adeguato supporto nutrizionale.

Nei casi più gravi, una volta conclusa la fase critica, i pazienti sono ancora infettivi e presentano problematiche neuromuscolari, cognitive, squilibri elettrolitici, di scompenso cardiaco e polmonare legate al prolungato allettamento e alle problematiche di tipo respiratorio. Si tratta di persone debilitate sia fisicamente che emotivamente, che mostrano segni di astenia importante, difficoltà di movimento, deficit del sistema nervoso periferico e centrale, come la perdita dell'olfatto e del gusto, oltre ad essere in molti casi confusi e disorientati.

La maggior parte di questi pazienti ha un'età avanzata che già di per sé è spesso accompagnata da sarcopenia, da un sistema immunitario meno efficiente rispetto a quello di soggetti più giovani e dalla presenza di numerose comorbilità (Akner G et al 2001). Va inoltre tenuto presente come la letteratura scientifica indica che malnutrizione e basso indice di massa corporea sono problematiche comuni e spesso non riconosciute tra gli anziani ospedalizzati o che vivono in strutture protette. Va posta quindi massima attenzione alla malnutrizione proteico-energetica e alla perdita di peso che sono associate ad esiti avversi come ulcere da pressione, infezioni, scarsa qualità della vita e aumento del rischio di morte (Beck AM et al, 2001).

OBIETTIVO

Questo documento intende fornire utili indicazioni per la valutazione e il monitoraggio dello stato nutrizionale del paziente paucisintomatico a domicilio SARS-CoV-2 positivo, dimesso dal trattamento intensivo o nel caso di pazienti non severi e collocati in strutture protette, nel rispetto del processo di assistenza nutrizionale (Nutrition Care Process) che permette di fornire un intervento sicuro ed efficace. Questo documento potrà essere modificato nel tempo sulla base di future evidenze scientifiche.

DESTINATARI

Dietisti, medici, in particolare MMG e altro personale sanitario coinvolto nell'intervento riabilitativo.

VALUTAZIONE DELLO STATO NUTRIZIONALE

Per valutare lo stato nutrizionale di ogni paziente è consigliabile, raccogliere almeno il dato del **peso corporeo** e della sua variazione rispetto al peso abituale o pre-ricovero, registrando entrambi i valori in modo da averne traccia nel tempo e poterne valutare l'andamento. Il calo ponderale non intenzionale è infatti un evento possibile in pazienti SARS-CoV-2 positivi che sono stati trattati in strutture ospedaliere. Peso attuale e variazione di peso sono quindi utili indicatori circa lo stato nutrizionale del paziente, in particolare per quei soggetti con valori di indice di massa corporea (IMC) sotto soglia, che dimagrendo ulteriormente possono risultare più vulnerabili. Si consiglia di calcolare l'**IMC** utilizzando la seguente formula: $IMC = \text{peso in kg} / \text{altezza in (m)}^2$.

Per una corretta classificazione dell'IMC fare riferimento ai range riportati in **Tabella 1**.

Tabella 1: Range di riferimento dell'Indice di Massa Corporea (IMC)

Range di riferimento dell'IMC:	
< 16,00	grave magrezza
16,00-18,49	sottopeso
18,5-24,99	normopeso
25,00-29,99	sovrappeso
30,00-34,99	obesità 1°
35,00-39,99	obesità 2°
> 40	obesità 3°

In accordo con le linee guida del National Institute for Health and Clinical Excellence (2006) e le linee guida della European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN) (Singer, 2019) un paziente è a rischio di malnutrizione se presenta:

- IMC < 18.5 kg/m²;
- perdita di peso non intenzionale >10% negli ultimi 3-6 mesi;
- IMC < 20 kg/m² accompagnato da una perdita di peso non intenzionale >5% negli ultimi 3-6 mesi;
- accertati consumi alimentari ridotti o nulli per più di 5 giorni e/o conoscenza che non potrà alimentarsi per 5 giorni oppure nel caso di scarsa capacità di assorbimento e/o elevate perdite di nutrienti e/o aumentato fabbisogno nutrizionale per catabolismo.

