

Mangi sano e stai sano **2018**

Scegliere l'alimentazione in maniera consapevole

VIALE CERTOSA - PADULA - SALA MULTIMEDIALE

3 NOVEMBRE 2018

L'alimentazione nella terza Età

G. Leandro, R. Reddavid



IRCCS "S. De Bellis" – Castellana Grotte



Anziani (> 70 aa) sono in aumento

→ Calo delle nascite

→ **Maggiore aspettativa di vita**

Popolazione vasta ed **eterogenea**, con esigenze ben precise dal punto di vista clinico, sociale, nutrizionale

Regime alimentare ha valenza **preventiva e terapeutica**, soprattutto nel caso **dell'anziano istituzionalizzato**

Momento pasto, aspetto importante: **gradimento, coinvolgimento, valenza psico-affettiva**

PRINCIPALI FATTORI DI RISCHIO NUTRIZIONALE NEGLI ANZIANI

MODIFICAZIONI	INDIVIDUALI	AMBIENTALI
FISIO-PATOLOGICHE	Difficoltà di masticazione Disfagia Intolleranze alimentari Digestione difficoltosa Malattie croniche Assunzione di farmaci Alterazione del gusto, olfatto, del senso di sete	Scarsa vita all'aperto Scarsa attività fisica Ambiente di vita malsano

 **I nutrienti non vengono assorbiti in modo adeguato**

PRINCIPALI FATTORI DI RISCHIO NUTRIZIONALE NEGLI ANZIANI

MODIFICAZIONI	INDIVIDUALI	AMBIENTALI
PSICOLOGICHE	Depressione Perdita degli affetti Decadimento cognitivo Scarsa socializzazione Abitudini alimentari scorrette	Abbandono Solitudine Assenza di attività ricreative

➡ **L'anziano da solo mangia poco, e male**

PRINCIPALI FATTORI DI RISCHIO NUTRIZIONALE NEGLI ANZIANI

MODIFICAZIONI	INDIVIDUALI	AMBIENTALI
SOCIO-ECONOMICHE	Scarsità di mezzi finanziari	Scarsa educazione alimentare Diete condizionate da scelte religiose Insufficiente assistenza al pasto

➡ **L'anziano da solo mangia poco, e male**

CONSEGUENZE

1. Diminuzione del metabolismo basale, calorie consumate giornalmente
2. Perdita di massa muscolare, aumento del grasso corporeo
3. Perdita di calcio e demineralizzazione ossea
4. Disidratazione



CONSEGUENZE

Insorgenza di **malnutrizione e cachessia**: deve essere evitata perché può accelerare il decorso di ogni patologia e di per sé ha prognosi molto negativa

COS'È LA MALNUTRIZIONE?

La malnutrizione è un'alterazione dello stato funzionale, strutturale e di sviluppo dell'organismo che deriva da uno squilibrio nel rapporto fabbisogno-utilizzo dei nutrienti. La malnutrizione calorico-proteica (MCP) è la forma più frequente nell'anziano.

Diminuzione severa del muscolo

Diminuita risposta immunitaria

Diminuita cicatrizzazione delle ferite



Alimentazione adeguata
=
più salute, vita più lunga!

FABBISOGNI ALIMENTARI DELL'ANZIANO – FABBISOGNO CALORICO

TIPOLOGIA DI ANZIANO	KCAL/GIORNO
Uomo, attività moderata	2000
Uomo, scarsa mobilità	1700
Donna, attività moderata	1700
Uomo, allettato	1500
Donna, scarsa mobilità	1500
Donna, allettata	1300



FABBISOGNI ALIMENTARI DELL' ANZIANO – I NUTRIENTI

NUTRIENTE	RUOLO BIOLOGICO
ACQUA	Indispensabile ai tessuti, fornisce calcio
CARBOIDRATI	Fonte energia più immediata. Semplici e complessi
PROTEINE	Ruolo strutturale, regolatorio. Animali e vegetali
LIPIDI O GRASSI	Costituiscono membrane cellulari, favoriscono assorbimento vitamine. Acidi grassi essenziali: sintesi ormoni, infiammazione e cicatrizzazione. Animali e vegetali
VITAMINE	Devono essere introdotte con la dieta. Necessarie per protezione e regolazione dell'organismo
SALI MINERALI	Non forniscono energia o nutrimento, ma sono indispensabili per processi vitali: trasmissione impulso nervoso, contrazione muscolare e battito cardiaco
FIBRA	Non è un nutriente, ma è utile: sazietà, normale funzione intestinale, rimozione colesterolo

