



Bollettino ufficiale della Regione Puglia n. 44 del 08/04/2002

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 19 marzo 2002, n. 276

Linee guida per l'Educazione Alimentare - Ristorazione Collettiva ed Attività fisica.

L'Assessore alla Sanità sulla base dell'istruttoria espletata dall'Ufficio n. 8 e confermata dal Dirigente dello stesso Ufficio e dal Dirigente settore sanità riferisce quanto segue:

- Nel Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 sono fissati obiettivi precisi, tra cui quello di promuovere l'adozione di comportamenti e stili di vita in grado di favorire la salute e di sostenere la diffusione di attività di controllo e di riduzione dei fattori di rischio attraverso azioni concernenti l'alimentazione e l'attività fisica.

In particolare, il conseguimento di alcuni standard nutrizionali, raccomandati da organismi scientifici può determinare importanti riduzioni sulla mortalità per alcune patologie cardio e cerebrovascolari, per tumori del colon-retto diabete e ipertensione, nonché la riduzione dell'obesità, altro obiettivo di salute collegato all'alimentazione e all'attività fisica.

- Per dare attuazione ai citati indirizzi dettati dal P.S.N., si è ritenuto utile predisporre Linee-Guida per una efficace azione di politica sanitaria regionale finalizzata a rendere i cittadini, la comunità e i gruppi sociali consapevoli, partecipi ed attivi nei confronti della Salute.

- Nella convinzione che la prevenzione rappresenti una risposta responsabile ai fini della riduzione dei costi sanitari e sociali per l'intera comunità, nelle citate Linee Guida sono state date indicazioni di tipo preventivo, dissuasivo ed educativo nei seguenti campi di azione:

Ristorazione scolastica

Mense aziendali

Alimentazione dell'anziano

Ristorazione ospedaliera

Educazione alimentare

Promozione dell'attività fisica

- Inoltre si è ritenuto procedere a riordinare un settore nel quale le iniziative intraprese fino ad oggi, sono risultate non coordinate non sempre rispondenti ai reali bisogni sanitari della regione, e senza monitoraggio dei dati.

- Per realizzare gli obiettivi di cui sopra è stato costituito presso il settore un gruppo di lavoro formato da rappresentanti dei Servizi d'Igiene degli alimenti e Nutrizione delle UUSLL, da un responsabile dell'Unità Operativa di Nutrizione Clinica da uno Psicologo, un Fisiopatologo, da un membro dell'Associazione Nazionale di dietisti e da funzionari regionali, con compiti consultivi, propositivi e di verifica che ha elaborato le Linee-Guida per l'Educazione Alimentare, Ristorazione collettiva e Attività fisica.

- Il Piano Sanitario Regionale approvato con delibera di G.R. del 27/12/01 n. 2087 ha fra gli obiettivi la promozione di "comportamenti e stili di vita che favoriscono la conservazione della salute (dietologia e nutrizione attività fisica,delle inapproprietezze alimentari etc)."

- Le Linee-guida elaborate dal gruppo di lavoro sono in linea con gli interventi dettati dal Piano Sanitario Regionale.

- Per quanto sopra esposto si ritiene di sottoporre le citate Linee-guida allegate quali parte integranti e sostanziali del presente schema di deliberazione, all'approvazione della Giunta Regionale,al fine della loro successiva divulgazione alle UUSSLL e agli Enti interessati (Scuole, Comuni e Province).

ADEMPIMENTI CONTABILI DI CUI ALLA L.R. N 17/77 E SUCCESSIVE MODIFICAZIONI ED INTEGRAZIONI.

Non comporta alcun mutamento qualitativo e/o quantitativo di entrata o di spesa né a carico del bilancio regionale né a carico degli enti per cui i creditori potrebbero rivalersi sulla Regione:

Inoltre, il presente schema di provvedimento non comporta spese in relazione al Fondo Sanitario Regionale e quindi non produce oneri aggiuntivi rispetto alla quota del Fondo in parola assegnata a ciascuna Azienda Sanitaria o Ospedaliera.

Il Dirigente dell'Ufficio 8
Sig.ra Silvia Papini

Il presente provvedimento a norma dell'art. 1 della legge costituzionale 22 novembre 1999 n. 1, nonché dell'art. 4 comma 4 L.R. n. 7/97 lettera a) è di competenza della Giunta Regionale.

L'Assessore sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrato propone alla giunta l'adozione del conseguente atto finale;

LA GIUNTA

Udita la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore;

Viste le sottoscrizioni poste in calce al presente provvedimento da parte dal Funzionario istruttore, dal Dirigente dell'Ufficio e dal Dirigente del Settore;

A voti unanimi, espressi nel modi di legge;

DELIBERA

1) Di approvare per i motivi in narrativa esposti e riportati integralmente, le Linee-guida allegate quale parte integrante e sostanziale della presente deliberazione, consistente nei seguenti documenti:

Capitolo 1 - Linee-guida per l'Educazione Alimentare

Capitolo 2 - Linee-guida per la Ristorazione scolastica

Capitolo 3 - Linee -guida per le Mense aziendali

- Capitolo 4 - Linee-guida per L' alimentazione dell'anziano
- Capitolo 5 - Linee-guida per la Ristorazione ospedaliera
- Capitolo 6 - Linee-guida per la Promozione dell'attività fisica
- Capitolo 7 - Diffusione-implementazione-valutazione del progetto
- Capitolo 8 - Formazione degli operatori sanitari
- Capitolo 9 - Valutazione degli obiettivi sanitari

2) Di disporre che le attività connesse all'applicazione delle suddette Linee-Guida devono essere svolte da personale già in servizio presso l'ente e comunque nei limiti finanziari imposti dalla normativa vigente.

3) Di dare mandato all'Assessore alla Sanità di notificare il presente provvedimento e gli allegati ai Direttori Generali delle Aziende UUSLL ed Ospedaliere che provvederanno alla diffusione delle suddette linee-guida sul territorio e agli Enti interessati.

4) Di pubblicare integralmente la presente deliberazione nel Bollettino ufficiale della Regione Puglia ai sensi dell'art. 6 L.R. 13/94.

5) Di disporre che per l'attuazione di quanto previsto dal presente atto i DD.GG. devono provvedere solo con i servizi attualmente previsti nelle AA.SS.LL. con assoluto divieto di ulteriori acquisizioni e/o implementazioni degli stessi.

Il Segretario della Giunta Il Presidente della Giunta
Dr. Romano Donno Dott. Raffaele Fitto

PREMESSA GENERALE

Il Piano Sanitario Nazionale e il Piano Sanitario Regionale pongono come importante obiettivo "La modifica degli stili di vita" con particolare riferimento all'alimentazione, all'attività fisica e alla riduzione del sovrappeso e dell'obesità, al fine di indirizzare la popolazione verso la tutela di un bene dal quale dipende la qualità della vita dell'individuo:

LA SALUTE

Il miglioramento, mantenimento e recupero dello stato di salute è necessario perché uno stato di malnutrizione incide sui costi di ospedalizzazione, sui servizi sanitari erogati, sull'uso dei farmaci, oltre a presentare costi sociali notevoli (pensioni di invalidità, assenze dal lavoro per malattia, modifica delle mansioni, ecc).

Per rispondere a tale esigenza e alla richiesta degli operatori sanitari, sono state elaborate, da un gruppo di lavoro costituito presso lo scrivente assessorato, "Linee-guida" riguardanti percorsi metodologici, informativi e nutrizionali, al fine di garantire un uso appropriato ed uniforme degli interventi di educazione alla salute.

Le stesse sono rivolte agli Enti che attuano la ristorazione collettiva in vari ambiti (scuole, case di riposo, ospedali, mense aziendali) nonché agli operatori interessati a tematiche nutrizionali.

La promozione delle citate linee-guida si colloca in un'ottica di recupero delle prestazioni dei servizi per orientarle verso la qualità intesa come qualità degli interventi, qualità delle prestazioni, qualità dei risultati sanitari ottenuti.

Pertanto, per il raggiungimento degli obiettivi indicati nelle linee-guida, occorre adottare politiche di intervento globali capaci di sviluppare alleanze e sinergie attraverso la partecipazione attiva di tutti i soggetti che hanno competenze e responsabilità in ambito educativo, sanitario, politico, economico e nel campo dell'informazione.

GRUPPO DI LAVORO REGIONALE:

Coordinamento del gruppo di lavoro: Sig.ra Silvia PAPINI - Dirigente Regionale uff. 8

Assessorato alla Sanità Bari e Sig.ra M. Giovanna ROSA - Dietista Assessorato alla Sanità Uff. Perif. Taranto

D.ssa. Antonietta ANTONICIELLO - Responsabile dell'U.O. di Igiene della Nutrizione ASL FG/3

Sig.ra M. Carmela BUCCINOTTI - Membro ANDID - Dietista I.R.C.C.S. Casa Sollievo della Sofferenza S. Giovanni R. (FG)

Sig.ra Nicoletta CAPUTO - Dietista Unità di nutrizione clinica Policlinico Bari

D.ssa Margherita CAROLI - Dirigente Responsabile Unità di Igiene della Nutrizione ASL BR/1

Dott. Pierluigi Di NAPOLI - Fisiopatologo Ospedale Miulli Acquaviva delle Fonti (Ba)

Dott. Giovanni D'ORIA - Coordinatore Settore Nutrizionale SIAN ASL TA/1

Dott. Giuseppe FUCILLI - Psicologo consultorio familiare ASL BA/4

D.ssa M. Luisa PICCOLO - Dirigente SIAN ASL BA/2

Dott. Francesco VITALE - Responsabile Unità di Nutrizione Clinica Policlinico Bari

INTRODUZIONE ALLE LINEE GUIDA SULL'EDUCAZIONE ALIMENTARE, RISTORAZIONE COLLETTIVA, ATTIVITAFISICA

Le conseguenze negative che ha sulla salute la dieta del benessere, caratterizzata da un'assunzione eccessiva di alimenti ad alta densità energetica, ricchi di proteine, grassi e zuccheri, ma poveri di carboidrati complessi e fibra, si sono palesate solo negli ultimi decenni.

Ricerche epidemiologiche hanno dimostrato la stretta relazione esistente fra questo tipo di dieta e la comparsa di una serie di malattie croniche degenerative come coronaropatie, malattie cerebrovascolari, tumori, obesità, diabete, calcoli biliari, carie dentaria.

Seguendo le evidenze nazionali ed internazionali su salute e dieta, il Piano Sanitario nazionale e quello regionale, includono l'Alimentazione nella prima area di obiettivi riferita a Stili di vita e comportamenti. Per promuovere una sana alimentazione sono stati identificati i seguenti obiettivi .

Obiettivi nutrizionali per i soggetti adulti:

Introito energetico totale tale da mantenere il BMI pari a 21-22 Kg /m²

Riduzione della percentuale di energia derivata dai lipidi totali dal 35,5% al 30%.

Riduzione della percentuale di energia derivata dai grassi di origine animale dal 13% al <10%.

Aumento della percentuale di energia derivata dai carboidrati dal 48,4% a più del 55%.
Riduzione della percentuale dell'energia derivata dagli zuccheri semplici dal 12,6% al 10%.
Percentuale di energia derivata dalle proteine compresa tra il 10-15%.
Limite dell'uso del sale a meno di 6 g. al giorno.
Assunzione di max di 40 g. di alcool per gli uomini e di 20 g. per le donne al giorno, se bevitori.
Consumo di fibra superiore a 25 g. al giorno.

Obiettivi educativi alimentari:

Ridurre il consumo di carne rossa ed aumentare il consumo di pesce
Favorire il consumo di latte e derivati nell'età evolutiva ed adolescenziale
Raccomandare un consumo di 400 g. al giorno sia per la frutta che per la verdura

Obiettivi educativi sanitari:

Ridurre l'incidenza e la prevalenza del sovrappeso, e del grado di obesità
Raccomandare almeno 60-80 minuti di cammino al giorno
Promuovere attività fisica regolare (almeno 30 minuti per 2-3 volte a settimana)
Promuovere l'esclusivo allattamento al seno fino al 6 mese di età del bambino

Il cambiamento della dieta è connesso ad un mutamento più ampio dello stile di vita dei cittadini e delle abitudini nel consumo dei pasti (dove, con chi, in quanto tempo, ecc.). Gli individui sono infatti sempre meno attenti a ciò che si mangia, essi vivono un rapporto meno diretto con il cibo, di cui a volte ignorano natura ed origini, anche in conseguenza dei processi di produzione sempre più sofisticati e meccanizzati.

Il cambiamento degli stili di vita rappresenta un obiettivo innovativo per il SSN, che ha al momento ancora poche strutture dedicate realmente a questo compito.

In assenza di esperienze e di modelli di intervento consolidati e a fronte di un oggetto di lavoro complesso e innovativo, il cambiamento di stili di vita rappresenta una sfida per le AA.UU.SS.LL. e per i professionisti che vi lavorano, sino ad ora impegnati prevalentemente in compiti di diagnosi e cura.

Tutte le organizzazioni produttive tendono alla stabilità e faticano ad affrontare i cambiamenti, esterni o interni, che generano di solito ansia ed incertezza.

Anche le AA.UU.SS.LL., di fronte a problemi e compiti relativamente distanti da quelli che di solito trattano, rischiano di voler semplificare il nuovo oggetto di lavoro e ricondurlo a quanto da sempre fatto e saputo affrontare.

Il principio base di cui gli operatori devono tener conto è che le azioni di ogni soggetto sono guidate da un patrimonio di conoscenze e competenze formate nel tempo, difficili da modificare, per cui è necessario far acquisire a tutti gli individui elementi utili per motivare a scelte consapevoli e favorevoli alla salute.

OBIETTIVO DELLE LINEE GUIDA SULL'EDUCAZIONE ALIMENTARE, RISTORAZIONE COLLETTIVA ED ATTIVITA' FISICA

Fornire raccomandazioni - linee di indirizzo (indicazioni metodologiche ed operative), efficaci ed appropriate che consentano la realizzazione dei programmi di educazione alimentare, di ristorazione collettiva e di attività fisica per il raggiungimento degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale a breve, medio e lungo termine.

DESTINATARI DELLE LINEE GUIDA

Operatori sanitari dei SIAN (Servizi Igiene degli Alimenti e della Nutrizione), previsti secondo gli standard del personale del DM 16/10/98.

Tutti gli operatori interessati a tematiche nutrizionali in collaborazione con le strutture territoriali.

Inoltre le linee guida possono essere considerate punto di riferimento per enti ed istituzioni che siano interessati a queste problematiche.

ENTI E STRUTTURE

I decreti di riordino del Servizio Sanitario Nazionale (502/92 - 517/93 - 229/99) nonché i P.S.N., P.D.R., hanno individuato l'U.O. di Igiene della Nutrizione come la più adatta a svolgere compiti di prevenzione ed educazione alimentare.

La collaborazione fra SIAN, Distretti Sanitari ed altri Enti (es: scuole, comuni, aziende ospedaliere, ecc.) con integrazione delle competenze in vista di risultati migliori, e non di reciproche deleghe è fondamentale in materia di salute.

I SIAN attraverso i propri operatori sono in grado di offrire:

consulenza tecnica e medico - specialistica;

corrette ed aggiornate informazioni scientifiche nel settore;

rilevazione dei bisogni e programmazione degli interventi necessari per il loro soddisfacimento;

strumenti e materiali per gli interventi nutrizionali;

predisposizione di momenti formativi sia per l'aggiornamento che per la formazione permanente.

L'assistenza tecnica e/o operativa deve essere garantita dall'equipe prevista dagli standards del personale del D.M 16/10/98.