Esistono diversi strumenti di screening per rilevare il rischio nutrizionale. In questo contesto si suggerisce di effettuare il test in accordo con lo schema riportato in **Tabella 2**. Questo strumento, denominato *Nutritional Risk Screening* (NRS) con 4 semplici domande, è in grado di identificare i pazienti che hanno bisogno di supporto nutrizionale e che ne trarranno beneficio (Kondrup J. et al. 2003). Sono da considerare a rischio di malnutrizione in accordo con il NRS: Età > 70 anni, oppure Calo ponderale >5% negli ultimi 3 mesi, oppure IMC <20.5, oppure riduzione delle ingesta nell'ultima settimana (SINPE, 2020).

Tabella 2: Domande per effettuare lo screening nutrizionale (Nutritional Risk Screening) (Kondrup J et al. 2003) adattato dalla Società Italiana di Nutrizione Artificiale e Metabolismo (SINPE, 2020).

1	Il BMI (kg/m ²) è < 20.5?	SI	NO
2	Il Paziente ha perso peso negli ultimi 3 mesi?	SI	NO
3	Il Paziente ha ridotto l'alimentazione nell'ultima settimana?	SI	NO
4	Il paziente presenta una patologia acuta grave?	SI	NO

Una volta somministrato il questionario, se il paziente non è a rischio nutrizionale (4 risposte negative) si potranno seguire le indicazioni di alimentazione prive di supplementazioni (vedere il paragrafo **INTERVENTO NUTRIZIONALE**),

se le risposte indicano un rischio nutrizionale, è consigliabile intervenire con l'utilizzo di pasti ad alta densità energetica o di supplementi orali in aggiunta all'alimentazione di tipo ordinaria (vedere il paragrafo **SUPPLEMENTI NUTRIZIONALI ORALI**).

Al fine di completare la valutazione dello stato nutrizionale può essere utile indagare i parametri ematochimici, che dovranno essere definiti e prescritti dal medico di riferimento.

DEFINIZIONE DEI FABBISOGNI

ENERGIA

Il gold standard per la stima del fabbisogno energetico resta la calorimetria indiretta, ma in alternativa è possibile utilizzare le seguenti equazioni. Per calcolare il fabbisogno energetico totale (TEE) del paziente:

- soggetto **adulto normopeso** **TEE = 25-30 kcal/kg considerando il peso attuale/giorno (SINPE, 2002)**. Se il paziente è **obeso** viene utilizzato un "peso corretto" [(peso attuale - peso ideale) x 0.25 + peso ideale];

- soggetto anziano **di età > 65 anni: TEE= 27 kcal/kg di peso attuale/giorno (Gomes, 2018)** o in alternative nel caso di un paziente sottopeso **TEE= 30 kcal/kg pc/die peso attuale/giorno (Gomes, 2018)**.

In alternativa come indicato dalle linee guida Società Italiana di Nutrizione Artificiale e Metabolismo (SINPE, 2002) si potrà utilizzare la formula di Harris and Benedict (considerando il peso attuale) per stimare il dispendio energetico basale (**BEE**):

- **per uomo: BEE** $66,5 + (13,75 \times \text{peso in kg}) + (5 \times \text{altezza in cm}) - (6,78 \times \text{anni di età}) = \text{kcal}$
- **per donna: BEE** $655 + (9,56 \times \text{peso in kg}) + (1,85 \times \text{altezza in cm}) - (4,68 \times \text{anni di età}) = \text{kcal}$

La formula prevede l'utilizzo di fattori di correzione per patologia o attività:

- **Fattore di correzione per malnutrito: 1.00.**
- **Fattori di correzione per attività:** riposo assoluto 1.00; allettato sveglio 1.10; deambulante 1.25-1.50.

NUTRIENTI

Proteine: per i pazienti con patologie acute o croniche, le linee guida SINPE (2002) suggeriscono di raggiungere un apporto di proteine pari a **1,2-1,5 g di proteine/kg peso corporeo /giorno**, così come suggerito dall'ESPEN per il paziente anziano (>65 anni) con malattia critica acuta o cronica. In caso di malnutrizione è suggerita inoltre la possibilità di raggiungere fino a 2 g/kg peso corporeo/giorno (Volkert, 2019).