FABBISOGNI ALIMENTARI DELL' ANZIANO

NUTRIENTE	FABBISOGNO MEDIO , VALORI SU BASE GIORNALIERA (LARN, 2012)
ACQUA	30 ml/kg , medio minerale (calcio) (febbre, diarrea, vomito, malassorbimento)
CARBOIDRATI	50-60% , preferendo quelli complessi e a basso IG (diabete senile, ipetrigliceridemia) Pane, pasta, cereali integrali
PROTEINE	0.8-1 g /Kg peso al giorno – 15% calorie totali (alimentazione inadeguata, da isolamento) Di elevato valore biologico: pesce, carni bianche, yogurt, uova
LIPIDI O GRASSI	25-30% calorie totali, di origine vegetale o da pesce grasso Olio extravergine di oliva, pesce azzurro (Acidi grassi monoinsaturi e Ω tre)
VITAMINE	Stati carenziali frequenti: Vitamine A, C, E, D, Vitamine del gruppo B Consumare alimenti freschi, frutta e verdura ogni giorno, olio e.v.o.
SALI MINERALI	Ferro (gastrite atrofica, malattie croniche, introito inadeguato) Carni magre, uova e legumi
	Calcio (osteoporosi senile da farmaci e alterato assorbimento) Acqua e latticini magri
	Il sodio va limitato! E sostituito da spezie ed erbe aromatiche mediterranee
FIBRA	25 g/giorno - Contrastare costipazione, diverticoli, diabete, dislipidemie Legumi, cereali integrali, verdura e frutta di stagione

FABBISOGNI ALIMENTARI DELL' ANZIANO

NUTRIENTE	FABBISOGNO MEDIO VALORI SU BASE GIORNALIERA (LARN, 2012)
ACQUA	30 ml/kg , medio minerale (calcio) (aumenta per febbre, diarrea, vomito, malassorbimento, assenza stimolo della sete!)



L'ANZIANO PERDE IL SENSO DELLA SETE

CORTECCIA CINGOLATA

Ricerca Università di Melbourne

→ *L'assunzione di liquidi deve essere monitorata!*

Frutta e verdura contengono fino all'80% e oltre di acqua



FABBISOGNI ALIMENTARI DELL' ANZIANO

NUTRIENTE	FABBISOGNO MEDIO VALORI SU BASE GIORNALIERA (LARN, 2012)
CARBOIDRATI	50-60% , preferendo quelli complessi e a basso IG (diabete senile, ipertrigliceridemia) Pane, pasta, cereali integrali, patate



FABBISOGNI ALIMENTARI DELL' ANZIANO

NUTRIENTE	FABBISOGNO MEDIO VALORI SU BASE GIORNALIERA (LARN, 2012)
PROTEINE	0.8-1 g /Kg peso al giorno – 15% calorie totali (facile carenza: alimentazione inadeguata, da isolamento sociale) Di elevato valore biologico: pesce, carni bianche, yogurt, uova



FABBISOGNI ALIMENTARI DELL' ANZIANO

NUTRIENTE	FABBISOGNO MEDIO VALORI SU BASE GIORNALIERA (LARN, 2012)
LIPIDI O GRASSI	25-30% calorie totali. Quali fonti? Olio extravergine di oliva, pesce azzurro, frutta secca (Acidi grassi essenziali, monoinsaturi e Ω tre)