CAPITOLO 1

LINEE GUIDA PER L'EDUCAZIONE ALIMENTARE

PROGRAMMAZIONE DI INTERVENTI EFFICACI PER LA MODIFICA DELLE ABITUDINI ALIMENTARI DELLA POPOLAZIONE

Per raggiungere questo obiettivo è necessario riconoscere l'esistenza del rapporto fra i cambiamenti delle abitudini alimentari, in genere associati allo sviluppo economico di un paese, e le variazioni che intervengono nello stato di salute degli individui. A tal fine è necessario disporre di una chiara visione del profilo alimentare della popolazione di riferimento e dei problemi di sanità pubblica associati, mediante valutazione dei dati provenienti da varie Istituzioni ed Enti (ISTAT, INRAN, ecc) e di studi epidemiologici sui consumi alimentari ed incidenza di patologie, o, ancor meglio, da studi di sorveglianza nutrizionale.

PERCORSO METODOLOGICO

La realizzazione di interventi di carattere educativo in una comunità prevede che gli stessi si realizzino in conformità ad un progetto che è stato preparato, programmato ed attentamente predisposto dal gruppo che se ne rende responsabile (operatori SIAN e altri referenti degli enti destinatari del progetto), in cui siano rappresentate differenti professionalità.

Pertanto, i progetti di educazione alimentare devono assicurare la pertinenza rispetto agli obiettivi di

salute ed agli obiettivi educativi, la qualità, la realizzabilità; inoltre devono rendere possibile la verifica e la valutazione dei risultati.

Gli operatori sanitari molto spesso sono orientati alla semplice informazione, mentre, in realtà, una coerente strategia deve evolversi in un continuo processo di rivalutazione e sperimentazione del processo educativo. Queste linee guida propongono un modello di programmazione per obiettivi come scelta contrapposta all'improvvisazione ed alla attività senza controllo. Programmazione per obiettivi significa individuare percorsi e strategie ed inserire interventi educativi in un progetto di più ampio respiro.

La seguente metodologia di programmazione permette la formulazione di interventi educativi che hanno in sé la possibilità di conseguire risultati ad alto coefficiente di efficacia ed efficienza. Tale metodo è necessario per la valutazione di processo e di risultato che costituiscono una priorità assoluta per chi lavora nel Servizio Sanitario Nazionale.

Per la programmazione di un intervento di educazione alimentare è necessario:
effettuare una analisi della situazione per individuare i bisogni sanitari legati all'alimentazione.

Definire l'obiettivo generale.

Individuare destinatari, tempi, risorse e vincoli.

Definire una sequenza logico- temporale delle fasi del progetto educativo.

Specificare chiaramente gli obiettivi educativi (intermedi e specifici) che si intendono raggiungere.

Pianificare e mettere in atto strategie educative per il raggiungimento degli obiettivi educativi (programma educativo), selezionando contenuti, metodi e mezzi pertinenti agli obiettivi educativi.

Formare ed addestrare i tecnici dell'intervento.

Pianificare gli strumenti per valutare il raggiungimento di tali obiettivi. Attuare l'intervento.

Valutare il raggiungimento degli obiettivi educativi in itinere ed a conclusione dell'intervento educativo.

L'analisi della situazione precede sempre l'individuazione delle strategie educative e la loro realizzazione.

Occorre quindi costruire gli strumenti per l'analisi della situazione volta a rilevare il problema di salute attraverso i dati epidemiologici esistenti e la rilevazione dei consumi alimentari in senso quali/quantitativo, i comportamenti e le abitudini correlate al cibo, in quanto la finalità di un progetto educativo è sempre quella di modificare la realtà che si presenta all'operatore. Gli operatori devono conoscere la realtà territoriale sulla quale dovranno operare, raccogliere dati per meglio conoscere la comunità del territorio di loro competenza e così avere degli indicatori di base, necessari per costruire un intervento efficace e mirato.

Gli indicatori sono: indicatori generali di salute pubblica, socio-economici, ambientali, lavorativi, epidemiologici.

La definizione degli obiettivi educativi è una tappa fondamentale nella programmazione, in quanto consente di verificare quanto le risorse umane e materiali a disposizione, siano adeguate al conseguimento degli stessi ed inoltre guida la definizione dei criteri di verifica che al programma stesso vengono attribuiti.

Gli obiettivi si dividono in generali, intermedi, e specifici.

Gli obiettivi generali sono orientamenti di fondo, principi ispiratori per l'azione dell'operatore.

Gli obiettivi intermedi derivano dagli obiettivi generali e rappresentano le varie competenze necessarie per raggiungere gli obiettivi generali.

Gli obiettivi specifici o didattici descrivono i risultati di un processo educativo, ossia cosa dovrebbe saper realizzare il discente/utente per raggiungere l'obiettivo.

Quindi, nella formulazione dell'obiettivo specifico, si dovrà indicare:

La descrizione di un'azione sotto forma di verbo.

contenuto che descrive l'oggetto dell'azione.

La condizione, ossia la situazione o il limite in cui l'obiettivo deve essere realizzato.

Il criterio, ossia il livello minimo accettabile di performance.

ESEMPIO

- Individuare gli strumenti persuasivi in uno spot pubblicitario di prodotti alimentari, segnalando gli strumenti uditivi, visivi e di linguaggio
descrizione di una azione sotto forma di verbo
il contenuto
condizione
criterio

- Identificare gli errori della propria alimentazione, con riferimento alla completezza e variabilità della dieta, identificando tutti gli alimenti carenti o in eccesso
azione
contenuto
condizione
criterio

Gli obiettivi specifici che si vorranno raggiungere possono:

- fornire conoscenze ("sapere"),
- aiutare a compiere delle azioni corrette ("saper fare"),
- sviluppare gli atteggiamenti giusti e la volontà di cambiare convinzioni, valori, opinioni ("saper essere").

Gli obiettivi educativi devono essere pertinenti con l'obiettivo generale, precisi, realizzabili, osservabili e misurabili al fine di poter valutare il processo formativo.

E' necessario procedere con la definizione dei tempi, risorse e vincoli in relazione agli obiettivi precedentemente definiti. Se i tempi sono inconciliabili, se le risorse umane e materiali non sono adeguate e se i vincoli sono insormontabili in relazione al perseguimento degli obiettivi, questi ultimi devono essere necessariamente modificati, secondo un principio di maggiore fattibilità.

Prima dell'attuazione dell'intervento bisogna avviare una fase di formazione ed addestramento tecnico diretta a tutte le persone che a vario livello saranno responsabili dell'intervento. Tale formazione deve essere finalizzata a fornire una base omogenea relativa ad aspetti conoscitivi (sapere), ad aspetti attitudinali (saper essere), che devono essere posseduti per risultare efficaci nel proprio ruolo operativo, ed ad aspetti operativi (saper fare), che sono quelle competenze pratiche necessarie che diverranno la realtà operativa e di servizio di ciascuno.

LA VALUTAZIONE DELL'INTERVENTO DI EDUCAZIONE ALIMENTARE

La valutazione è il processo tramite il quale si misura quello che è stato realizzato, si attua una revisione critica dell'attività o del programma per rilevarne aspetti positivi, negativi e quelli da migliorare.

Il giudizio può essere dato sul risultato, ossia sul raggiungimento degli obiettivi prefissati, oppure può riguardare il processo utilizzato per ottenere un risultato, ossia se sono stati utilizzati i metodi più appropriati, nel modo più efficace, se il rapporto costo beneficio è stato favorevole, ecc.

Devono essere predisposti strumenti finalizzati non solo alla rilevazione dell'efficacia (i risultati prodotti

nel gruppo target) del programma, ma anche dell'efficienza (come le risorse sono state utilizzate al meglio delle loro potenzialità) con cui lo stesso è stato condotto e del gradimento e soddisfazione che il gruppo target ha riservato.

Efficacia, efficienza, gradimento e soddisfazione del gruppo target, sono gli indicatori che consentono di valutare il programma e di comprendere quali componenti necessitano di miglioramento per ottenere un sempre più consistente conseguimento degli obiettivi.

Alla fine dell'intervento si passa alla stesura di una relazione di servizio comprendente la valutazione finale.

Valutare il risultato

La valutazione di risultato riguarda gli obiettivi finali del programma, ovvero se è stato raggiunto ciò che ci si era prefissi:

Un aumento delle conoscenze dimostrabile attraverso test, questionari, interviste.

Un cambiamento degli atteggiamenti valutabile attraverso l'osservazione.

Un cambiamento dei comportamenti valutabile con osservazione diretta o interviste.

E' preferibile programmare un intervento educativo suddividendolo in sequenze molto piccole, con obiettivi ridotti, facilmente verificabili. In tal modo la valutazione finale sarà la somma di tante valutazioni verificate durante il percorso. Se la valutazione fosse solo finale, e magari negativa, non si riuscirebbe ad individuare la fase che necessita di modifiche.

Con la valutazione del discente/utente si valuta sia il raggiungimento degli obiettivi da parte dell'utente, sia se il programma ha permesso di raggiungere l'obiettivo generale o finalità del corso, nonché la qualità del lavoro svolto dall'operatore.

Valutare il processo

Valutare il processo significa osservare cosa è accaduto durante le varie fasi dell'intervento.

La valutazione di processo concerne i metodi utilizzati nel programma di intervento: se siano stati idonei e se siano stati utilizzati in modo efficace. Questa valutazione riguarda anche le risorse, ossia la quantità e qualità di risorse mobilitate da un punto di vista umano, finanziario, di materiali e di servizi.

Per valutare il processo ci sono tre modalità:

1. Misurazione delle risorse utilizzate in confronto ai risultati ottenuti.
2. Autovalutazione per evidenziare aspetti positivi e negativi e punti da migliorare.
3. Feed-back ricevuto dagli utenti da valutare con questionari, suggerimenti ed osservazioni spontanee.

Per valutare l'efficacia dell'intervento e dell'operatore, a fine corso, l'utente compilerà un questionario di valutazione sui vari aspetti (chiarezza, tempo dedicato, interesse, rispondenza alle aspettative, ecc.).

EDUCAZIONE ALIMENTARE NELLA SCUOLA

L'educazione alimentare rivolta a tutta la popolazione comporta la necessità di dividere gli interventi in almeno due tipi di approccio: uno per soggetti dell'età evolutiva e l'altro per adulti.

L'approccio differente è dovuto non solo all'età dei destinatari dell'intervento, e quindi al linguaggio, ma anche ai differenti bisogni sanitari ed alla necessità di integrare l'educazione alimentare nei programmi educativi scolastici.

L'educazione alimentare nella scuola deve essere concepita come un processo continuo inserito nei percorsi formativi delle scuole di ogni ordine e grado, per cui non deve essere intesa come intervento

sporadico.

Nella scuola gli interventi saranno di tipo educativo, ossia tendenti non solo all'informazione, ma soprattutto a garantire la conoscenza e la comprensione dei problemi di salute per permettere ai destinatari di iniziare a prendere decisioni consapevoli. Nella scuola sarà utile dare informazioni sulla salute, aiutare i ragazzi ad analizzare valori ed atteggiamenti, a prendere decisioni, ed aiutare e dare sostegno nelle scelte.

L'educazione alimentare nella scuola ha un ruolo fondamentale in quanto si agisce su soggetti i cui comportamenti sono ancora modificabili e rappresentano la popolazione adulta del futuro.

Nell'ambito dell'educazione alimentare le Istituzioni Sanitarie devono stabilire un rapporto privilegiato con le Istituzioni Scolastiche ove particolare attenzione va posta verso la sensibilizzazione ed il coinvolgimento degli operatori scolastici, come responsabili dell'educazione in ambito scolastico, i quali dovranno integrare le loro specifiche competenze con quelle degli operatori sanitari.

La progettazione educativa integrata rappresenta lo strumento prioritario di tale collaborazione.

Attori nel processo educativo sono:

Gli Insegnanti che rivestono un ruolo centrale nella progettazione e realizzazione, in collaborazione con gli operatori sanitari. Gli insegnanti predispongono materiale per le attività, coordinano il lavoro e favoriscono l'intervento di esperti.

La loro collaborazione richiede una preparazione idonea ed un diretto coinvolgimento nella impostazione e realizzazione del progetto educativo.

Gli Operatori sanitari che collaborano con gli insegnanti nella stesura del progetto e concordano con loro obiettivi e contenuti, nonché le modalità dell'intervento.

Le Famiglie che vanno considerate un potente alleato nel tentativo di modifica dello stile di vita. L'incapacità delle famiglie a riconoscere un problema porterà al fallimento degli interventi sanitari pubblici, perché ritenuti non necessari. E' quindi conveniente inserire nella programmazione anche una fase di formazione per i genitori.

INTEGRAZIONE DEI PERCORSI EDUCATIVI

Gli interventi nella scuola devono inserirsi nei programmi educativi scolastici e devono quindi caratterizzarsi per la multidisciplinarietà.

Gli interventi devono pertanto permettere il raggiungimento non solo degli obiettivi educativi alimentari, ma anche il raggiungimento degli obiettivi riguardanti le seguenti aree:

EDUCAZIONE ALIMENTARE COMPRENDE

EDUCAZIONE
EDUCAZIONE
EDUCAZIONE
EDUCAZIONE
EDUCAZIONE
LINGUISTICA
ALL'IMMAGINE
LOGICO SCIENTIFICA
STORICO
MATEMATICA
GEOGRAFICA

EDUCAZIONE LINGUISTICA ED EDUCAZIONE ALL'IMMAGINE

Obiettivi: leggere, conversare, riflettere, comunicare; analizzare le modalità della comunicazione;

formulare un questionario e raccogliere i dati; comprendere ed usare i termini scientifici; produrre testi di tipo descrittivo ed argomentativo; analizzare il linguaggio della pubblicità; scomporre gli elementi costitutivi dei messaggi pubblicitari; saper costruire slogan pubblicitari; interpretare la pluralità dei messaggi contenuti in un'immagine.

EDUCAZIONE LOGICO MATEMATICA

Obiettivi: utilizzare correttamente le tecniche di calcolo; classificare, ordinare e correlare i dati; elaborare in tabelle, diagrammi e grafici i dati raccolti; realizzare graficamente lavori accurati e precisi.

EDUCAZIONE SCIENTIFICA

Obiettivi: osservare, porre domande, rilevare problemi; elaborare semplici ipotesi; elaborare i risultati; individuare i costituenti principali del corpo umano ed i principi nutritivi; scomporre gli alimenti negli elementi che li costituiscono; identificare le funzioni dei nutrienti; calcolare i fabbisogni.

EDUCAZIONE STORICO GEOGRAFICA

Obiettivi: ordinare e collocare nel tempo fatti ed eventi; ricostruire il passato mediante documentazione e fonti orali; ricercare informazioni utilizzando il metodo dell'indagine; confrontare ed identificare differenze e somiglianze avvenute nel tempo ed indagare sulle cause delle trasformazioni; formulare un'intervista per indagare sulle tradizioni alimentari.

I progetti di educazione alimentare possono riguardare svariati aspetti dell'alimentazione e l'obiettivo deve essere commisurato alle capacità, alle esigenze del gruppo di riferimento, agli obiettivi educativi scolastici, agli obiettivi sanitari di quella popolazione.

Per fornire un orientamento si propone un progetto di educazione alimentare (all. 1) ampiamente utilizzabile, lasciando liberi gli operatori, in base alla loro formazione e creatività, di formulare il programma mediante l'uso di determinati metodi, mezzi strumenti, attività, verifiche, ed adattando il programma ai diversi cicli scolastici (elementari e medie), utilizzando nella programmazione strumenti comunicativi e contenuti differenziati.

Tali obiettivi devono essere adattati alle attività e valutazioni programmate dagli operatori, completandoli con la definizione di condizioni e criteri così come esplicitato nella parte relativa al percorso metodologico.