Carboidrati: la dieta dovrebbe fornire un 50-55% di carboidrati secondo le linee guida ESPEN (Volkert, 2019), che si allineano con i recenti LARN (2014). Questi ultimi indicano che la quota di carboidrati dovrebbe rappresentare il 45-60% del fabbisogno energetico. Prediligere fonti alimentari amidacee a basso Indice glicemico (alimenti poco trasformati o lavorati e ricchi in fibra) e limitare il consumo di **zuccheri semplici** a rapido assorbimento.

Fibra alimentare: una dieta bilanciata dovrebbe fornire almeno 25 g/giorno di fibra alimentare, per una normale funzionalità intestinale. I pazienti più anziani possono soffrire di problemi gastrointestinali tra cui costipazione e diarrea. È preferibile raggiungere questi quantitativi consumando alimenti naturalmente ricchi in fibra alimentare (cereali integrali, legumi, frutta e verdura). Se sono presenti sintomi gastrointestinali (dolore addominale e diarrea), è preferibile limitarne l'assunzione per qualche giorno, fino alla scomparsa della sintomatologia. Se i sintomi gastrointestinali persistono, si consiglia di contattare lo specialista di riferimento e il dietista.

Lipidi: in una dieta bilanciata i lipidi dovrebbero rappresentare il 20-35% del fabbisogno energetico (LARN, 2014).

Liquidi: Il fabbisogno idrico, specifico per ogni paziente, è influenzato dalle patologie concomitanti, dal grado di attività fisica e dai consumi alimentari. Il fabbisogno idrico dell'adulto in assenza di perdite patologiche e di insufficienza d'organo (insufficienza renale, cardio-respiratoria ed epatica) varia tra 30 e 40 mL/kg/die, ovvero 1-1,5 mL/Kcal /giorno (SINPE, 2002). Nell'anziano l'apporto idrico può essere ridotto a 25 mL/kg/die. Il fabbisogno deve comunque essere modulato in relazione all'evoluzione delle condizioni cliniche (es. edema, febbre, diarrea, ecc.).

Minerali e vitamine: le linee guida SINPE (2002) indicano che in presenza di normale funzionalità di organi ed apparati ed in assenza di perdite patologiche (fistole, vomito, diarrea, poliuria, ecc.), gli elettroliti devono essere somministrati seguendo i valori raccomandati (LARN, 2014). L'utilizzo di integrazioni e supplementazioni saranno valutate di volta in volta in base alle condizioni del paziente, agli esami ematochimici o eventuali problematiche presenti. Si consiglia di fare attenzione alle difficoltà di assorbimento di vitamina B12, Calcio e Ferro tipiche del paziente over 65 anni (Gomes F,2018)

INDICAZIONI GENERALI: VALUTARE LA CAPACITÀ DEL PAZIENTE DI ALIMENTARSI

Per chi è in grado di mangiare da solo e senza rischi di vomito o aspirazione, la dieta orale dovrebbe essere prioritaria con l'obiettivo di soddisfare almeno il 70% delle esigenze nutrizionali (Volkert et al, 2019). A questo riguardo è necessaria la registrazione delle ingesta per almeno 2-3

giorni (SINPE, 2020) in modo da poter valutare i reali consumi alimentari. Se la dieta orale non soddisfa i fabbisogni nutritivi e il paziente fa fatica ad alimentarsi, sarebbe consigliabile che la struttura fornisca un pasto fortificato o ad alta densità energetica (Posizione ANDID Pasto fortificato, 2019). Se comunque i pasti non dovessero raggiungere gli obiettivi nutrizionali si interverrà con **supplementi orali**. In caso di pazienti già in carico presso un servizio di nutrizione artificiale domiciliare, diabetologia, nefrologia o altra specialità in cui la prescrizione dietetica fosse già definita, prendere contatti con gli specialisti di riferimento.

Per i pazienti che presentano **difficoltà di deglutizione** (disfagia), masticazione o mucosite, saranno da seguire le indicazioni specialistiche foniatico-logopediche (FLI, 2020) per effettuare un'attenta valutazione multispecialistica. In **tabella 4** sono riportati i segni e le difficoltà che potrebbero suggerire una difficoltà deglutitoria.

Tabella 4: difficoltà o segni che potrebbero suggerire una difficoltà deglutitoria nel paziente:

- Difficoltà nel controllo del bolo nella cavità orale.
- Perdita di saliva o cibo dalla bocca.
- Tosse e sensazione di soffocamento per aspirazione delle vie aeree.
- Rigurgito nasale.
- Affaticamento durante il pasto.
- Deglutizioni multiple per uno stesso bolo.