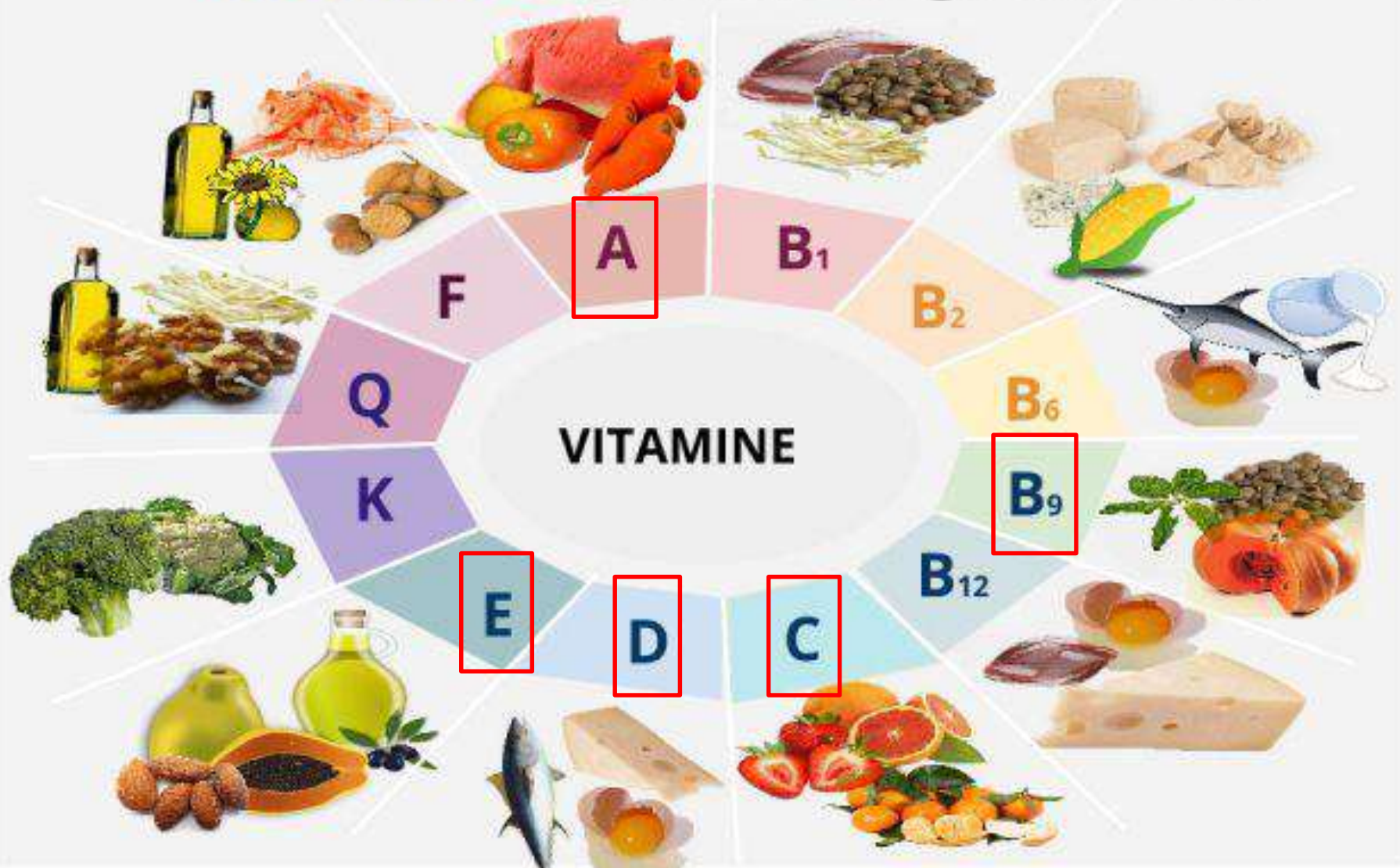


FABBISOGNI ALIMENTARI DELL' ANZIANO

NUTRIENTE	FABBISOGNO MEDIO VALORI SU BASE GIORNALIERA (LARN, 2012)
VITAMINE	Stati carenziali frequenti: Vitamine A, C, E, D, Vitamine del gruppo B Consumare alimenti freschi, frutta e verdura ogni giorno, olio e.v.o.

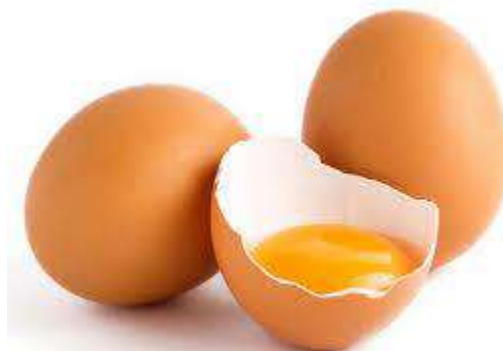
**Se l'alimentazione è attenta e bilanciata,
integratori non sono necessari!**

Vitamine contenute negli alimenti



FABBISOGNI ALIMENTARI DELL' ANZIANO

NUTRIENTE	FABBISOGNO MEDIO VALORI SU BASE GIORNALIERA (LARN, 2012)
SALI MINERALI	Ferro (facile carenza da gastrite atrofica, malattie croniche, introito inadeguato) Carni magre, uova e legumi



FABBISOGNI ALIMENTARI DELL' ANZIANO

NUTRIENTE	FABBISOGNO MEDIO VALORI SU BASE GIORNALIERA (LARN, 2012)
SALI MINERALI	Calcio (facile carenza per alterato assorbimento, utilizzo di farmaci) Acqua e latticini magri, sesamo, mandorle