EDUCAZIONE ALIMENTARE PER LA POPOLAZIONE ADULTA

Il Comportamento Alimentare (C.A.) è integrato a schemi comportamentali e socio-culturali evoluti.

Il C.A. risponde ed è condizionato da molteplici bisogni ed emozioni quali rabbia, ansia, bisogno di rassicurazione o di accudimento, ecc. che contribuiscono ad innestare il vissuto della fame su basi diverse da quelle strettamente biologiche e nutrizionali.

L'assunzione alimentare è un comportamento sociale e relazionale complesso, che si estrinseca in contesti in cui vi conferiscono significati peculiari (pranzo d'affari, cena a lume di candela, ecc.). In questi casi il bisogno fisiologico e primario è trasformato in qualcosa di enormemente più flessibile, ma anche più facilmente staccato dall'equilibrio nutrizionale ottimale.

Secondo B. SCHETTINI "...prendere decisioni sulla salute ed attuarle può recare benefici non solo per l'adozione di uno stile di vita più sano, ma anche per una maggiore stima di sé dovuta alla sensazione di controllo su una parte della propria vita: fare una scelta positiva per la salute può rappresentare un processo di autodeterminazione".

Condurre interventi sulla popolazione adulta significa dover tener sempre presente le abitudini esistenti dovute a varie problematiche che investono la sfera familiare, economica ed organizzativa. Il C.A., infatti, è la risposta a molteplici bisogni ed è condizionato da un lungo processo di apprendimento che conduce ad una forte identificazione del proprio stile alimentare con la propria identità, di conseguenza, tentativi di modificare dall'esterno gli stili alimentari, possono spesso portare ad una risposta di resistenza.

Con gli adulti quindi non si deve procedere con una serie di precetti, bensì è più utile aiutarli a comprendere la situazione ed a gestire il problema, avviandoli verso scelte autonome. Si deve porre l'individuo nel ruolo di attore principale, mettendolo in grado di aumentare il livello di conoscenza del proprio stato di salute e conseguentemente di migliorarlo. Per raggiungere questo obiettivo si possono usare tecniche e strumenti educativi che consentano l'apprendimento attivo e cioè il lavoro di gruppo, l'apprendimento dall'esperienza, il counselling e la terapia individuale.

Al fine di realizzare una condivisione ampia degli obiettivi di prevenzione è importante concepire gli interventi e gli obiettivi in modo non tecnico, ma nei termini e con il linguaggio degli utenti intercettandone abitudini, credenze, bisogni e cultura alimentare.

Gli Obiettivi prioritari dell'educazione alimentare per la popolazione adulta sono:

- Informare e formare la popolazione in ordine ai fattori di rischio individuali;
- Favorire lo sviluppo di opinioni in merito a tematiche dell'educazione alimentare;
- Promuovere l'autocoscienza e quindi rendere possibili alcuni cambiamenti di vita coerenti con i principi dell'educazione alimentare e gli obiettivi del PSN.

I SIAN devono attuare forme di educazione alimentare alla popolazione adulta utilizzando strategie che consentano di raggiungere ampi strati della popolazione, soprattutto i gruppi sociali più svantaggiati, nonché quei soggetti che potrebbero essere tagliati fuori dagli interventi scolastici.

E' utile percorrere molteplici piste educative avvalendosi degli argomenti più ricchi da un punto di vista culturale e di maggior interesse, congiuntamente a quanto possono proporre le associazioni dei consumatori.

I mezzi a disposizione per raggiungere i cittadini sono:

Propaganda delle iniziative promosse dai SIAN affinché la popolazione possa parteciparvi.

Trasmissioni televisive su problematiche alimentari emergenti, nonché programmi sulle linee guida alimentari, utilizzando brevi e semplici messaggi in quanto il mezzo televisivo non è interattivo e non permette all'utente di chiedere ulteriori chiarimenti.

Programmi di educazione alimentare nelle scuole e per gruppi di popolazione.

Programmi di educazione alimentare per gruppi a rischio (gravide, sportivi, ecc...).

Il mese della prevenzione di _____ da proporre come iniziativa itinerante in ambulatori, palestre, ecc. utilizzando il personale del SIAN.

L'utilizzo dei mass media non deve essere sottovalutato perché il mancato contatto dei professionisti con tale mondo permette a personaggi poco qualificati di esprimere opinioni personali che generano maggiore confusione e false credenze nel pubblico.

INTERVENTI EDUCATIVI PER LA POPOLAZIONE OBESA

L'obesità è un problema di salute pubblica per l'aumentata prevalenza osservata in Italia e comunque nei Paesi industrializzati e per il ruolo importante che riveste nel determinismo di molte altre patologie croniche (diabete, ipertensione, alcuni tipi di tumore, ecc...).

Il trattamento dell'obesità, può essere soddisfacente a breve termine, ma a lungo termine i risultati sono molto deludenti.

Secondo l'O.M.S. per arginare il problema obesità, conviene soprattutto avviare iniziative di prevenzione indirizzando gli interventi, sia alla popolazione in generale, che a specifici sottogruppi di soggetti a maggior rischio, come, ad esempio, i figli di genitori obesi.

La correlazione fra obesità dell'età evolutiva ed obesità dell'adulto aumenta con la durata ed il grado di obesità e la sua persistenza durante l'adolescenza.

Sia nell'età adulta, ma soprattutto nell'età evolutiva, gli interventi preventivi e terapeutici non devono essere focalizzati sul singolo soggetto, ma devono coinvolgere la famiglia in quanto devono essere incoraggiate modifiche alimentari e di stile di vita che spesso sono presenti in più membri dello stesso nucleo familiare.

L'azione preventiva, infatti, non potendo modificare la componente genetica dell'obesità, deve mirare alle modifiche ambientali, quali stili di vita, abitudini alimentari, attività fisica e relazioni interpersonali che possono contribuire a provocare un eccesso ponderale.

Gli operatori coinvolti nella prevenzione e nel trattamento dell'obesità devono rientrare nel personale sanitario che abbia le competenze professionali previste dalla normativa (medico, dietista, psicologo), ma che abbiano anche ricevuto opportuna formazione sulle modalità di lavoro indicate nel presente lavoro.

VALUTAZIONE DEL GRADO DI OBESITA'

La valutazione dell'indice di massa corporea (BMI) è il metodo raccomandato dall'OMS per la diagnosi dell'obesità.

Il BMI rappresenta il valore che si ottiene dividendo il peso espresso in Kg per il quadrato dell'altezza del paziente espressa in metri.

La Tab. n. 1 mostra i valori di BMI per la diagnosi di obesità nell'età adulta.

STATO NUTRIZIONALE BMI

Sottopeso < 18.5

Normopeso 18.5-24.9

Sovrappeso 25-29.9

Obesità di I° grado 30-34.9

Obesità di II° grado 35-39.9

Obesità di III° grado >40

Il cut-off point per la diagnosi di obesità in età evolutiva, secondo le raccomandazioni dell'international

Task Force for Obesity (IOTF) dell'OMS, è dato dal percentile che, all'età di 18 anni, interseca il valore di 30. Questo valore corrisponde al 99° percentile nelle tabelle di A. Luciano, consigliate per la popolazione italiana.

In base alla distribuzione del grasso corporeo si possono distinguere, in età adolescenziale ed adulta, tre tipi di obesità: androide, intermedia e ginoide.

Tale distribuzione viene valutata con il rapporto vita/fianchi (waist/hip ratio WHR). I limiti di riferimento per le tre categorie sono:

- obesità ginoide <0.78
- obesità intermedia compresa tra 0.79 e 0.84
- obesità androide >0.85

L'obesità androide o viscerale deve essere oggetto di maggiore attenzione in quanto presenta complicanze di tipo metabolico più spesso di quella ginoide.

Sono stati stabiliti, quali limiti per definire l'obesità androide nella popolazione italiana, valori di WHR pari a 0.92 per l'uomo e 0.81 per le donne.

PROGRAMMA EDUCATIVO

Gli scopi dei programmi per gruppi di obesi in trattamento sono la modifica delle abitudini alimentari e l'induzione di uno stile di vita più attivo mediante ristrutturazione cognitiva e comportamentale.

La maggior parte degli obesi trattati con successo a breve termine, nel medio e lungo termine vanno incontro ad una fase di plateau e poi ad abbandono del trattamento e recupero del peso perduto, per cui è necessario portare gli obesi a riconsiderare i propri obiettivi totalitari, introducendo il concetto di peso ragionevole, ossia quel peso accettabile dal punto di vista fisico e psicologico.

Gli obiettivi educativi generali sono:

- Raggiungere il peso ragionevole
- Mantenere il peso ragionevole
- Accettare il peso ragionevole

Gli obiettivi specifici sono:

- Analizzare i tentativi terapeutici precedenti e le cause dell'insuccesso;
- Analizzare il proprio comportamento alimentare e l'attività fisica praticata;
- Individuare gli obiettivi del trattamento a breve ed a lungo termine;
- Adottare uno stile di vita più attivo e praticare attività fisica;
- Scegliere le giuste porzioni di alimenti;
- Scegliere gli alimenti che prolungano il senso di sazietà;
- Ridurre il consumo di alimenti ipercalorici e grassi;
- Utilizzare gli alimenti dei vari gruppi alimentari in modo bilanciato;
- Assumere tre pasti al giorno, più una merenda;
- Riconoscere e soddisfare la fame biologica;
- Controllare gli stimoli che portano a mangiare in eccesso;
- Compensare i momenti negativi (solitudine, noia, rabbia) con attività ricreative e/o manuali; -
- Individuare strategie per prevenire le ricadute;
- Individuare comportamenti e strategie da adottare quando la ricaduta è avvenuta per evitare reazioni eccessive e sensi di colpa;
- Accettare il proprio peso ragionevole;

- Analizzare le proposte di trattamenti dimagranti e/o di pasti sostitutivi, compresse, ecc. al fine di proteggersi dagli effetti confondenti ed illusori della relativa pubblicità.

METODI: LA TERAPIA COGNITIVO - COMPORTAMENTALE

Si basa sull'analisi del comportamento, ossia sul tentativo di identificare, insieme al paziente, l'associazione tra assunzione di cibo ed altre variabili quali orari, luoghi, persone, ambienti, circostanze, stati d'animo, pensieri, sedentarietà. Riconosciuti i comportamenti non utili, insieme al paziente, si cercano modalità per modificare gli eventi associati a questi comportamenti e si sostituiscono con comportamenti alternativi.

Le componenti principali del trattamento cognitivo-comportamentale sono l'automonitoraggio, l'addestramento alla contingenza, il controllo dello stimolo, il rinforzo positivo, la ristrutturazione cognitiva.

Automonitoraggio

Il paziente è invitato ad annotare su un diario ciò che mangia specificando la quantità, l'ora, il luogo e lo stato emotivo che precede o accompagna i pasti. E' utile anche l'indicazione della sensazione di fame o sazietà prima e dopo ogni assunzione di alimenti. L'automonitoraggio favorisce l'acquisizione di una valutazione oggettiva dei comportamenti alimentari e degli stili di vita.

A partire da quanto registrato, si può procedere ad una progressiva modificazione delle abitudini e del comportamento, per correzioni successive. Il diario permette di individuare le abitudini errate e, in accordo con il paziente, si può procedere a comportamenti e scelte alternative. Ciò consente una educazione mirata alle esigenze individuali.

Addestramento alla contingenza

E' rivolto alla risoluzione dei problemi contingenti legati all'assunzione di alimenti ed è utile per la correzione dei problemi emersi con l'automonitoraggio.

Dal punto di vista operativo il bambino o l'adulto obeso possono:

Identificare e definire i comportamenti non favorevoli alla riduzione di peso, evidenziati nel diario alimentare;

Proporre possibili soluzioni;

Valutare le soluzioni e sceglierne una;

Decidere le modalità comportamentali da attuare;

Valutare il risultato ottenuto;

Se l'intervento non è stato efficace, rivalutare il problema e scegliere una nuova soluzione

Il controllo dello stimolo

Si fonda sull'addestramento ad identificare e prevedere le occasioni in cui i consumi sono più elevati ed a ideare strategie per affrontare le situazioni

La riduzione del consumo di cibo viene ottenuta anche mediante la limitazione alla disponibilità ed accesso a cibi o bevande ad alta densità calorica o ricchi in zuccheri, tramite una spesa accurata ed una riduzione dei tempi e delle attività associate al mangiare.

Rinforzo positivo

Deve essere frequente sotto forma di sostegno verbale o di premi, per le occasioni in cui sono stati rispettati gli impegni presi relativi alle modificazioni comportamentali, o è stata praticata attività fisica. Il rinforzo positivo non deve essere conseguente e/o correlato al calo ponderale per sé, ma al nuovo

comportamento o stile di vita acquisito.

Ristrutturazione cognitiva

E' uno strumento utile per rimodellare il dialogo interno sul cibo, favorendo il raggiungimento di risposte razionali orientate a ridimensionare alcune convinzioni quali traguardi non realistici (devo perdere 10 Kg in un mese, non mangerò più cioccolata), o affermazioni autodenigratorie (sarò sempre grasso, sono un incapace).

Mantenimento del calo ponderale

Spesso gli obesi hanno delle ricadute cui seguono altri tentativi terapeutici tali da dare origine alla weight cycling syndrome caratterizzata da cicliche modificazioni del peso con episodi di riduzione ponderale, successivo abbandono e recupero ponderale.

La ricaduta è un rapido ritorno alle abitudini alimentari e motorie pre trattamento. Al fine di mantenere le modificazioni comportamentali raggiunte sarà utile chiarire che l'obesità è un problema cronico e preparare i destinatari alla gestione delle ricadute.

Prevenzione delle ricadute

Identificare le situazioni a maggior rischio di indurre la perdita di controllo

Produrre soluzioni adeguate ai problemi relativi alle situazioni a rischio

Utilizzare strategie cognitive per superare la depressione ed i sensi di colpa conseguenti alla ricaduta

STRATEGIA DI INTERVENTO

Approccio di gruppo: si possono ottenere i vantaggi del programma individuale (personalizzazione del messaggio) ed i vantaggi del gruppo (interazione, sostegno psicologico).

Il trattamento di gruppo si basa su due presupposti:

- educare riguardo ai vari aspetti dell'obesità
- condividere con altri il problema e discutere le soluzioni

MODELLO PER L'APPROCCIO DI GRUPPO

Valutazione antropometrica e medica individuale

Valutazione psicosociale per valutare le variabili psicologiche che influenzano il controllo dell'alimentazione individuale

Valutazione comportamentale (analisi dell'alimentazione, analisi dell'attività fisica) individuale

Organizzazione di gruppi di 8-10 persone riunendo i pazienti simili fra loro per età, per comportamento alimentare, per eventuali patologie concomitanti

Frequenza degli incontri ravvicinata per le fasi iniziali, e più distanziata per il follow up che deve durare almeno 4-5 anni

Il lavoro di gruppo si articola in una prima fase educativa, una seconda cognitivo -comportamentale ed una terza di valutazione dei risultati con definizione di strategie di mantenimento.

Argomenti:

- cause e complicità dell'obesità, weight cycling sindrome;
- istruzioni sulla compilazione del diario alimentare e dell'attività fisica;
- peso ideale, peso ragionevole;
- identificazione di alimenti a prevalente contenuto di carboidrati, proteine, grassi, fibre;

- aspetti psicobiologici del comportamento alimentare (la cascata della sazietà, indice di sazietà degli alimenti);
- alimentazione bilanciata e povera di grassi (organizzazione della spesa, preparazione dei cibi, valutazione delle porzioni, distribuzione dei pasti);
- attività fisica (stile di vita attivo, cammino, attività fisica aerobica);
- identificazione delle situazioni a rischio e controllo degli stimoli che portano a mangiare in eccesso;
- tecniche per mantenere il peso ragionevole e prevenire le ricadute.