In ambito clinico logopedico (FLI, 2020), viene raccomandato di effettuare le valutazioni della disfagia esclusivamente nei pazienti che presentano i prerequisiti di stabilità clinica, quindi non deve essere effettuata in caso di:

- stato di coscienza alterato, assenza di contatto, paziente soporoso, incapacità di mantenere lo stato di vigilanza per più di 15' consecutivi;
- incapacità del paziente a mantenere il controllo del capo in posizione seduta, quand'anche con eventuali supporti, per almeno 15'.

In caso di diagnosi di disfagia, si potrà ridurre il rischio di aspirazione modificando la consistenza degli alimenti adottando un pasto ad alta densità nutritiva (ANDID, 2019) oppure seguendo le indicazioni presenti nel paragrafo **UTILI SUGGERIMENTI**. Se la disfagia peggiora nel tempo, è necessario informare il medico di riferimento per valutare l'attivazione dell'intervento nutrizionale di tipo artificiale (Volkert et al, 2019).

SUPPLEMENTI NUTRIZIONALI ORALI

I supplementi orali sono prodotti liquidi, semi-solidi o in polvere che forniscono macro e micronutrienti con l'obiettivo di aumentare l'apporto nutrizionale orale, quando la sola dieta non è sufficiente per soddisfare i fabbisogni. Esistono una vasta gamma di prodotti, diversificati nella consistenza (liquido, polvere, budino, pre-addensato), nelle tipologie (alto contenuto proteico, ipoproteici, a ridotto contenuto di zuccheri semplici, contenente fibre), nella densità di energia (da 1 fino a 3 kcal/ml) e negli aromi disponibili per soddisfare molteplici esigenze e requisiti.

Per chi non riesce a raggiungere con la sola dieta orale il 70% dei fabbisogni nutrizionali (Volkert et al, 2019), si potrà valutare l'utilizzo di supplementi orali o di pasti fortificati. Nei soggetti anziani

malnutriti l'indicazione è di consumare **supplementi orali** per almeno 400 kcal/die che apportino 30 g/die o più di proteine al giorno (Volkert et al, 2019) (indicativamente 2 al giorno). Se proposti ad una persona anziana malnutrita o a rischio di malnutrizione, questi supplementi devono essere consumati almeno per un mese e l'efficacia e il beneficio atteso devono essere rivalutati una volta al mese (Volkert et al, 2019).

In generale si consiglia di consumare i supplementi orali liquidi lentamente, a piccoli sorsi, nell'arco di 60-120 minuti, al fine di evitare il senso di gonfiore gastrico e addominale. È preferibile assumerli lontano dai pasti per integrare l'alimentazione naturale quando questa sia insufficiente a coprire i fabbisogni.

Nel caso il paziente non riesca ad alimentarsi e a soddisfare il proprio fabbisogno anche con l'utilizzo di integratori, bisognerà intervenire con la **nutrizione artificiale** (ESPEN, 2019), la cui valutazione e attivazione deve essere pianificata dal medico di riferimento.

INTERVENTO NUTRIZIONALE: RUOLO DEL DIETISTA

L'intervento nutrizionale è finalizzato a prevenire e/o correggere lo stato di malnutrizione/disidratazione, proponendo cibi invitanti, garantendo la sicurezza, evitando l'aspirazione del cibo nelle vie respiratorie e aiutando ad attenuare alcune problematiche legate alla disgeusia ed anosmia.

Nel caso in cui il paziente si trovi al **domicilio**, l'intervento nutrizionale mirerà ad aumentare la densità energetica delle preparazioni casalinghe suggerendo strategie e/o suggerimenti per modificare i consumi alimentari e attenuare eventuali problematiche. Il dietista in questo caso utilizzerà strumenti di comunicazione "a distanza" quali telefono, videochiamate o messaggistica, contattando direttamente il paziente o il caregiver in raccordo con il medico di medicina generale e il personale infermieristico, ove prevista l'attivazione dell'assistenza domiciliare integrata.