FABBISOGNI ALIMENTARI DELL' ANZIANO

NUTRIENTE	FABBISOGNO MEDIO VALORI SU BASE GIORNALIERA (LARN, 2012)
SALI MINERALI	Il sodio va limitato! E sostituito da spezie ed erbe aromatiche mediterranee

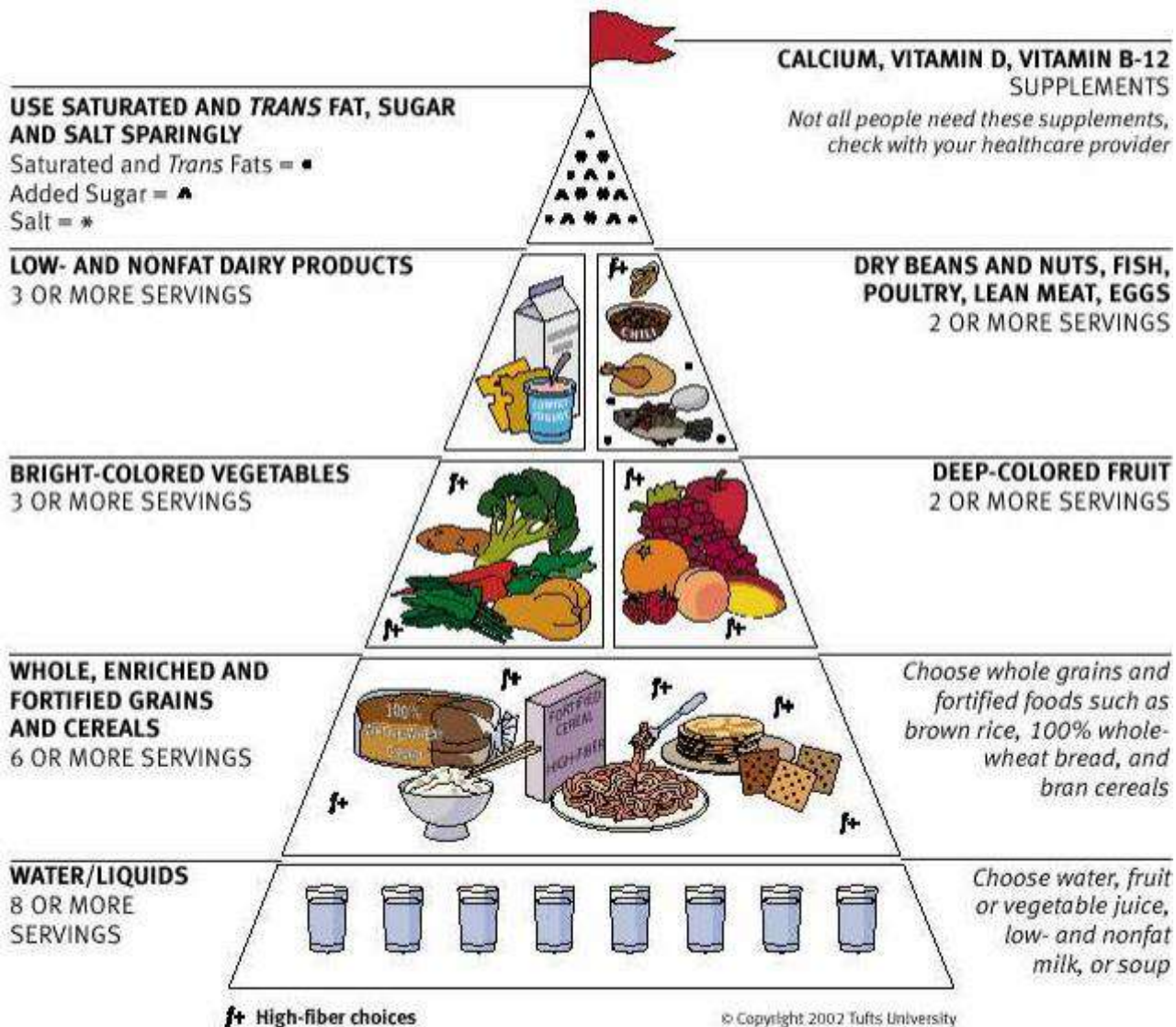


FABBISOGNI ALIMENTARI DELL' ANZIANO

NUTRIENTE	FABBISOGNO MEDIO VALORI SU BASE GIORNALIERA (LARN, 2012)
FIBRA	25 g/giorno – Contrastare costipazione, diverticoli, diabete, dislipidemie Legumi, cereali integrali, verdura e frutta di stagione