Negli incontri vengono discussi inoltre argomenti emergenti dalle esperienze dei partecipanti.

ATTIVITA' FISICA E STILE DI VITA ATTIVO

L'esercizio fisico comporta un consumo energetico, sia durante la pratica, sia nel periodo successivo di recupero. L'esercizio tende a limitare la perdita di massa magra che accompagna il calo ponderale, limitando così la riduzione del metabolismo basale associata al dimagrimento. L'attività fisica, congiunta al trattamento dietetico, è utile per ridurre l'obesità viscerale, per mantenere il calo ponderale, per migliorare la fitness. L'esercizio fisico più indicato nel trattamento dell'obesità è l'esercizio aerobico prolungato (soprattutto bicicletta e nuoto, jogging, ginnastica aerobica, salto della corda), mentre l'esercizio più semplice è il cammino (1 ora di cammino alla velocità di 4 Km/h in piano).

E' necessario incoraggiare gli obesi ad appassionarsi ad hobby ed attività preferibilmente di gruppo, in modo da evitare solitudine e noia che spesso inducono a mangiare.

Esempi per uno stile di vita attivo: usare la propria forza per le mansioni domestiche, occuparsi del giardinaggio, lavare l'auto a mano, salire le scale a piedi più di quanto si è abituati a fare, spostarsi a piedi o in bici, scendere dall'autobus qualche isolato prima della meta, allungare il percorso a piedi al rientro dal lavoro, ecc.

Il programma di attività fisica dovrà prevedere:

- Rendere lo stile di vita fisicamente attivo.
- Intraprendere un regolare programma di cammino.
- Iniziare un'attività fisica strutturata (cyclette, stretching, circuito di ginnastica e jogging)

RISULTATI FINALI

Riduzione del valore medio del BMI della popolazione.

Riduzione dell'incidenza dell'obesità nella popolazione, specialmente in età evolutiva.

Riduzione dell'incidenza di complicanze e patologie correlate all'obesità.

CAPITOLO 2

LINEE GUIDA PER LA RISTORAZIONE SCOLASTICA

La ristorazione scolastica rappresenta circa il 25% dei pasti della ristorazione collettiva extradomestica, sia come conseguenza dell'incremento degli orari scolastici con il tempo prolungato e/o pieno, sia come conseguenza della crescita dell'occupazione femminile.

La partecipazione del bambino alla mensa scolastica è un momento importante non solo da un punto di vista nutrizionale, ma anche da quello psico-sociale.

Le principali finalità che il servizio di ristorazione delle scuole materne ed elementari deve svolgere sono le seguenti:

1. permettere l'affidamento del bambino per un periodo di tempo prolungato alla comunità scolastica per una migliore organizzazione del lavoro scolastico;
2. abbandonare l'uso dello spuntino portato da casa, nutrizionalmente scorretto;
3. causare minori problemi di gestione familiare per i genitori che lavorano,
4. equilibrare la dieta quando essa presenti delle carenze o degli eccessi in determinati principi nutritivi;
5. attuare un'azione di educazione alimentare fornendo le principali nozioni su una sana alimentazione e cercando di contrastare le informazioni faziose fornite spesso dai mass-media;
6. educare ad un corretto modo di comportamento al momento del pasto.

Soggetti interessati alla ristorazione scolastica:

Il raggiungimento di queste finalità è determinato dalla collaborazione ottimale fra i soggetti interessati e cioè:

1. Amministrazione Comunale o Scuola Privata
2. Azienda Sanitaria Locale
3. Commissione Mensa
4. Ditta appaltatrice del Servizio (se presente).

Possono inoltre entrare in collaborazione organismi governativi e privati (Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione; Società Scientifiche Nazionali ed Internazionali: Società Italiana di Nutrizione Umana, Società Italiana di Pediatria, Organizzazione Mondiale della Sanità; Associazioni quali ad esempio il Rotary, la Federazione Italiana Donne Affariste, Professioniste Artiste, etc., Industrie Alimentari) allo scopo di integrare competenze e strategie per raggiungere le finalità già esposte.

Compiti e responsabilità dei vari soggetti interessati:

1. Amministrazione Comunale e/o Scuola Privata

Compiti dell'Amministrazione Comunale e/o Scuola Privata sono:

Istituzione del servizio di ristorazione scolastica.

Controllo su qualità e quantità degli alimenti e dei prodotti finiti in cooperazione con gli altri soggetti.

Compilazione e controllo delle clausole dei capitolati d'appalto in caso di affidamento di gestione a ditta esterna.

Vigilanza sul rispetto delle norme vigenti anche in materia di sicurezza.

Pianificazione del costo e del prezzo del pasto.

2. ASL

Compiti della ASL nelle sue U.O. di Igiene della Nutrizione e di Igiene degli Alimenti afferenti al SIAN sono:

U.O. di Igiene degli Alimenti:

Autorizzazioni sanitarie e controllo per strutture, attrezzature e personale addetto secondo le normative vigenti.

Controllo igienico-sanitario sugli alimenti e sui prodotti finiti nei vari step.

Gestione di problemi di tossinfezione alimentari in ambito scolastico.

U.O. di Igiene della Nutrizione:

Formulazione degli obiettivi nutrizionali

Predisposizione di tabelle dietetiche adeguate alle prescrizioni degli ultimi LARN.

Valutazione delle certificazioni mediche di bambini con problemi nutrizionali e preparazione di menù specifici adeguati. Preparazione di menù differenziati per bambini appartenenti a religioni con prescrizioni alimentari particolari.

Sorveglianza nutrizionale con indagini epidemiologiche sui consumi e lo stato di salute della popolazione.

Interventi di educazione e formazione della Commissione Mensa, del personale insegnante e dei genitori nel campo nutrizionale per il raggiungimento degli O.N.

Interventi sulla popolazione scolastica per migliorare le conoscenze e le abitudini alimentari.

Controllo su qualità e quantità degli alimenti e dei prodotti finiti in cooperazione con gli altri soggetti.

Informazione e collaborazione con i Pediatri di Base dell'Area.

3. Commissione Mensa:

La commissione mensa è formata da rappresentanti dei genitori e degli insegnanti ed i suoi compiti sono:

Collegamento fra utenza, Commissione Comunale, ASL e Ditta fornitrice ove presente per:

collaborazione per l'assunzione degli O.N.

monitoraggio dell'accettabilità del pasto;

variazioni del menù scolastico in cooperazione con gli altri soggetti.

istanze provenienti dall'utenza.

4. Ditta appaltatrice

La ditta appaltatrice del servizio deve:

Erogare un servizio in linea con gli standard di sicurezza e qualità, nel rispetto delle normative vigenti, delle clausole di contratto e delle indicazioni della ASL.

Formare ed aggiornare il personale addetto alla manipolazione degli alimenti.

OBIETTIVI DELLA RISTORAZIONE SCOLASTICA

Il risultato di una collaborazione ottimale fra questi soggetti è dato dal raggiungimento di alcuni obiettivi particolarmente importanti:

1) OBIETTIVI NUTRIZIONALI prevenzione delle malattie in cui l'alimentazione ha un ruolo di concausa come obesità, diabete mellito, ipertensione, carie dentaria, etc.

2) OBIETTIVI SOCIO-ECONOMICI miglioramento delle scelte ed ottimizzazione dello sfruttamento delle disponibilità e delle risorse economiche della popolazione.

Gli obiettivi nutrizionali da raggiungere sono:

a) Distribuzione razionale ed equilibrata di energia e nutrienti nella giornata.

b) Aumento del consumo dei glicidi complessi fino al 50-55% della assunzione calorica totale e riduzione del consumo di glicidi semplici fino ad un massimo del 12-15% dell'assunzione calorica totale.

c) Assunzione dei lipidi non superiore al 30% con un rapporto fra ac. grassi saturi/ac. grassi insaturi uguale ad uno.

- d) Riduzione dell'assunzione di proteine fino ad un massimo del 13-17% dell'assunzione calorica totale secondo le raccomandazioni dell'O.M.S. e dei L.A.R.N.
- e) Riduzione dell'assunzione di sale.
- f) Mantenimento del peso corporeo nei limiti normali per l'altezza dei bambini ed il conseguimento di un normale accrescimento staturale.
- g) Realizzazione di una ampia varietà di ricette compatibili con le caratteristiche del servizio e le esigenze igienico-sanitarie rispettando le tradizioni alimentari locali, se corrette.

E' importante adottare e raggiungere questi obiettivi sia perché l'infanzia rappresenta l'età più ricettiva e quindi una alimentazione sbagliata può essere più facilmente corretta, sia perché malattie croniche degenerative come obesità, dislipidemie, diabete mellito, etc., in cui l'alimentazione è estremamente importante come concausa, hanno inizio nell'infanzia e pertanto un'azione preventiva in questa fascia di età ha maggiori probabilità di essere efficace.

Basi teoriche per lo sviluppo di tabelle dietetiche

Nelle tabelle dietetiche le calorie previste per il pranzo devono corrispondere a circa il 40% del giornaliero, mentre l'eventuale merenda a circa il 12-15%.

Per la valutazione delle quantità assoluta di energia e nutrienti è consigliato l'uso dei dati forniti dall'ultima edizione dei L.A.R.N.

Sulla base dell'età dei bambini e dei corrispondenti L.A.R.N. si possono operare delle semplificazioni nell'elaborazione delle tabelle dietetiche in modo da facilitare la preparazione e la distribuzione degli alimenti.

Nello specifico si può adottare per le tre fasce d'età della scuola materna e le cinque della scuola elementare le razioni proteiche raccomandate per le rispettive fasce di età maggiori allo scopo di coprire eventualmente i bisogni più alti di queste categorie di bambini. L'apporto calorico è invece calcolato come media fra le fasce di età, secondo la formulazione classica delle raccomandazioni caloriche.

Ciò non comporterà rischio di ipoliperalimentazione se l'assistente scolastica e la famiglia varieranno la porzione secondo l'età del bambino e lo lasceranno libero di decidere la quantità della sua assunzione di cibo, senza forzarlo.

La ripartizione in percentuale dei nutrienti può essere quella consigliata dall'O.M.S., dai L.A.R.N., dall'A.A.P. (American Academy of Pediatrics) ed infine dalla S.I.P. (Società Italiana di Pediatria) e cioè proteine 12-15%, lipidi max 30%, glicidi 55-57%. L'apporto di fibre può essere quello raccomandato dalla American Health Foundation e cioè, per queste fasce d'età, un apporto tra i 10 ed i 15 gr. per giorno.

Clausole tecnico-organizzative

Per problemi tecnici di organizzazione ed igienici il servizio di ristorazione nelle scuole deve attuare alcune limitazioni ed accorgimenti:

- 1) Evitare l'uso di tonno e salumi che possono causare problemi igienico-sanitari.
- 2) L'uso di vegetali ed ortaggi crudi, come pomodori ed insalata, deve essere approvato dalle autorità sanitarie secondo la normativa vigente, altrimenti i contorni devono essere a base di patate, verdure ed ortaggi freschi o surgelati cotti.
- 3) I latticini possono essere utilizzati solo se l'approvvigionamento è giornaliero.
- 4) Il pesce deve essere surgelato e spinato per motivi, oltre che di igiene, anche di sicurezza per la presenza di spine.

5) La frutta deve essere prevista in razione unica uguale per tutte le età.

Per evitare monotonia nei consumi reali, soprattutto a carico dei contorni e della frutta, derivanti da una riferita non disponibilità sul mercato della specie prevista per ciascun giorno, devono essere indicate delle alternative tenendo conto anche della disponibilità stagionale e locale. Nel capitolato d'appalto deve però essere chiaramente stabilito che in ogni settimana devono essere servite almeno quattro specie diverse di contorni e di frutta fresca ed, eventualmente, una specie di frutta sciropata.

Nei capitolati d'appalto devono essere descritte in maniera dettagliata le caratteristiche merceologiche degli alimenti che, a loro volta, devono essere indicati, come prodotti di prima qualità.

Nella gara d'appalto devono essere considerate leggi, n. 488/99 art. 59 punto 4 e legge 157 del 17/3/95 art. 23 comma 1 lettera b) e succ. modificazioni del D.to L.gs n. 65 del 25/2/00.

Devono essere previsti anche controlli a sorpresa sugli alimenti dal punto di vista qualitativo e quantitativo, sulla realizzazione delle ricette, sul prodotto finito, sui locali, sulle attrezzature e sul personale.

Suggerimenti per i casi di rifiuto

In ogni comunità è prevedibile che si riscontri qualche rifiuto per un alimento o una ricetta ed è necessario effettuare dei rilevamenti periodici sui rifiuti e sulle loro motivazioni.

Il rifiuto può essere determinato dall'alimento, dalla ricetta, da caratteristiche organolettiche del prodotto finito o da motivi estranei alla refezione. Quando la percentuale di rifiuti è alta è necessario esaminare il problema ed attuare le misure atte a rimuovere la causa per evitare danni nutrizionali ai bambini ed all'immagine del servizio. Per gli alimenti e le ricette i rifiuti possono essere determinati dalla mancanza di consumo in famiglia o da un condizionamento errato sociale. In questi casi il rifiuto spesso con l'andare del tempo tende a scomparire. Operare l'immediata sostituzione per la preoccupazione di ottenere la massima accettabilità vanifica gli obiettivi sulla varietà della dieta, la copertura dei bisogni, la valutazione economico-fisiologica dell'alimentazione.

Dal momento che l'accettabilità è influenzata anche dall'informazione si consiglia l'esposizione permanente della tabella dietetica nella scuola e la discussione con i bambini ed i genitori sulle sue caratteristiche ed i presupposti teorici.

Esigenze nutrizionali particolari

Per tutte le premesse già esposte, è necessario che anche i soggetti già affetti da patologie tali da richiedere un'alimentazione speciale possano comunque partecipare alla refezione scolastica.

Pertanto le autorità competenti (Dirigenti Scolastici, Servizi Comunali, Pediatri di Base ed ovviamente i genitori dei bambini stessi), contatteranno la U.O. di Igiene della Nutrizione della ASL per elaborare specifici menù secondo le necessità individuali, comprese quelle dei bambini di nazioni diverse con proprie abitudini alimentari.

Ciò non solo nell'ottica generale di una visione moderna dell'uso delle mense scolastiche, ma anche nell'ottica dell'abbattimento delle barriere razziali.

Si allegano modelli di tabelle dietetiche per scuole materne ed elementari organizzate in quattro settimane di cinque giorni, nel rispetto della cultura alimentare pugliese.

CAPITOLO 3

LINEE GUIDA PER LE MENSE AZIENDALI

I nuovi stili di lavoro con sedi lontane, orari continuativi e turni ripartiti nelle 24 ore hanno fatto sì che i pasti consumati in ambiente lavorativo siano diventati parte importante dello stile di vita di un notevole numero di persone. Di conseguenza, si è verificato un passaggio dalla cucina domestica alla ristorazione collettiva tale che il pasto assunto fuori casa non è più un evento sporadico, ma, pressochè

quotidiano per cui ha assunto importanza nel mantenimento dello stato di salute.

La finalità principale di un mensa aziendale è quella di fornire un pasto equilibrato, inserito nell'organizzazione della specifica attività aziendale ed adatto alle necessità dell'utenza.

Il servizio di ristorazione deve pertanto procurare ciò che è necessario in termini di alimenti, cioè offrire un pasto che contenga tutti i nutrienti in proporzioni adeguate.

Nella nostra società tuttavia è raro che l'assunzione di cibo avvenga secondo finalità puramente nutrizionali; l'assunzione di cibo è invece quasi sempre determinata da un complesso di motivazioni che fanno del comportamento alimentare uno degli aspetti di maggior interesse delle scienze psicologiche.