Nel caso in cui il paziente fosse ricoverato in **struttura** sarà necessario ricorrere come prima scelta a pasti ad alta densità nutrizionale (Posizione ANDID pasto fortificato 2019; ESPEN 2019) per soddisfare più facilmente i fabbisogni energetici. Sarà necessario predisporre l'organizzazione, produzione e distribuzione dei pasti in coordinamento con il servizio di ristorazione.

In entrambi i casi, in presenza di pregresse prescrizioni dietetiche di integratori, prodotti ipoproteici o senza glutine è bene consultare lo specialista prescrittore di riferimento.

UTILI SUGGERIMENTI

Nell'**APPENDICE 1** sono riportati alcuni suggerimenti per aumentare l'apporto di energia e nutrienti con la sola dieta, per facilitare la digestione e correggere alcune problematiche per il paziente che si trovasse al domicilio.

PREPARAZIONE DEI PASTI

La preparazione, cottura e conservazione, il trasporto e la distribuzione degli alimenti dovrà avvenire assicurando idonei accorgimenti volti a garantire la qualità igienico sanitaria dei pasti

mediante un idoneo piano di autocontrollo secondo il metodo HACCP (Hazard Analysis and Critical Control Points ovvero «Analisi del Pericolo e Controllo dei Punti Critici») (CCE, 2005) e in coerenza con la normativa dell'Unione Europea in tema di sicurezza Alimentare (Pacchetto igiene, 2004). Questo potrebbe essere assicurato grazie ad un servizio dedicato.

In **tabella 6** sono riportati alcuni consigli per la prevenzione delle tossinfezioni alimentari.

Tabella 6: consigli per la prevenzione delle tossinfezioni alimentari (modificato da http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=1164&area=sicurezzaAlimentare&menu=microbiologica)

Pulire
lavare accuratamente le verdure.
lavare ed asciugare le mani prima di manipolare qualsiasi alimento.
lavare ed asciugare tutti gli utensili (posate, tagliere, ecc.) usati per la preparazione di cibi crudi (carne cruda, formaggi, verdure, ecc.) prima di riutilizzarli.
lavare periodicamente il frigorifero con acqua ed un detergente idoneo.
cambiare frequentemente tovaglioli e strofinacci.
Cuocere
il calore è un ottimo mezzo per ridurre il pericolo di germi patogeni veicolati da alimenti.
cuocere bene i cibi, perché anche il cuore dell'alimento deve essere ben cotto (es. verificare che la carne all'interno di un hamburger abbia perso il colore rosa).
non consumare latte crudo senza averlo preliminarmente portato a ebollizione.
Refrigerare
non lasciare gli alimenti fuori dal frigorifero.
non mettere in frigorifero cibi ancora caldi, è bene farli raffreddare prima di riporli.
se bisogna trasportare alimenti deperibili è bene procurare delle tavolette refrigeranti.
Separare e proteggere
conservare gli alimenti ben chiusi e separati in frigorifero.
non conservare nello stesso recipiente alimenti cotti e crudi (no a verdure cotte assieme a verdure crude).
separa gli alimenti crudi dagli alimenti pronti al consumo ad esempio: salumi, formaggi, latte.
riporre gli alimenti che potrebbero gocciolare nel ripiano più basso del frigorifero.

SMALTIMENTO RIFIUTI

Per quanto riguarda lo smaltimento dei rifiuti, se il paziente si trova in una struttura, l'ente preposto avrà attivato un servizio dedicato di ritiro dei rifiuti da parte del personale opportunamente addestrato. In alternativa, in base alle disposizioni vigenti (Rapporto ISS COVID-19 n. 3/2020), si raccomanda che nelle abitazioni in cui sono presenti soggetti positivi al tampone o in isolamento, sia interrotta la raccolta differenziata e che tutti i rifiuti domestici, indipendentemente dalla loro natura e includendo fazzoletti, rotoli di carta, teli monouso, mascherine e guanti, siano considerati indifferenziati e pertanto raccolti insieme. Per la raccolta dovranno essere utilizzati almeno due sacchetti uno dentro l'altro o in numero maggiore, in dipendenza della loro resistenza meccanica, possibilmente utilizzando un contenitore a pedale.