Food Guide Pyramid for Older Adults



Alimentazione corretta per anziani

Calorie:

donna di 70 anni
1600 Kcal/giorno
uomo di 70 anni
1800 Kcal

Nutrienti:

50/60% carboidrati
15/20% proteine
25/30% lipidi

Cibi si:

Carni bianche
Latte magro
Frutta e verdura
Pasta e pane
integrali

Cibi no:

Carne rossa
Alimenti
confezionati
Alcolici
Dolciumi





“Nessuna dieta può essere efficace, se non viene consumata!”

Anche la **dieta perfetta** sotto l’aspetto dei nutrienti e del loro fabbisogno, non darà alcun beneficio se la persona non consuma i pasti!

- **Consistenza dei cibi** deve essere morbida, umida, cremosa, vellutata (masticazione, deglutizione): creme di patate, di legumi, creme di riso, semolino, creme di verdure rinforzate
- **Evitare le doppie consistenze:** gratin, pastina in brodo, riso «slegato»
- **Evitare la presenza di fibre o alimenti molto lunghi:** fagiolini, spaghetti, cicorie
- **Aumentare la digeribilità:** cotture semplici (forno, al vapore, in umido) con l'aggiunta di olio crudo e ben miscelato
- **Evitare di creare cibi che fermentino nell'intestino:** i legumi devono essere cotti a lungo e proposti come creme preparate al passaverdure non al mixer; limitare verdure come broccoli, rape, carciofi
- **Evitare irritazione di bocca e gola:** non assumere agrumi, sottaceti, menta, caffè, cola, fritture, cioccolato, pepe e peperoncino. Per la stessa ragione consumare alimenti né caldi né freddi, possibilmente tiepidi o a temperatura ambiente

MASTICAZIONE, DEGLUTIZIONE

CONSISTENZA

Morbida, umida, cremosa, vellutata:

Creme di patate

Creme di legumi

Creme di riso o risotti cremosi

Semolino

Creme di verdure rinforzate con olio e parmigiano



DISFAGIA

EVITARE LE “DOPPIE CONSISTENZE”

Pastina in brodo

Gratinature, uso di pangrattato

Riso “slegato” (chicchi separati)

NO



DISFAGIA

EVITARE ALIMENTI FILAMENTOSI E LUNGH

Fagiolini

Cicorie

Spaghetti

NO



DISPEPSIA

AUMENTARE LA DIGERIBILITA'

Cotture semplici (vapore, in umido, al forno), con l'aggiunta di olio soprattutto **crudo e ben miscelato**; evitare aglio e cipolla in grandi quantità



METEORISMO, COSTIPAZIONE

EVITARE ALIMENTI CHE FERMENTANO NELL'INTESTINO

Legumi come creme al passatutto

Frutta distanziata dai pasti

Attenzione a cavoli, broccoli, rape, carciofi, peperoni



INFEZIONI DEL CAVO ORALE

EVITARE IRRITAZIONE DI BOCCA E GOLA

Pepe

Peperoncino

Caffè

Cola

Fritture

Cioccolato

Sottaceti

Alimenti troppo caldi o troppo freddi

NO

SPEZIE CUI PRESTARE ATTENZIONE

ANTICOAGULANTI: CARDIOASPIRINA, COUMADIN, WARFARIN

CALCOLI DELLA COLECISTI



Curcuma (*Curcuma longa*)



Zenzero (*Zingiber officinalis*)

NO



ELSEVIER

Contents lists available at ScienceDirect

Clinical Nutrition

journal homepage: <http://www.elsevier.com/locate/clnu>

ESPEN Guideline

ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics

Dorothee Volkert ^{a,*}, Anne Marie Beck ^b, Tommy Cederholm ^c, Alfonso Cruz-Jentoft ^d,
 Sabine Goisser ^e, Lee Hooper ^f, Eva Kiesswetter ^a, Marcello Maggio ^{g, h},
 Agathe Raynaud-Simon ⁱ, Cornel C. Sieber ^{a, j}, Lubos Sobotka ^k, Dieneke van Asselt ^l,
 Rainer Wirth ^m, Stephan C. Bischoff ⁿ

^a Institute for Biomedicine of Aging, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Nuremberg, Germany