Nella valutazione oggettiva di un pasto, quindi, ciò che importa non è solo la quota calorica, ma anche la varietà degli alimenti affinché l'apporto di nutrienti sia opportunamente bilanciato in forma facilmente utilizzabile dall'organismo per garantire una piena efficienza nell'attività lavorativa.

La compilazione del menù di una mensa aziendale deve assolvere ad una duplice finalità:

1. offrire una varietà di portate tali non solo da soddisfare l'esigenza di scelta dell'utente, ma anche da raggiungere un miglioramento dello stato nutrizionale e delle conoscenze nutrizionali della popolazione.
2. Mantenere i costi di gestione nell'intervallo voluto.

Soggetti interessati alla mensa aziendale

Una buona mensa aziendale nasce dalla collaborazione di più soggetti con finalità e compiti istituzionali molto diversi e cioè:

1. Azienda datrice di lavoro
2. Azienda Sanitaria Locale
3. Commissione Mensa
4. Ditta Appaltatrice del servizio (se presente)

Compiti e responsabilità dei soggetti interessati

1. Azienda datrice di lavoro:

Istituzione del servizio di mensa.

Allestimento dei locali adeguati al servizio stesso.

Controllo su qualità e quantità degli alimenti e dei prodotti finiti in cooperazione con gli altri soggetti.

Compilazione e controllo delle clausole dei capitolati d'appalto in caso di affidamento di gestione a ditta esterna.

Vigilanza sul rispetto delle norme vigenti anche in materia di sicurezza.

Pianificazione del costo e del prezzo del pasto.

2. ASL

Compiti della ASL nelle sue U.O. di Igiene della Nutrizione e di Igiene degli Alimenti afferenti al SIAN sono:

U.O. di Igiene degli Alimenti:

Autorizzazioni sanitarie e controllo per strutture, attrezzature e personale addetto secondo le normative vigenti.

Controllo igienico-sanitario generale sugli alimenti e sui prodotti finiti nei vari step.

Gestione di problemi di tossinfezione alimentari in ambito aziendale.

Controllo di eventuali problemi di igiene degli alimenti correlati allo specifico indirizzo aziendale.

U.O. di Igiene della Nutrizione:

Formulazione degli obiettivi nutrizionali generici di popolazione o specifici per lavoratori a specifico rischio.

Predisposizione di tabelle dietetiche adeguate alle prescrizioni degli ultimi LARN .

Valutazione delle certificazioni mediche di soggetti con problemi nutrizionali e preparazione di menù specifici adeguati.

Preparazione di menù speciali per lavoratori appartenenti a religioni con prescrizioni alimentari particolari.

Sorveglianza nutrizionale con indagini epidemiologiche sui consumi e lo stato di salute dei lavoratori in generale e specifica per lavoratori a specifico rischio.

Interventi sui lavoratori per migliorarne le conoscenze e le abitudini alimentari.

Controllo su qualità e quantità degli alimenti e dei prodotti finiti in cooperazione con gli altri soggetti.

Informazione e collaborazione con i medici di base ed i medici del lavoro.

3. Commissione Mensa.

La commissione mensa è formata da rappresentanti dei lavoratori e dei rappresentanti aziendali ed i suoi compiti sono:

Collegamento fra lavoratori, ASL, Azienda e Ditta fornitrice del Servizio, ove presente, per: collaborazione per le condivisioni e il raggiungimento degli Obiettivi Nutrizionali.

monitoraggio accettabilità ed appetibilità del pasto;

variazioni del menu aziendale in cooperazione con gli altri soggetti.

Valutazioni delle istanze provenienti dall'utenza.

4. Ditta appaltatrice.

La ditta appaltatrice del servizio deve:

Erogare un servizio in linea con gli standard di sicurezza e qualità, nel rispetto delle normative vigenti, delle clausole di contratto e delle indicazioni della ASL.

Formare ed aggiornare il personale addetto alla preparazione degli alimenti.

Obiettivi della ristorazione aziendale

Per soddisfare le regole di una corretta nutrizione e le aspettative dell'utente gli alimenti che una mensa aziendale offre devono avere le seguenti caratteristiche:

1. adeguatezza alle esigenze della collettività;

2. equilibrio secondo i LARN del contenuto energetico e di nutrienti;

3. appetibilità;

4. variabilità (rispetto del ciclo stagionale);

5. rispetto delle diversità di gusto (scelta);

6. flessibilità a particolari situazioni (turni di lavoro, intolleranze ed allergie alimentari, diversità culturali e religiose).

Quindi, occorre dare massima attenzione ai gusti, tradizioni e culture locali, se corrette, per minimizzare l'effetto negativo del consumo di cibo ripetuto in ambiente non familiare.

Si deve comunque tenere presente che un servizio di ristorazione di una collettività non può proporre una eccessiva, squilibrata o comunque erronea offerta di alimenti, sia pure per assecondare certe convinzioni sull'alimentazione frutto di una non corretta informazione.

Basi teoriche per lo sviluppo delle tabelle dietetiche

Nelle tabelle dietetiche le calorie previste per il pranzo devono corrispondere a circa il 40% del totale giornaliero, e cioè circa 1050-1200 kcal. per gli uomini e circa 750-850 kcal. per la donna, nel caso di lavoro di tipo moderato. Per la valutazione delle quantità assoluta di energia e nutrienti in condizioni di lavoro particolare è consigliato l'uso dei dati forniti dall'ultima edizione dei L.A.R.N

La ripartizione in percentuale dei nutrienti è quella consigliata dalla Società Italiana di Nutrizione Umana

e cioè proteine 10-15%, lipidi max30%, glicidi 55-60%. L'apporto di fibre può essere quello raccomandato dalla American Health Foundation e cioè, un apporto tra i 25 ed i 30 gr. per giorno.

Nei capitolati d'appalto devono essere riportate in modo dettagliato le caratteristiche merceologiche degli alimenti che, a loro volta, devono essere indicati come di prima qualità. Devono essere previsti anche controlli delle parti interessate sugli alimenti dal punto di vista qualitativo e quantitativo, sulla realizzazione delle ricette, sul prodotto finito, sui locali, sulle attrezzature e sul personale.

Formulazioni di servizio

La formula più frequente di mensa aziendale è quella del self-service.

La formula self-service, che affida al consumatore la scelta degli alimenti, gratificandolo da un punto di vista psicologico, non utilizza la possibilità di dare informazioni a quest'ultimo su come comporre un pasto equilibrato. Nello sviluppo della mensa aziendale quindi due momenti sono di particolare importanza: quello della scelta degli alimenti da parte dell'Azienda in collaborazione con la ASL e la Ditta e quello della scelta delle pietanze da parte del consumatore.

La ASL deve, pertanto, in accordo con le altre parti, estendere la sua funzione sociale anche all'educazione alimentare. Al consumatore-lavoratore deve essere garantito il diritto di essere arbitro dei propri gusti, nel rispetto però delle regole dietetiche e delle capacità digestive. La ASL ed in particolare la U.O. di Igiene della Nutrizione dei SIAN, deve informare gli utenti le strategie di selezione degli alimenti, per conseguire un corretto stile alimentare che consenta il raggiungimento di un buon stato nutrizionale.

Anche le tecniche di cottura e di trasformazione degli alimenti devono essere oggetto di una particolare divulgazione finalizzata alla riduzione dell'utilizzo di frittore e di sughi elaborati, sostituiti con altre tecniche di cottura più semplici.

Le ricette per la preparazione dei piatti devono seguire l'evoluzione consentita dalle più recenti acquisizioni in campo tecnologico in modo tale che il servizio di ristorazione di una collettività diventi più simile ad una cucina domestica che ad una gastronomia.

CAPITOLO 4

LINEE GUIDA PER L'ALIMENTAZIONE DELL'ANZIANO

Gli ultrasessantacinquenni che erano il 6% della popolazione all'inizio di questo secolo, sono progressivamente aumentati raggiungendo il 20% nel 2000.

L'invecchiamento è un processo evolutivo che comporta il raggiungimento di un nuovo equilibrio e il mantenimento dell'autonomia funzionale e quindi, di per sé, non può essere considerato una malattia. L'anziano sano e fisicamente attivo non ha motivo di cambiare le sue abitudini alimentari, ma solo di adeguarle quantitativa mente alle ridotte richieste di base. Soltanto la forzata sedentarietà o la lesione anatomica o funzionale di singoli organi richiedono degli accorgimenti dietetico- qualitativi, nel maggior rispetto possibile dell'individualità e dei gusti del soggetto.

La malnutrizione è piuttosto frequente per cause soprattutto psicosociali nei soggetti anziani, ed in particolare nei soggetti anziani "fragili"¹ ed in quelli istituzionalizzati. Ciò è dovuto a fattori di rischio fra cui in particolare bisogna ricordare quelli:

Economici;

Psicologici (soprattutto la depressione);

Solitudine (specie lo stato di vedovanza maschile);

Fattori patologici (edentulia, gastropatia iposecretiva);

Fattori nutritivo-metabolici (difficoltà a mangiare la carne e metabolismo negativo del calcio);

Trattamenti farmacologici;

Alcool.

Tali fattori danno origine ad una malnutrizione che può essere per difetto o per eccesso o riguardare

alcuni nutrienti. Ad esempio può interessare le proteine e il ferro (la carne è spesso poco consumata dagli anziani perché difficile da masticare o perché troppo cara) e le vitamine (l'anziano consuma frequentemente cibi conservati o riscalda più volte lo stesso piatto). Offrire una alimentazione equilibrata all'anziano significa quindi considerare questi fattori di rischio spesso trascurati ed intervenire lì dove è possibile.

PRESUPPOSTI TEORICI DELL'ALIMENTAZIONE DELL'ANZIANO

Fabbisogno energetico

Le notevoli variazioni intra-individuali esistenti tra gli anziani rendono poco utilizzabili gli standard che tengono conto solo dell'età, del sesso e dei parametri antropometrici. La presenza di pato-

1 In Geriatria la Fragilità è intesa come riduzione delle riserve funzionali contro eventi stressogeni (perdita di un familiare, malattia, etc.).

logie croniche e l'eventuale disabilità, l'interazione con farmaci, l'uso di alcool, il livello di attività fisica, la situazione socio-economica e familiare sono alcune delle condizioni che modificano i fabbisogni nutrizionali dell'anziano.

Le diminuite necessità energetiche dell'anziano hanno come causa predominante la sedentarietà o la forzata limitazione del movimento a cui gli anziani possono essere costretti da molteplici patologie, oltre alla riduzione del metabolismo basale. Il mantenimento dell'equilibrio ponderale, rappresenta un traguardo sempre consigliabile, ma con il trascorrere degli anni una modica eccedenza di peso può essere tollerata purché non coesistono situazioni patologiche che richiedano obbligatoriamente la riduzione dell'eccesso ponderale, come l'ipertensione, il diabete non insulino-dipendente in soggetti obesi, le iperlipidemie ecc.

Fabbisogno di nutrienti

Il fabbisogno proteico degli anziani è analogo a quello dell'adulto (0.8-1 g./Kg peso corporeo).

L'aliquota di calorie da lipidi non dovrebbe superare il 30% delle calorie totali giornaliere con netta prevalenza degli acidi grassi monoinsaturi e polinsaturi.

Frazionando adeguatamente i pasti si può aumentare la capacità digestiva che in molti casi è ridotta dalla precaria dentatura, dall'ipocloridria, deficienza del fattore intrinseco, arteriosclerosi dei vasi intestinali e minor disponibilità dei succhi enterici.

La quota dei carboidrati deve essere del 50-60% delle calorie totali giornaliere. La capacità di digestione e di assorbimento degli zuccheri non sono sostanzialmente compromesse dall'invecchiamento, ma si assiste, con l'avanzare dell'età, ad una progressiva riduzione della tolleranza dei carboidrati semplici. Per questo sarà opportuno mantenere l'aliquota giornaliera di zuccheri semplici al di sotto del 15% delle calorie totali.

Acqua, sali minerali e vitamine

Uno dei lati da tenere sotto controllo è l'apporto idrico negli anziani, tenendo conto del loro frequente ricorso ai diuretici e della diminuzione dell'intensità negli anziani del segnale della sete, in risposta alla disidratazione.

Le carenze vitaminico-minerali che più frequentemente si sono riscontrate negli anziani riguardano la vitamina A e C, l'acido folico, il ferro ed il calcio, dovute spesso ed errori alimentari, da mancanza di varietà dei cibi, da limitazioni dovute a protesi inadatte, da tecniche di cottura incongrue. Frequente negli anziani è l'osteoporosi, per cui il livello di assunzione di calcio dovrà essere superiore a quello dell'adulto (1000 mg./die).

Raccomandazioni:

- Adeguare l'apporto energetico all'attività fisica, in modo da mantenere il peso ottimale;
- Variare quanto più possibile l'alimentazione, scegliendo i cibi anche sulla base delle capacità di masticazione;
- Consumare preferibilmente cibi che contengono proteine ad elevato valore biologico per soddisfare il fabbisogno proteico (carne magra, latte e uova), assumendo con moderazione quelli ricchi di acidi grassi saturi (formaggi, insaccati e carni grasse);
- Preferire i grassi di origine vegetale, come l'olio di oliva, a quelli di origine animale (burro, lardo e strutto);
- Consumare adeguate quantità di alimenti ricchi in carboidrati complessi (pasta, pane, legumi) e fibra, limitando la quantità di zucchero e dolci;
- Limitare il consumo di sale e di bevande alcoliche, preferendo quelle a basso tenore alcolico quali vino e birra, al momento dei pasti.

L'ALIMENTAZIONE IN CASA DI RIPOSO

L'alimentazione dell'anziano ospite di una casa di riposo deve essere intesa non solo come apporto di energia e nutrienti, ma anche come fatto culturale e sociale. Il momento del pasto raccoglie in sé significati di relazione con le persone (familiari e amici), di gratificazione e di festa. Questi aspetti sono, soprattutto nell'anziano, strettamente collegati a quelli più propriamente nutrizionali ed assumono grande importanza nei confronti della salute considerata in senso globale come benessere somatico, psichico e relazionale.

La solitudine, al contrario, influenza negativamente la nutrizione, facilitando ad esempio l'insorgenza di inappetenza e quindi della malnutrizione, e riduce gli stimoli ambientali accelerando e amplificando così i normali fenomeni dell'invecchiamento.

Non a caso la malnutrizione è più frequente nelle case di riposo, dove l'anziano è con più facilità ammalato, la depressione e l'inappetenza più diffuse ed, in genere, la qualità dell'alimentazione più scadente.

In una casa di riposo il momento del pasto è una delle occasioni per rendere l'istituto più simile ad una vera casa. Per questo il cibo dovrebbe essere servito in un ambiente accogliente e confortevole e non ricordare un ospedale.

Alcune attenzioni come permettere agli anziani di cucinare autonomamente alcuni cibi nella sala da pranzo (uova, spremute, frullati, caffè, the, etc.), e lasciare liberi gli ospiti di invitare a pranzo in alcuni giorni i propri familiari, migliorano il tono dell'umore, riducono il rischio di malnutrizione ed inappetenza, stimolano l'attività dell'anziano.

Il menù deve essere articolato in periodi di un mese e offrire la possibilità di scegliere tra due piatti diversi per pasto. Questo per lasciare all'anziano un minimo di indipendenza alimentare e ridurre il rischio di monotonia e quindi di carenze nutrizionali.

Il pasto dovrebbe essere in funzione delle necessità degli ospiti e non delle esigenze organizzative dell'istituto. Il numero dei pasti dovrebbe essere di 3, con la possibilità di uno spuntino, eventualmente autogestito e l'orario il più possibile simile a quello abituale.