Si raccomanda inoltre di chiudere adeguatamente i sacchi utilizzando guanti mono uso, di non schiacciare e comprimere i sacchi con le mani, di evitare l'accesso di animali da compagnia ai locali

dove sono presenti i sacchetti di rifiuti e di smaltire il rifiuto dalla propria abitazione quotidianamente con le procedure in vigore sul territorio (esporli fuori dalla propria porta negli appositi contenitori, o gettarli negli appositi cassonetti condominiali o di strada).

STRATEGIE DI MONITORAGGIO

Le strategie di monitoraggio, come suggerito dal NCP, dovranno prevedere l'analisi dei dati relativi ai consumi alimentari, agli indici antropometrici e agli esami biochimici per poter valutare l'efficacia dell'intervento e poter monitorare lo stato nutrizionale del paziente.

Il **peso corporeo** di per sé rappresenta un importante indicatore dell'efficacia di un intervento nutrizionale. Il mantenimento o un aumento del peso, rispetto al valore iniziale, dovrebbe fornire indicazione di stabilità o comunque di un miglioramento delle condizioni del paziente stesso.

La ripetizione dello **screening** dello stato nutrizionale, con frequenza variabile a seconda della situazione clinica, permetterà di rivalutare le sue condizioni nel tempo. Nel paziente in grado di alimentarsi autonomamente, si consiglia di monitorare le ingesta tramite il **diario alimentare** per 2-3 giorni o contattandolo direttamente o parlando con il caregiver anche in remoto. Inoltre, per monitorare la capacità di alimentarsi, potrebbe risultare utile misurare gli scarti nel caso in cui il pasto fosse fornito da un servizio specifico.

Se il paziente fa uso di un **supplemento nutrizionale**, dovrà esserne monitorato il consumo, in modo da evidenziare eventuali criticità (tipologia, sapore, tempo del consumo, ecc.). Questi supplementi devono essere consumati almeno per un mese e rivalutati nel tempo per valutarne l'efficacia e il beneficio atteso.

In presenza di difficoltà o di peggioramento dei segni legati alla **disfagia**, sarà opportuno intervenire per un adeguamento delle indicazioni, una riduzione o un aumento dei supplementi nutrizionali o il ricorso alla nutrizione artificiale.

In caso di pazienti già in carico presso un servizio di diabetologia, nefrologia, nutrizione artificiale o altra specialità in cui la prescrizione dietetica fosse già definita, confrontarsi con gli specialisti di riferimento sull'andamento del paziente.