^b Dietetic and Nutritional Research Unit, Herlev and Gentofte University Hospital, University College Copenhagen, Faculty of Health, Institute of Nutrition and Nursing, Copenhagen, Denmark

^c Department of Public Health and Caring Sciences, Division of Clinical Nutrition and Metabolism, Uppsala University, Uppsala, Sweden

^d Servicio de Geriátría, Hospital Universitario Ramón y Cajal (IRYCIS), Madrid, Spain

^e Network Aging Research (NAR), University of Heidelberg, Heidelberg, Germany

^f Norwich Medical School, University of East Anglia, Norwich, UK

^g Department of Medicine and Surgery, University of Parma, Parma, Italy

^h Geriatric-Rehabilitation Department, Parma University Hospital, Parma, Italy

ⁱ Department of Geriatrics, Bichat University Hospital APHP, Faculty of Medicine Denis Diderot, Paris, France

^j Krankenhaus Barmherzige Brüder, Regensburg, Germany

^k Department of Medicine, Medical Faculty and Faculty Hospital Hradec Kralove, Charles University, Prague, Czech Republic

^l Department of Geriatric Medicine of the Radboud University Medical Center, Nijmegen, The Netherlands

^m Marien Hospital Herne, Ruhr-Universität Bochum, Herne, Germany

ⁿ Institute of Nutritional Medicine, University of Hohenheim, Stuttgart, Germany

Basato sulle linee guida tedesche – 2013

13 esperti da 9 paesi europei

Procedure standardizzate di consenso

82 Raccomandazioni:

65 – con consenso > 90 %

17 – con consenso del 75-90 %

1 – con consenso <75 %

Table 6

Classification of the strength of consensus.

Strong consensus	Agreement of >90% of the participants
Consensus	Agreement of >75–90% of the participants
Majority agreement	Agreement of >50–75% of the participants
No consensus	Agreement of <50% of the participants

According to the AWMF methodology [22].

Table 3
Levels of evidence.

1++	High quality meta-analyses, systematic reviews of RCTs, or RCTs with a very low risk of bias
1+	Well-conducted meta-analyses, systematic reviews, or RCTs with a low risk of bias
1–	Meta-analyses, systematic reviews, or RCTs with a high risk of bias
2++	High quality systematic reviews of case control or cohort or studies. High quality case control or cohort studies with a very low risk of confounding or bias and a high probability that the relationship is causal
2+	Well-conducted case control or cohort studies with a low risk of confounding or bias and a moderate probability that the relationship is causal
2–	Case control or cohort studies with a high risk of confounding or bias and a significant risk that the relationship is not causal
3	Non-analytic studies, e.g. case reports, case series
4	Expert opinion

According to the Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) grading system. Source: SIGN 50: A guideline developer's handbook. Quick reference guide October 2014 [20].

Table 4
Grades of recommendation [18].

A	At least one meta-analysis, systematic review, or RCT rated as 1++, and directly applicable to the target population; or a body of evidence consisting principally of studies rated as 1+, directly applicable to the target population, and demonstrating overall consistency of results
B	A body of evidence including studies rated as 2++, directly applicable to the target population; or A body of evidence including studies rated as 2+, directly applicable to the target population and demonstrating overall consistency of results; or and demonstrating overall consistency of results; or Extrapolated evidence from studies rated as 1++ or 1+
0	Evidence level 3 or 4; or Extrapolated evidence from studies rated as 2++ or 2+
GPP	Good practice points/expert consensus: Recommended best practice based on the clinical experience of the guideline development group



THE

TAKE-HOME MESSAGE

- La persona anziana **non è una persona malata**, può essere in ottimo stato di salute
- L'anziano ha comunque **esigenze fisiologiche speciali**, anche in assenza di patologie
- La conoscenza di queste esigenze può aiutare a **prevenire** situazioni di malattia
- La **prima** fondamentale regola è quella di **evitare l'isolamento sociale ed affettivo**
- Un tempo gli anziani erano ritenuti **preziosa risorsa**, in quanto depositari di **esperienza e saggezza**. Oggi stiamo dimenticando questo aspetto, e stiamo perdendo una importante ricchezza.

QUESTO NON È UN MONDO PER
DISOCCUPATI, LAVORATORI, PENSINATI,
VECCHI, GIOVANI, BAMBINI, ONESTI,
FAMIGLIE, LAVORO, STUDENTI, POVERI,
ISTRUITI, BRICCONI, AMBIENTALISTI
E...