Il menù deve essere vario, sia per incontrare i gusti degli anziani, che per assicurare un adeguato apporto di nutrienti. Deve essere prevista, inoltre, la possibilità di menù speciali per situazioni particolari, come il diabete, l'ipertensione arteriosa, l'insufficienza renale o la dialisi, anche se il regime alimentare deve considerare dei traguardi realistici e non essere troppo rigido.

Nei soggetti sedentari o allettati, con limitato apporto energetico, va attentamente valutata l'introduzione di specifici nutrienti come minerali e vitamine, ed eventualmente somministrati supplementi.

Il consumo dei cibi voluttuari, come una moderata quantità di vino, caffè, the, dolci, non va proibito

se non secondo precisa indicazione del medico curante.

CAPITOLO 5

LINEE GUIDA PER LA RISTORAZIONE OSPEDALIERA

La ristorazione ospedaliera un tempo consisteva nel confezionamento di pasti per particolari esigenze dietetiche (diete liquide, semiliquide, iposodiche, ecc.), successivamente e di pari passo con l'evolversi della dietetica e della nutrizione clinica si è andati verso una impostazione di tipo dietoterapico di più ampia applicazione.

La necessità di rivedere il ruolo della nutrizione anche in ambito ospedaliero è ormai riconosciuta a seguito delle evidenze emerse con alcuni studi sulla malnutrizione in pazienti ospedalizzati. In importanti studi su pazienti chirurgici attestano percentuali di malnutrizione calorico proteica tra il 17 ed il 40%, mentre i su pazienti medici danno percentuali del 29-40%.

Nelle strutture ospedaliere dove è sottovalutato il monitoraggio dello stato nutrizionale dei pazienti, è frequente il riscontro di un protrarsi dei tempi di degenza, un aumento dei costi aziendali, oltre ad un peggioramento del paziente che manifesta una diminuita risposta immunitaria ed una ridotta efficacia della risposta alla terapia medica.

NORMATIVA

Le competenze per gli aspetti nutrizionali ed educativi in ambito ospedaliero sono proprie dei Servizi dietetici ospedalieri previsti dal D.P.R. 128/69 e degli Uffici di dietetica previsti presso ogni direzione sanitaria dal Regolamento di organizzazione delle AUSL ai sensi dell'art. 14 della L. R. 36/94 (B.U.R.P. n. 98 del 13/9/96), ove non sia già presente un servizio di dietetica inoltre, nella compilazione delle tabelle dietetiche vanno considerate le disposizioni contenute nelle leggi n.488/99 art. 59 punto 4 e n. 157 del 17/3/95 art. 23 comma 1 lettera b e successive modificazioni del D.Lgs. n. 65 del 25/2/00.

OBIETTIVI

Dall'osservazione della situazione attuale sulla ristorazione ospedaliera emerge:

Un rapido espandersi del ricorso all'appalto dei servizi di ristorazione ospedaliera.

Un maggior controllo sul livello di qualità e sicurezza dei servizi stessi.

La necessità di razionalizzare le spese.

Un maggior attenzione per l'aspetto igienico ed, in presenza di appalto, per il rispetto del capitolato.

L'obiettivo della ristorazione ospedaliera è fornire prodotti conformi alle prescrizioni tecniche legislative (requisiti igienico sanitari), alle disposizioni dietetiche, alle caratteristiche sensoriali (aspetti organolettici), alla prenotazione dell'utente.

Pur essendo aspetti di grande importanza questo Assessorato intende rimarcare l'importanza del ruolo clinico - terapeutico nonché educativo della ristorazione ospedaliera finalizzata al recupero dello stato di salute.

Infatti, in ospedale esistono due ambiti di intervento nutrizionale:

la diffusione di modelli e di indirizzi nutrizionali per l'uomo sano e malato, coerenti con le nuove acquisizioni nutrizionali.

Identificazione delle condizioni che richiedono nutrizione specializzata e personalizzata.

Scopo delle linee guida regionali sulla ristorazione ospedaliera è di dare degli indirizzi nutrizionali, rimandando per le competenze igienico - organizzative alle linee guida regionali per l'applicazione del

DLgs 155/97 concernente l'igiene dei prodotti alimentari (B.U.R.P. n. 74 del 23/6/2000)

Per il degente è fondamentale garantire:

1. il mantenimento e/o raggiungimento di uno stato di nutrizione adeguato alle sue condizioni fisiologiche, cliniche ed alla sua età;
2. l'educazione nutrizionale e l'acquisizione di conoscenze da poter poi applicare al proprio domicilio.

1 - IL MANTENIMENTO E/O RAGGIUNGIMENTO DI UNO STATO DI NUTRIZIONE ADEGUATO ALLE SUE CONDIZIONI FISILOGICHE, CLINICHE ED ALLA ETÀ DEL DEGENTE

La risposta a queste esigenze va ricercata nella predisposizione di un Dietetico ospedaliero con schemi dietetici per il vitto comune, e per le diete specifiche per patologia a cura dell'Ufficio di dietetica o del Servizio di dietologia.

Il Dietetico è una raccolta di diete, utile strumento per l'applicazione della dietoterapia e per la pianificazione del servizio. Deve essere di facile lettura e consultazione per tutti gli operatori sanitari (medici, dietisti, infermieri, capo-sala) al fine di fornire una immediata risposta per l'applicazione della dietoterapia.

E' utile codificare le diete speciali non con la dicitura della patologia, ma indicando le principali caratteristiche nutrizionali. In tal caso si possono coprire più stati clinici con una medesima dieta.

Ogni schema del Dietetico deve riportare:

il tipo di dieta (es: normocalorica, iposodica, ipoproteica, ecc.)

l'indicazione terapeutica (es: per diabete, ipertrigliceridemia)

la composizione (kcalorie, proteine, lipidi, glucidi, fibra, colesterolo, calcio, fosforo, sodio potassio)

un esempio di menù giornaliero con sostituzioni

Il Dietetico deve comprendere schemi per le principali patologie:

diabete (ad apporto calorico scalare; per paziente con e senza terapia insulinica)

obesità (ad apporto calorico scalare)

dislipidemie

insufficienza renale cronica (a contenuto proteico scalare; vegetariana con integrazione di chetoanaloghi)

nefropatia diabetica (ad apporto proteico scalare)

sindrome nefrosica

emodialisi

calcolosi calcica

calcolosi uratica

epatopatie (normoproteica, ipoproteica; per encefalopatia epatica)

cirrosi scompensata e diabete

pancreatite

gastroresecati

celiachia

fibrosi cistica

laringectornizzati

Inoltre devono essere riportati schemi utilizzabili in soggetti affetti da vari tipi di patologie:

- Normocalorica (per adulti, età evolutiva, età geriatria, gravidanza)
- Ad alto residuo
- A basso residuo
- A basso residuo ipercalorica

- Semiliquida
- Liquida
- Per l'alimentazione

Per il razionale da seguire nella predisposizione degli schemi del Dietetico ospedaliero si consiglia di seguire le indicazioni riportate nelle "Linee guida per la realizzazione di un prontuario dietetico ospedaliero unificato" di Valeria del Balzo e Rosanna Godi - CIC Edizioni Internazionali 1999.

Attraverso il menù ospedaliero si devono proporre modelli di alimentazione equilibrata, capaci di rispondere a gusti e tradizioni locali, in coerenza con la stagionalità dei prodotti. La struttura del menù prevede una versione estiva ed una invernale.

L'elaborazione del menù deve considerare le esigenze nutrizionali e dietoterapiche degli schemi previsti dal dietetico ospedaliero, nonché i problemi organizzativi del servizio di cucina o della ditta di ristorazione (es: evitare contemporaneo utilizzo di attrezzature per diverse preparazioni).

Al menù è necessario allegare le ricette da redigere in collaborazione con i cuochi che dovranno comprendere le tecniche di confezionamento, gli ingredienti, la composizione bromatologica.

2 - EDUCAZIONE NUTRIZIONALE

Le conoscenze nutrizionali acquisibili durante la degenza sono importanti così come l'iniziare a sperimentare durante il ricovero il trattamento dietetico, nonché il poterne discutere con il dietista.

Questo primo approccio con la dietoterapia permette una migliore compliance del paziente a domicilio.

I servizi dietetici ospedalieri hanno lo scopo di studiare ed individuare le esigenze nutrizionali del degente e stabilire regimi nutrizionali adeguati in modo tale che il nuovo modello alimentare sia parte integrante della terapia, ma diventi anche uno stile di vita.

QUALITA'

Gli obiettivi per un buon programma di qualità per la ristorazione ospedaliera sono:

Abbattimento dei rischi per la salute.

Garanzia dell'idoneità igienico sanitaria di infrastrutture e fasi di lavorazione.

Integrazione e collaborazione con il Servizio di dietologia per la corretta applicazione del dietetico e del menù.

Rilevazione dei dati antropometrici obbligatori (peso, altezza).

Rispetto delle prescrizioni di diete comuni e speciali per grammatura e qualità.

Valorizzazione delle qualità organolettiche del cibo.

Fornitura sistematica di posate, bicchieri, tovaglioli.

Offerta di un menù variabile su almeno 4 settimane per le diete comuni con variazioni stagionali, rispettando le abitudini locali e bisogni etnici, con possibilità di scelta per i singoli piatti ed affissione del Menù nel Reparto.

Distribuzione pranzo prima delle 12,30 e cena prima delle 19.

Elevato standard di qualità percepita dal degente circa le caratteristiche organolettiche, efficienza del servizio, rispetto delle prenotazioni.

Raccolta sistematica dei dati relativi al servizio offerto per l'individuazione delle cause di eventuali disservizi.

Formazione ed aggiornamento periodico del personale.

CAPITOLO 6

LINEE GUIDA PER LA PROMOZIONE DELL'ATTIVITA' FISICA

La preoccupante diffusione del sovrappeso e dell'obesità nella nostra società è in parte attribuibile al fatto che la vita moderna promuove stili di vita estremamente sedentari, con livelli assai ridotti di attività fisica.

Per esempio passare molte ore di fronte al televisore predispone all'obesità. In Italia il bambino trascorre mediamente, già all'età di 6 anni, quasi due ore al giorno di fronte alla televisione, trascurando giochi che lo impegnino fisicamente.

Solo una trascurabile proporzione dei bambini e dei ragazzi esplica regolarmente attività sportiva. Non stupisce, quindi che quote crescenti della popolazione infantile italiana siano in sovrappeso o francamente obese.

L'esercizio fisico inserito nelle proprie abitudini quotidiane ed associato ad una equilibrata alimentazione, riveste una notevole importanza per la prevenzione di patologie cardiovascolari, obesità, osteoarticolari ed è indispensabile per la riabilitazione di patologie respiratorie e neurologiche.

L'attività fisica assume importanza sociale in quanto contribuisce a convogliare le forze sane dei giovani verso situazioni migliori ed adeguato impegno delle energie, distogliendole da abitudini ed atteggiamenti devianti, quali quelli rappresentati dal fumo e dalle droghe. Inoltre, l'attività fisica in generale e sportiva in particolare rappresenta un momento importante del processo formativo dei giovani che superano l'emarginazione ed il disagio, attraverso attività costruttive di gruppo, nelle quali rispettano i ruoli, accettano le regole e valutano le proprie capacità in funzione di mete comuni. L'attività sportiva in tutte le sue manifestazioni, rappresenta uno dei mezzi per la formazione globale della persona, sviluppando processi di socializzazione, valutazione ed autostima.

L'attività fisica, inoltre, può essere effettuata ai livelli adeguati a tutte le età, in condizioni patologiche e nei portatori di handicap fisici. Il mantenimento di una vita fisicamente attiva anche in tarda età è importante, sia per ridurre e ritardare l'atrofia delle masse muscolari ed ossee, che per aumentare i fabbisogni energetici e, di conseguenza, permettere anche una maggiore assunzione calorica.

In tal modo si creano le giuste condizioni per soddisfare i fabbisogni di vitamine e minerali. In particolare negli anziani la possibilità di sentirsi impegnati in una attività fisica costituisce motivo di stimolo a non trascurare il proprio benessere fisico e contemporaneamente, facilitando i contatti sociali e gli interessi, contribuisce a mantenere un adeguato equilibrio psichico, riducendo l'isolamento e l'emarginazione.

Pertanto, il conseguimento dell'obiettivo individuato a questo proposito dal P.S.N. e dal P.S.R. è quello di incrementare nei giovani e negli anziani il tempo dedicato all'attività fisica del 10% con lo scopo di migliorare le abitudini e i comportamenti verso un migliore stile di vita della popolazione generale.

Per stile di vita fisicamente attivo, idoneo a prevenire l'obesità e gli altri rischi per la salute, si deve intendere innanzitutto un tipo di comportamento che dia la preferenza, nell'espletamento delle attività quotidiane, all'uso dei propri muscoli piuttosto che all'uso di macchine

Ad es., ogni qualvolta è possibile, camminare invece di usare l'auto, salire e scendere le scale, piuttosto che servirsi dell'ascensore, e così via.

OBIETTIVI DELLE LINEE-GUIDA

Intervenire sulla popolazione generale ed in particolare su quella scolastica (i giovani anche se più attivi degli adulti con l'aumentare dell'età tendono ad essere sedentari) con programmi che promuovono la pratica costante dell'attività fisica.

Combattere la sedentarietà per la riduzione di malattia e per il raggiungimento di uno stile di vita migliore.

La promozione dell'incremento dell'attività fisica si può ottenere con

INFORMAZIONE

1. Coinvolgimento dei mass-media locali (TV-Radio-Giornali), mediante spot televisivi, interviste e servizi su manifestazioni sportive ed interesse generale e locale.
2. Preparazione di materiale divulgativo sui benefici dell'attività fisica sulla salute, da parte degli Enti Locali interessati (ASL - COMUNE - PROVINCIA).
3. Diffusione di materiale divulgativo sui benefici dell'attività fisica da parte dei medici di base (generici e pediatri) e medici scolastici.

PROMOZIONE DA PARTE DEGLI ENTI E STRUTTURE

Le AA.UU.SS.LL. e le Direzioni scolastiche dei plessi situati nel territorio di pertinenza, in collaborazione con i provveditorati, in forza anche alle disposizioni contenute nel D.M. 133/96 e successivo DPR 567/96, che stabiliscono l'importanza di una scuola aperta al territorio, nonché l'attivazione di iniziative nelle quali le risorse del territorio, possono diventare risorse per i giovani, al fine di una continuità tra scuola ed extrascuola devono:

verificare l'effettiva presenza ed efficienza nelle scuole elementari e medie, di palestre, dove effettuare attività fisica.

Dedicare l'orario all'educazione fisica possibilmente all'inizio o al termine della giornata scolastica in modo da renderlo congruo ad un programma esauriente di attività fisica.

Promuovere tornei sportivi interscolastici.

Organizzare cicli di conferenze sullo sport da parte di personaggi sportivi locali (Opinion Leader) da tenere a studenti e genitori.

Coinvolgere Società Sportive locali per lo svolgimento di corsi di base a scopo conoscitivo per le diverse attività sportive. In particolare possono essere interessati enti o associazioni che promuovono quelle attività più consone al territorio, alla popolazione ed alle tradizioni ed alla cultura locale (ad es. sport nautici, quali nuoto, vela, subacquea in località marine ; bicicletta o marcia in località pianeggianti o collinose),

INCENTIVAZIONE

1. Costituzione nelle AA.UU.SS.LL., al fine di monitorare e verificare i risultati nel tempo, di punti di riferimento collegati con l'Osservatorio Epidemiologico Regionale (OER) per il rilievo di dati epidemiologici inerenti la pratica sportiva nella popolazione con riguardo anche alle patologie ed alle terapie, in modo da individuare e programmare l'attività fisica più utile al singolo utente.
2. Apertura di tutti gli impianti pubblici e le palestre scolastiche con orari compatibili alle esigenze lavorative al fine di ottenere la piena fruibilità da parte dell'utenza.
3. Accesso agli impianti a tariffe sociali per periodi promozionali o in orari particolari.
4. Consulti e controlli medici specialistici (medicina sportiva, cardiologia, pneumologia, ortopedia) a tariffe sociali presso centri pubblici preventivamente autorizzati.