ALLEGATO 1

IN GENERALE:
Preferire un vitto di consistenza solido-morbida (per agevolare la deglutizione), evitando preparazioni con doppia consistenza (per esempio: minestre in brodo, pastina in brodo, zuppa di latte, yogurt con pezzi di frutta), alimenti filanti (esempio; formaggi cotti, mozzarella); cibi che si sbriciolano o in pezzi (come le nocciole, i crackers, fette biscottate, i grissini); alimenti che hanno pelle, lisce o parti filacciose/fibrose.
In alcuni casi, per facilitare la deglutizione, potrebbe essere necessario modificare la consistenza dei cibi. Si potranno preparare cibi tritati/frullati aggiungendo addensanti dal gusto neutro (polveri o addensanti naturali, come farina o amido) per creare la giusta consistenza. I cibi potranno essere lubrificati/ammorbiditi anche con l'aggiunta di olio, burro o panna, maionese, besciamella.
Si consiglia inoltre di porre particolare attenzione ai bocconi , che devono essere piccoli, in modo da facilitare il più possibile la deglutizione e alla temperatura del pasto, che dovrà essere né troppo caldo o né troppo freddo, per rendere le pietanze più gradevoli.
Per attenuare la disgeusia ed anosmia , è bene provare gusti nuovi utilizzando erbe, spezie, aceto, prodotti in agrodolce o alimenti con un gusto più deciso, mai provati o consumati in precedenza. In alcuni casi, sarà necessario cambiare anche il tipo di acqua se quella abituale ha un retrogusto poco gradevole. Si può provare a modificare anche la temperatura degli alimenti (più caldi o più freddi) per renderli più graditi al palato.
PIANIFICAZIONE DEI PASTI: (tra parentesi le porzioni di riferimento)
2-3 porzioni di cibi ricchi di proteine ogni giorno: alternare carne (100g), pesce (150g), uova (50g), noci (30g), fagioli, legumi, soia, tofu (150g). Se gradito, è bene consumare il pesce scegliendo tra le tipologie come sgombero, salmone, aringhe, trote, sardine o sardine ricchi di acidi grassi omega-3. Le uova potranno essere consumate strapazzate o in omelette. Prodotti in scatola come pesce, carne o fagioli sono alternative facili da preparare e di lunga conservazione, anche se sono da preferire i prodotti freschi.
2-3 porzioni di prodotti lattiero-caseari ogni giorno come latte e yogurt (125g) o formaggio (50-100g), o alternative vegetali confezionate con soia, mandorle o latte di cocco.
1 porzione di carboidrati ad ogni pasto ad es. pane (50g), cereali, patate (200g), pasta o riso (50-80g), pizza, purè di patate.
5 porzioni tra frutta (150g) e verdura (200g) ogni giorno: sia fresca che congelata, frullata, essiccata, spremuta o come centrifugati.
6-8 bicchieri / tazze di liquidi ogni giorno, alternano acqua/tisane e thè se gradite, ma è utile consumare bevande ricche in proteine: bevande al latte (al malto, cioccolato calda, caffè al latte, frullati e frappè) che possono facilitare il raggiungimento dei fabbisogni in energia, proteine, vitamine e minerali. È bene evitare di bere prima dei pasti, per evitare l'eccessivo saziamento pre-prandiale.
PER AUMENTARE LA QUANTITÀ DI ENERGIA E PROTEINE DURANTE IL GIORNO:
Spuntini proteico-calorici di piccolo volume per incoraggiare i pazienti a mangiarli e consumarli durante l'arco della giornata, scegliendoli in base alla capacità deglutitoria: budini, latte e cioccolato, formaggio e cracker, prosciutto e grissini, yogurt denso e cremoso, frutta secca, noci e semi, barrette di cereali.
ALCUNI ACCORGIMENTI POSTURALI:
Consumare il pasto in luogo piacevole e tenere la schiena dritta e possibilmente con le braccia ben appoggiate sul tavolo, per facilitare la deglutizione. È consigliabile dopo aver masticato il boccone, flettere leggermente il capo in avanti in modo da aiutare l'ingresso degli alimenti per poi deglutirli con maggiore facilità.