5. Programmi di attività fisica riferite alle persone anziane.

LE BUONE RAGIONI PER FARE ATTIVITA' FISICA:

Un'attività fisica moderata (es. 20 minuti di passeggiata di buon passo al giorno per 5 giorni alla settimana) riduce il rischio di infarto del 50%.

L'attività fisica regolare (30 min. di bicicletta o cyclette o jogging o camminata svolte 3 volte o più alla settimana) riduce la pressione arteriosa di circa 5 mm a passo di Hg nella popolazione generale, con riduzione più marcata negli ipertesi.

La corsa e l'esercizio con i pesi aumenta la densità della massa ossea, con dei meccanismi che a tutt'oggi non sono chiari, e, se praticati sin dalla giovane età, potrebbero rappresentare un fattore protettivo per lo sviluppo dell'osteoporosi in fasi successive della vita.

Tra le patologie emergenti nei Paesi industrializzati, soprattutto nelle giovani donne, una particolare attenzione merita l'anoressia. Sono risultate per questo problema a basso rischio le adolescenti che scelgono di controllare il peso praticando attività sportiva a differenza di quelle che cercano di farlo con misure dietetiche restrittive.

CAPITOLO 7

DIFFUSIONE - IMPLEMENTAZIONE - VALUTAZIONE DEL LAVORO E DELL'IMPATTO - AGGIORNAMENTO

PER LE LINEE GUIDA SULL'EDUCAZIONE ALIMENTARE, RISTORAZIONE COLLETTIVA, ATTIVITA' FISICA

Per agevolare gli operatori nell'applicazione delle linee guida nonché per poter valutare eventuali modifiche da apportare nel prossimo aggiornamento saranno avviate le seguenti strategie.

DIFFUSIONE delle linee guida

- Disseminazione diretta agli operatori con materiale informativo
- Interventi diretti sull'operatività e struttura delle diverse organizzazioni
- Incontri formativi con valutazione dei risultati
- Incentivazioni professionali a seguito di verifica delle attività e dell'adesione alle linee guida.

IMPLEMENTAZIONE

Al fine di fornire indicazioni relative all'applicazione delle Linee Guida e per poter superare ostacoli di carattere culturale ed organizzativo verranno avviate le seguenti strategie:

- Quantificazione e valutazione delle prestazioni ed attività erogate;
- Formazione degli operatori per l'applicazione delle Linee Guida con l'accREDITAMENTO E.C.M. dei corsi presso il Ministero della Sanità.

VALUTAZIONE DEL LAVORO E DELL'IMPATTO delle Linee Guida

Si procederà, con il Gruppo di lavoro dell'Assessorato alla Sanità, alla valutazione dell'effettiva capacità della linea guida di modificare i comportamenti negli operatori, puntando sui seguenti aspetti:

- Come sono state tradotte in percorsi operativi.
- Modalità di coinvolgimento delle varie figure professionali interessate.

Problemi organizzativi incontrati e come sono stati risolti.

Percezione degli operatori, amministratori ed utenti relativamente all'utilità e accettabilità delle linee guida, in rapporto alla capacità di essere elemento facilitante delle loro funzioni.

Fattori che hanno favorito o ostacolato l'implementazione.

Effettivo raggiungimento del target di popolazione.

Modifica delle attitudini e dei modi di pensare rispetto all'argomento delle linee guida.

Percezione dell'importanza e rilevanza dei cambiamenti raccomandati.

Cambiamenti degli stili in pratica riscontrati.

Valutazione in termini di risultato finale ottenuto.

Verifica dell'efficacia dell'applicazione e del miglioramento degli indici di prestazione.

AGGIORNAMENTO PERIODICO

Si prevede la revisione delle linee guida ogni tre anni.

CAPITOLO 8

FORMAZIONE DEGLI OPERATORI SANITARI

La formazione non si realizza solo con l'acquisizione di nuove conoscenze, ma anche ampliando la capacità di usare, nel reale contesto di lavoro, i modelli e le conoscenze già acquisiti. Gli operatori sanitari possono con gli anni accumulare molta esperienza, ma questa non sempre porta ad una crescita e sviluppo delle conoscenze operative, portando piuttosto a consolidare i propri modelli di intervento, che si ripetono sempre uguali negli anni. E' necessario utilizzare l'apprendimento dall'esperienza come momento di distacco e riflessione sul proprio modo di lavorare, di concepire i problemi, sui modelli di intervento utilizzati ed i risultati ottenuti.

I gruppi di apprendimento sono lo strumento e la forma più efficace per svolgere questo tipo di esperienza formativa, perché utilizzano il confronto reciproco per ampliare le conoscenze e ridefinire le personali convinzioni e modelli di lavoro.

Considerando la metodologia innovativa per le strutture sanitarie pugliesi, introdotta con le presenti linee guida, ed al fine di darne massima diffusione ed implementazione, il gruppo di lavoro dell'Assessorato Regionale alla Sanità curerà gli aspetti formativi degli operatori sanitari avvalendosi qualora necessario di esperti in materie pertinenti.

Le competenze di chi promuove interventi educativi sono di tipo:

sapere).

saper fare).

saper essere).

Per formare gli operatori da un punto di vista metodologico e relazionale saranno intraprese iniziative di formazione basate sull'apprendimento attivo.

FORMAZIONE METODOLOGICA

Per la progettazione degli interventi educativi è necessaria una formazione su tre livelli:

I LIVELLO Acquisire la capacità di definire in sequenza logico-temporale le fasi di costruzione di un progetto educativo (si individuano le varie fasi per ottenere una visione di insieme del progetto, valutarne la fattibilità, individuare risorse e vincoli).

II LIVELLO Acquisire la capacità di mettere a punto un progetto educativo mirato ad un problema preciso (mira alla costruzione di progetti pertinenti agli obiettivi, mediante studio di contenuti, metodi e mezzi più adeguati).

III LIVELLO Acquisire la capacità di progettare, condurre e valutare un intervento educativo.

FORMAZIONE RELAZIONALE

Aspetti fondamentali della comunicazione sono:

- rapporto con gli utenti
- ostacoli alla comunicazione
- superamento delle barriere determinate dal linguaggio
- comunicazione non verbale
- ascolto
- supporto alle persone a parlare
- acquisizione delle capacità di presentare il problema

Dinamiche di gruppo

- acquisizione delle capacità di condurre la sessione di lavoro
- far funzionare il gruppo
- tecniche di discussione
- come affrontare le difficoltà
- acquisizione della capacità di porre domande
- acquisire capacità di far risolvere problemi
- didattica a piccoli gruppi

Strategie per aiutare le persone a fare scelte di salute (per aumentare la consapevolezza, per prendere decisioni, per modificare il comportamento).

FORMAZIONE PER LA CONDUZIONE DEGLI INTERVENTI SULLA POPOLAZIONE OBESA

Contenuti del programma:

- Abilità nelle tecniche di comunicazione terapeutica
- Formazione al lavoro interdisciplinare e di equipe
- Dinamiche di gruppo
- Terapia comportamentale
- Il diario alimentare
- La teoria del set point
- Weight cycling syndrome
- Calcolo del peso ragionevole
- I benefici dell'attività fisica, programmi per attuarla
- Fame biologica, fame nervosa
- Aspetti psicobiologici dell'alimentazione (la cascata della sazietà, il potere saziante degli alimenti, il paradosso dei grassi, i dolcificanti)
- Valutazione delle porzioni di alimenti
- Alimentazione bilanciata
- Controllo degli stimoli antecedenti, contingenti, conseguenti l'atto del mangiare
- Strategie per prevenire le ricadute

FORMAZIONE PER GLI INTERVENTI SULLA RISTORAZIONE COLLETTIVA

- Identificazione di errori ed incongruenze nelle tabelle dietetiche già in uso nelle mense.
- Predisposizione di tabelle dietetiche per varie tipologie, per classi di età e relativi menù.
- Valutazione di particolari problemi nutrizionali, preparazione di menù specifici, istruzioni sulle modalità di corretta preparazione.

CAPITOLO 9

LA VALUTAZIONE DEGLI OBIETTIVI SANITARI

RACCOLTA E CONFRONTO DI DATI

La raccolta ed il confronto di dati sulle condizioni di salute forniscono preziose informazioni che consentono di formulare strategie e di spiegare la necessità di adottare nuove misure.

Programmare interventi preventivi e/o correttivi di educazione alimentare presuppone l'attivazione di un flusso di informazioni sulle abitudini alimentari, sulla prevalenza delle patologie legate all'alimentazione, sulla loro distribuzione sul territorio e sulla evoluzione nel tempo. Tutto ciò è utile quale indicatore di qualità.

Quindi è necessario raccogliere informazioni su:

Situazione attuale e andamento tendenziale dello stato di nutrizione della popolazione.

Statistiche sanitarie relative alle malattie associate alla nutrizione.

Statistiche sulla situazione attuale e sull'andamento tendenziale dei consumi alimentari suddivise per fasce di età.

A tal fine è indispensabile una organizzazione articolata sia a livello aziendale, sia a livello regionale, mediante il gruppo di lavoro per l'educazione alimentare, costituito presso l'Assessorato alla Sanità. La sua funzione sarà quella di verificare che tali indicatori di qualità vengano utilizzati al fine di garantire interventi efficaci ben inseriti nelle problematiche sanitarie della regione.

E' compito del gruppo di lavoro creare un SISTEMA Di MONITORAGGIO per facilitare gli operatori nell'adozione di interventi correttivi necessari per rendere i programmi efficaci. Senza un adeguato sistema di monitoraggio, per accertare quale sia il grado di comprensione, il tipo di rappresentazione del problema da parte della gente, in che modo la comunità sta realizzando i cambiamenti e fino a che punto la situazione si sia modificata, non sarà possibile valutare i programmi nè di progettarne altri validi per il futuro.

E' utile effettuare indagini periodiche su piccola scala, per valutare le attività del personale medico-sanitario, la partecipazione della comunità ai programmi di prevenzione, la conoscenza dei problemi nutrizionali e i cambiamenti di comportamento avvenuti.

Per il personale coinvolto possono essere utilizzati i test di autovalutazione tendenti a rilevare le difficoltà incontrate, la padronanza di alcuni argomenti, la capacità di risolvere problematiche al fine di poter rilevare i bisogni formativi per il personale già impegnato in dette iniziative ed eventuali correttivi nell'organizzazione degli interventi.

Per la GESTIONE DEI DATI riferiti ai consumi alimentari, alle statistiche sulle malattie della nutrizione, e allo stato di nutrizione della popolazione, l'Assessorato Regionale alla Sanità ed il gruppo di lavoro regionale si avvarranno della collaborazione dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale (O.E.R).

In seguito alle iniziative di promozione della salute devono passare almeno 5 anni prima che si possano osservare variazioni apprezzabili nelle statistiche su salute e malattie, per cui è utile predisporre delle valutazioni intermedie che possano dare informazioni sulle possibili variazioni future.

Informazioni intermedie possono riguardare i costi regionali e territoriali connessi alla diagnosi e cura

delle malattie cronico degenerative, l'età di insorgenza, la gravità.

COMPITI DEL GRUPPO DI LAVORO PER L'EDUCAZIONE ALIMENTARE, LA RISTORAZIONE COLLETTIVA E L'ATTIVITA' FISICA

Il Gruppo di lavoro regionale, operante presso l'Assessorato alla Sanità, ha il compito non solo della diffusione delle conoscenze nel campo della educazione alla salute, ma anche di promuovere uno scambio di esperienze e risultati, affinché si faccia una lettura dell'esistente, necessaria per pensare alle progettazioni future.

Nell'ambito della verifica dello stato dell'arte e delle progettazioni future le competenze del gruppo sono:

Valutazione dell'impatto delle linee guida

Implementazione e diffusione delle linee guida

Consulenza per enti pubblici e privati

Formazione ed aggiornamento

Gestione dati e monitoraggio

Organizzazione di campagne di educazione alimentare in collaborazione con le aziende del settore agro-alimentare e le associazioni dei consumatori

Costituzione di un e-mail regionale

All. 1

(modificato da Le scelte alimentari - Lega tumori)

ESEPLIFICAZIONE:

OBIETTIVO GENERALE

PROMUOVERE LO SVILUPPO DI UNA COSCIENZA ALIMENTARE CHE CONTRIBUISCA A RENDERE L'ALUNNO CONSAPEVOLE ED AUTONOMO NELLE SCELTE ATTE A TUTELARE LA SALUTE PSICO-FISICA DELL'INDIVIDUO

ATTRAVERSO GLI OBIETTIVI INTERMEDI

1

Prendere coscienza delle proprie abitudini alimentari

2

Acquisire autonomia nella scelta degli alimenti e capacità critica sul rapporto fra induzione pubblicitaria e consumo alimentari

3

Distinguere le caratteristiche dei principali alimenti e dei principi nutritivi e promuovere la consapevolezza dell'importanza del loro equilibrio nell'alimentazione

OBIETTIVO INTERMEDIO 1: PRENDERE COSCIENZA DELLE PROPRIE ABITUDINI ALIMENTARI

(Aver aiutato i partecipanti a riflettere sulla propria esperienza, vuol dire aver percorso già una parte del cammino formativo)

OBIETTIVO SPECIFICO: ANALIZZARE LE PROPRIE ABITUDINI ALIMENTARI

Osservazione e raccolta di dati relativi alle proprie abitudini alimentari
Elaborazione dei dati raccolti
Presentazione grafica
Osservazioni o riflessioni sulle proprie preferenze alimentari

OBIETTIVO SPECIFICO: ANALIZZARE LE ABITUDINI ALIMENTARI DEI FAMILIARI RIFERITE AL MOMENTO ATTUALE ED AL TEMPO IN CUI I GENITORI ED I NONNI AVEVANO LA STESSA ETA' DELL'ALUNNO

Indagine sulle abitudini alimentari dei familiari
Classificazione di dati relativi ai cibi più o meno consumati
Confronto fra i dati raccolti e riflessioni sui diversi modi di alimentarsi
Ipotesi e considerazioni sulle trasformazioni alimentari e sui diversi stili di vita
Valutazione delle differenze con l'alimentazione dei nonni

OBIETTIVO SPECIFICO: ANALIZZARE LE TRADIZIONI ALIMENTARI DEL PROPRIO PAESE CON PARTICOLARI RIFERIMENTI AI MOMENTI COMUNITARI PIU' SIGNIFICATIVI (NATALE, PASQUA, ECC.)