Bibliografia

- Akner G, Cederholm T. Treatment of protein-energy malnutrition in chronic non malignant disorders. *Am J Clin Nutr.* 2001 Jul;74(1):6-24.
- Applicazione del Nutrition Care Process and Model, Manuale ANDID – International Dietetics and Nutrition. Terminology. Un linguaggio condiviso per la pratica professionale, 2014.
- BDA. Critical Care Specialist group. Critical Care Specialist Group (CCSG) of the BDA Guidance on management of nutrition and dietetic services during the COVID-19 pandemic 24/02/2020
- Beck AM, Balknäs UN, Fürst P, Hasunen K, Jones L, Keller U, Melchior JC, Mikkelsen BE, Schauder P, Sivonen L, Zinck O, Øien H, Ovesen L; Council of Europe (the Committee of Experts on Nutrition, Food Safety and Consumer Health of the Partial Agreement in the Social and Public Health Field). Food and nutritional care in hospitals: how to prevent undernutrition--report and guidelines from the Council of Europe. *Clin Nutr.* 2001 Oct;20(5):455-60.
- Commissione delle Comunità Europee. Guida all'applicazione delle procedure basate sui principi del sistema HACCP e alla semplificazione dell'attuazione dei principi del sistema HACCP in talune imprese alimentari. 2005 (http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_1225_listaFile_itemName_0_file.pdf)
- Correia MI, Waitzberg DL. The impact of malnutrition on morbidity, mortality, length of hospital stay and costs evaluated through a multivariate model analysis. *Clin Nutr.* 2003 Jun;22(3):235-9.
- Gomes F, Schuetz P, Bounoure L, Austin P, Ballesteros-Pomar M, Cederholm T, Fletcher J, Laviano A, Norman K, Pouliou KA, Ravasco P, Schneider SM, Stanga Z, Weekes CE, Bischoff SC. ESPEN guidelines on nutritional support for polymorbid internal medicine patients. *Clin Nutr.* 2018 Feb;37(1):336-353. doi: 10.1016/j.clnu.2017.06.025. Epub 2017 Jul 24.
- Indicazioni ai professionisti della Federazione Italiana Logopedisti (FIL) per il Covid-1. La gestione del paziente Disfagico nella clinica logopedica: prevenzione, rischio e sicurezza. 2020
- Kondrup J, Rasmussen HH, Hamberg O, Stanga Z; Ad Hoc ESPEN Working Group. Nutritional risk screening (NRS 2002): a new method based on an analysis of controlled clinical trials. *Clin Nutr.* 2003 Jun;22(3):321-36.
- Landi F, Onder G, Gambassi G, Pedone C, Carboni P, Bernabei R (2000). Body mass index and mortality among hospitalized patients. *Arch Intern Med* 60, 2641–2644.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Nutrition support in adults: oral nutrition support, enteral tube feeding and parenteral nutrition (clinical guidelines 32). 2006. London, National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE).
- Pacchetto igiene 2004.: Regolamento 852/2004 del PE e del Consiglio sull'igiene dei prodotti alimentari; Regolamento 853/2004 del PE e del Consiglio che stabilisce norme specifiche in materia di igiene per gli alimenti di origine animale; Regolamento 854/2004 del PE e del Consiglio che stabilisce norme specifiche per l'organizzazione di controlli ufficiali sui prodotti di origine animale destinati al consumo umano; Direttiva 2004/41/EC del PE e del Consiglio.
- Position statement sull'importanza dei pasti ad aumentata densità energetica e proteica (c.d. Pasti fortificati) nella prevenzione e trattamento della malnutrizione. ANDID 2019.
- Rapporto che vi allego: Rapporto ISS COVID-19. INDICAZIONI AD INTERIM PER LA GESTIONE DEI RIFIUTI URBANI IN RELAZIONE ALLA TRASMISSIONE DELL'INFEZIONE DA VIRUS SARS-COV-2. Gruppo di Lavoro ISS Ambiente e Gestione dei Rifiuti. n. 3/2020
- Singer P, Blaser AR, Berger MM et al. ESPEN guideline on clinical nutrition in the intensive care unit. *Clin Nutr.* 2019, 38 (1): 48-79.
- Società Italiana di Nutrizione Artificiale e Metabolismo. SINPE. Raccomandazioni pratiche per il trattamento nutrizionale dei pazienti affetti da COVID-19. 2020 (<http://www.sinpe.org/news/>)
- Società Italiana di Nutrizione Artificiale e Metabolismo. SINPE. Linee guida SINPE per la Nutrizione Artificiale Ospedaliera. Parte Generale. Rivista Italiana di Nutrizione Parenterale ed Enterale / Anno 20 S5, pp. S12-S16 Wichtig Editore, 2002 (<http://www.sinpe.org/linee-guida/contenuti-linee-guida-sinpe/>)
- Società Italiana di Nutrizione Umana (SINU). LARN. Livelli di assunzione di riferimento di nutrienti ed energia per la popolazione italiana. 2014 (<https://sinu.it/tabelle-larn-2014>)
- Volkert D, Beck AM, Cederholm T, Cruz-Jentoft A, Goisser S, Hooper L, Kiesswetter E, Maggio M, Raynaud-Simon A, Sieber CC, Sobotka L, van Asselt D, Wirth R, Bischoff SC. ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics. *Clin Nutr.* 2019 Feb;38(1):10-47. doi: 10.1016/j.clnu.2018.05.024. Epub 2018 Jun 18.
- World Health Organization. (2000). Nutrition for health and development: a global agenda for combating malnutrition. World Health Organization.
- Zhang L, Liu Y. Potential interventions for novel coronavirus in China: A systematic review. *J Med Virol.* 2020;1–12. <https://doi.org/10.1002/jmv.25707>

Questo documento rientra nelle attività di ASAND di produzione di documenti e raccomandazioni utili per supportare i dietisti che lavorano per affrontare la pandemia di COVID-19.

Ringraziamo la Federazione nazionale Ordini dei Tecnici sanitari radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione per il supporto e la concessione del logo.

Se hai domande o suggerimenti, ti preghiamo di contattarci.

Tutti i diritti riservati

Data pubblicazione: Aprile 2020

info@asand.it - www.asand.it