Indagine sulle tradizioni alimentari nelle ricorrenze più importanti
Individuazione dei cibi e dei riti legati a tali ricorrenze
Possibile confronto con altre tradizioni
Ricerca dei nessi fra piatti tipici e regione di appartenenza
Valutazione della composizione dei piatti tradizionali

OBIETTIVO INTERMEDIO 2: ACQUISIRE AUTONOMIA NELLE SCELTE DEGLI ALIMENTI E RIFLETTERE SUL RAPPORTO TRA PUBBLICITA'E CONSUMI

OBIETTIVO SPECIFICO: DECODIFICARE I MESSAGGI PUBBLICITARI

Lettura dei messaggi visivi
Analisi e comprensione del linguaggio pubblicitario
Scomposizione degli elementi costitutivi dei messaggi pubblicitari
Analisi della pubblicità - progresso e ruolo dei personaggi modello
Funzione del messaggio

OBIETTIVO SPECIFICO: INDIVIDUARE I MESSAGGI PUBBLICITARI PARTICOLARMENTE INVITANTI

Analisi dei messaggi pubblicitari su quotidiani e periodici
Individuazione e scomposizione degli elementi costitutivi del messaggio (parte informativa, parte persuasiva)
Individuazione degli spot televisivi preferiti
Analisi di uno spot
Creazione di slogan

OBIETTIVO SPECIFICO: IDENTIFICARE I MESSAGGI PUBBLICITARI INVITANTI RELATIVI AI PRODOTTI ALIMENTARI

- Ricerca sui quotidiani e periodici
- Osservazione sulla presentazione degli alimenti
- Individuazione degli strumenti persuasivi (frasi, suoni, parole, immagini, colori)

OBIETTIVO SPECIFICO: ANALIZZARE QUALI ALIMENTI PUBBLICIZZATI VENGONO CONSUMATI O DESIDERATI

- Confronto sulle proprie abitudini, sui consumi alimentari con le caratteristiche del messaggio pubblicitario
- Analisi del messaggio pubblicitario riferito ad un alimento consumato

OBIETTIVO SPECIFICO: ANALIZZARE E VALUTARE L'ETICHETTATURA DEI PRODOTTI ALIMENTARI

- Lettura delle etichette di diversi prodotti alimentari
- Comparazione fra etichettatura e messaggio pubblicitario
- Analisi degli elementi presenti nell'etichettatura
- Individuazione delle funzioni di alcuni elementi presenti negli ingredienti con particolare riferimento a conservanti ed additivi

OBIETTIVO SPECIFICO: INDIVIDUARE I VARI METODI DI PRODUZIONE, CONSERVAZIONE E DISTRIBUZIONE DI UN ALIMENTO

- Conoscenza dei settori produttivi
- Individuazione del viaggio di un alimento
- Visite ad industrie alimentari e aziende agricole
- Ricerca storica sulla trasformazione del pane, latte, pasta, riso
- Individuazione delle caratteristiche dei metodi di conservazione

OBIETTIVO INTERMEDIO 3: DISTINGUERE LE CARATTERISTICHE DEI PRINCIPALI ALIMENTI E DEI PRINCIPI NUTRITIVI E PROMUOVERE LA CONSAPEVOLEZZA DELL'IMPORTANZA DEL LORO EQUILIBRIO NELL'ALIMENTAZIONE

OBIETTIVO SPECIFICO: COMPRENDERE LA FUNZIONE DELL'ALIMENTAZIONE E CONOSCERE I PRINCIPI ALIMENTARI

- Individuare i principi nutritivi presenti nei vari alimenti
- Riconoscere le funzioni dei principi nutritivi
- Individuare le fasi del processo digestivo

OBIETTIVO SPECIFICO: CONOSCERE LE CARATTERISTICHE DEI PRINCIPALI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE E VEGETALE

Individuazione degli alimenti in relazione alle loro funzioni (energetiche, proteiche, protettive)
Classificazione degli alimenti in base a criteri prestabiliti

OBIETTIVO SPECIFICO: ANALIZZARE I PROPRI COMPORTAMENTI ALIMENTARI ED IDENTIFICARE GLI EVENTUALI ERRORI DAL PUNTO DI VISTA NUTRIZIONALE

Analisi dei comportamenti alimentari
Individuazione dei comportamenti alimentari corretti e scorretti e loro cause
Conoscenza dell'assunzione razionale di cibo durante la giornata
Formulazione di tabelle dietetiche relative al fabbisogno energetico corrispondente all'età
Formulazione di ipotesi di diete corrette dopo aver rilevato comportamenti scorretti
Composizione di un menù equilibrato
Distribuzione corretta dell'assunzione di cibo

Schema e Griglia per la programmazione delle attività e verifiche:

OBIETTIVO GENERALE

DESTINATARI

OBIETTIVO INTERMEDIO

Obiettivi Contenuti Metodi Mezzi e Attività Attività Tempi Verifiche
operativi strumenti operatori ragazzi

- 1)
- 2)
- 3)
-

N.B.: Deve essere compilata una griglia per ogni obiettivo intermedio.

Per ogni obiettivo operativo (o specifico) bisogna indicare i contenuti, metodi, mezzi, attività, ecc.
All. 3

PORZIONI

Nelle tabelle dietetiche della ristorazione collettiva, ma anche in quella individuale, vengono in genere riportati i pesi in grammi sia degli alimenti che dei singoli ingredienti che infine vanno a comporre una vivanda cotta.

Ciò, pur necessario per una corretta preparazione e valutazione degli aspetti nutrizionali delle tabelle, risulta poi poco pratico ed utile, sia per la messa in opera delle tabelle da parte dell'individuo singolo, sia per eventuali interventi di controllo, che infine per interventi di educazione alimentare.

In particolare il consumatore italiano non ha una idea standard di "porzione" alla quale invece si fa comunemente riferimento sia nei Paesi anglosassoni sia ora nelle "Linee Guida per una sana alimentazione italiana revisione 1997".

Si definisce porzione 1a quantità di alimento espressa in grammi che si assume come unità di misura da utilizzare per un'alimentazione equilibrata".

La porzione quindi diventa una "unità pratica di misura delle quantità di alimento consumato" ed è basata su indagini dei consumi medi della popolazione italiana per quantità e frequenza (INRAN 1990, ISTAT 1992) e, per i prodotti confezionati, su pesi delle multi e monoporzioni disponibili sul mercato.

Il consumatore italiano, seppur abituato a considerare il concetto di porzione, non ha un riferimento quantitativo in proposito riguardo i vari gruppi di alimenti ed è portato ad universalizzare il peso di una porzione per tutti i gruppi di alimenti.

La porzione invece varia secondo il gruppo di alimenti, considerato, è quindi utile quantificare il peso di una singola porzione per tipo di alimenti in modo da semplificare l'applicazione delle regole di una corretta alimentazione e da immettere nella vita quotidiana il concetto di porzione standard.

La porzione quindi deve essere di dimensioni ragionevoli cioè, utilizzare misure casalinghe comuni (es. cucchiaini, bicchieri) o grammature semplici da moltiplicare per ottenere il fabbisogno energetico adeguato al soggetto o alla popolazione in esame.

Si allegano le tabelle con le grammature delle porzioni tipo e per i gruppi di alimenti e gli equivalenti di peso in grammi con le misure casalinghe.

All. 4

COTTURA

Le grammature e le porzioni riportate nelle tabelle dietetiche riferentesi ai vari piatti vengono in genere riferite all'alimento di base ed ai vari ingredienti al crudo ed al netto degli scarti.

Per interventi di controllo individuale ed istituzionale sulla correttezza della porzione e delle grammature queste informazioni sono poi di difficile utilizzo e scarsa utilità, soprattutto se la sede di produzione è lontana, spazialmente e giuridicamente, da quella di consumo.

Il peso della pietanza pronta per essere consumata è infatti diverso dalla somma dei pesi di ogni ingrediente poiché la conservazione e la preparazione ne modificano notevolmente il contenuto in acqua, per perdita o acquisto, e di conseguenza il peso finale.

E' quindi di grande importanza conoscere le variazioni di peso fra ingredienti crudi ed il prodotto finale di pietanza cotta per poter effettuare una prima verifica del rispetto delle grammature consigliate o prescritte e quindi della adeguatezza nutrizionale delle vivande in oggetto.

I più comuni tipi di cottura sia a livello familiare che di collettività sono la bollitura, la frittura e l'arrostitimento. Ognuna di queste tecniche influisce in maniera diversa sull'alimento crudo e in qualche maniera diversa sui diversi gruppi di alimenti.

L'INRAN ha preparato delle tabelle che si riferiscono alle variazioni di peso degli alimenti in base alle diverse modalità di cottura che qui si allegano per conoscenza ed utilizzo.

GLOSSARIO

Adeguatezza: rapporto esistente tra servizi disponibili e bisogni della popolazione

Cascata della sazietà: il potere saziante si riferisce alla capacità di un alimento ingerito, di sopprimere la fame ed inibire l'inizio di un successivo periodo di consumo alimentare. Questo effetto del cibo è dovuto a processi di mediazione sensoriali, cognitivi, post-ingestivi e post-assorbitivi. L'avvio di questi processi è dovuto all'impatto del cibo sui meccanismi fisiologici e biochimici. Questi processi vengono indicati collettivamente come "cascata della sazietà".

Efficacia: capacità di raggiungere l'esito desiderato. La valutazione di efficacia si effettua mettendo in relazione i risultati con gli obiettivi, quindi si applica al prodotto ottenuto.

Efficienza: rapporto tra risultati e risorse, quindi si applica al funzionamento e gestione del processo.

Impatto: adozione del programma o della raccomandazione. Si valuta a breve termine in termini di numeri di persone o servizi che lo adottano, nel lungo termine si valutano incidenza e mortalità.

Monitoraggio: processo di revisione regolare dei risultati intermedi e dei progressi nel raggiungimento degli obiettivi.

Progetto: ideazione accompagnata da uno studio relativo alle possibilità di attuazione o esecuzione.

Programmazione: fase in cui vengono prese le decisioni - l'ordinamento dell'insieme delle operazioni da compiere.

P.S.N: Piano Sanitario Nazionale

P.S.R. Piano Sanitario Regionale.

Risultato: prodotto finale di un programma di attività espresso in termini di cambiamento di atteggiamento o conoscenze, di incidenza di una malattia.

SIAN: Servizio di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione

Valutazione: processo di verifica su quello che è stato raggiunto e come.

Weight cycling sindrome: si verifica quando si perde e recupera il peso molte volte. Si verificano alterazioni del bilancio energetico e composizione corporea. Ad ogni ciclo di dieta è più difficile perdere peso, ma più facile recuperarlo. Il recupero di peso spesso eccede la quota perduta e l'organismo si adatta consumando sempre meno energia.

E.C.M.: educazione continua in medicina.

LARN: Livelli di Assunzione Raccomandati Nazionali.

SINU: Società Italiana di Nutrizione Umana.

BIBLIOGRAFIA CONSULTATA

Bianchetti A., M. Trabucchi - L'alimentazione dell'anziano. Masson 1993

Bozza del Piano Sanitario Nazionale 2001-2003

Caroli M. - Sovrappeso ed Obesità - Atti della 2° Conferenza Nazionale sull'Educazione Alimentare Ministero delle Politiche Agricole FAO Roma 15-17 febbraio 2001 in press.

Carnevale E., L. Marlietta - Tabelle di composizione degli alimenti. INRAN 1997 - EDRA Ed. Milano.

Cole T. et al. BMJ 2000 - M. Bellizzi, K. M. Flegal, WH, Dietz - Establishing a standard definition for child over weight and obesity world wide: international survey BMJ 2000; 320:1240-1243

Commissione linee guida ed indicatori di qualità della F.I.S.M. - Raccomandazioni per la partecipazione delle Società Medico - scientifiche alla produzione, disseminazione e valutazione di linee guida di comportamento pratico. QA Principi e metodologie Voi. 7 n. 2 giugno 1996: 77-95.

Dalle Grave R. - Il peso ragionevole. Positive Press 1995.

Del Balzo V.R. Godi - Linee guida per la realizzazione di un prontuario dietetico ospedaliero unificato. CNR 1999

Enzi G., Inelmen E. - Epidemiologia delle carenze nutrizionali nell'anziano. In: L'invecchiamento; Le scienze - Quaderni, G. Crepaldi Ed. sett. 1994, pp. 87-90

Ewles L., I. Simnett - Promozione della salute. Edizioni Sorbona 1995

Finocchiaro R. - ABC Alimentarsi bene conviene. Ed. Calderini 1988

Grilli R. e F. Taroni - Il programma nazionale per le linee guida ASSR (Agenzia per i Servizi Regionali) maggio 2000

Guilbert J.J. - La guida pedagogica. Armando ed. - O.M.S. 1981 Le scelte alimentari - Lega tumori a.s. 1990-91

Librandi B. - Congresso ANDID Napoli 2000. In corso di stampa Linee guida per una sana alimentazione INRAN 1997

Linee guida SIAN - D.M. 16/10/98

Luciano A., F. Bressan, G. Zoppi - Body Mass Index Reference Curves For Children Aged 3-19 years from Verona, Italy - Eur. J. Clin. Nutr. 1997; 50; 462 - 468

Maffeis C. - L'eccesso ponderale nel bambino. Pensiero scientifico editore 1997.

Modolo M.A. - Educazione per un'alimentazione sana - Strategie e metodi Educazione sanitaria e

promozione della salute Vol. 14 n. 4, 1991.

Modolo M.A. - Educazione sanitaria e promozione della salute. Rosini editrice 1995

Obesity Preventing and managing the Global epidemic report of a World Health Organization Consultation on Obesity. WHO Geneva. June 1997

Piano Sanitario Nazionale 1998 - 2000

Progetto il Graal della salute - Regione Lombardia Novembre 2000

Ristorazione scolastica SIAN AUSIL FG/3

Rotella C.M., et al. - L'obesità. SEE 1997.

Schettini B. - Teoria e metodologia per l'educazione sanitaria. Liguori ed. 1992

SINU (Società Italiana Nutrizione Umana)- LARN (Livelli di Assunzione Raccomandati Nazionali) 1996. EDRA Ed. Milano

Tabelle dietetiche SIAN AUSL BR/1

Vellas B., Guigoz Y. - Nutritional assessment as a part of the geriatric evaluation. In Geriatric assessment technology: the state of art, L.Z. Rubenstein, D. Wieland, L. Bernabei. Eds. Kurtis, 1995, 179-194

INDICE

PREMESSA GENERALE

INTRODUZIONE ALLE LINEE GUIDA SULL'EDUCAZIONE ALIMENTARE, RISTORAZIONE COLLETTIVA, ATTIVITA' FISICA

- Obiettivo delle linee guida
- Destinatari delle linee guida
- Enti e strutture

CAPITOLO 1 LINEE GUIDA PER L'EDUCAZIONE ALIMENTARE

PROGRAMMAZIONE DI INTERVENTI EFFICACI PER LA MODIFICA DELLE ABITUDINI ALIMENTARI DELLA POPOLAZIONE

- Percorso metodologico
- Valutazione

EDUCAZIONE ALIMENTARE NELLA SCUOLA

- Integrazione dei percorsi educativi
- Allegato 1 Esempificazione

EDUCAZIONE ALIMENTARE NELLA POPOLAZIONE ADULTA

INTERVENTI EDUCATIVI PER LA POPOLAZIONE OBESA

- Valutazione del grado di obesità
- Programma educativo
- Metodi: la terapia cognitivo - comportamentale
- Strategia di intervento
- Modello per l'approccio di gruppo
- Attività fisica e stile di vita attivo
- Risultati finali

CAPITOLO 2 LINEE GUIDA PER LA RISTORAZIONE SCOLASTICA

- Soggetti interessati alla ristorazione scolastica
- Compiti e responsabilità dei vari soggetti interessati
- Obiettivi della ristorazione scolastica
- Basi teoriche per lo sviluppo di tabelle dietetiche
- Clausole tecnico organizzative
- Suggerimenti per i casi di rifiuto
- Esigenze nutrizionali particolari

CAPITOLO 3 LINEE GUIDA PER LE MENSE AZIENDALI

- Soggetti interessati alla mensa aziendale
- Compiti e responsabilità dei soggetti interessati
- Obiettivi della ristorazione aziendale
- Basi teoriche per lo sviluppo delle tabelle dietetiche
- Formulazioni di servizio

CAPITOLO 4 LINEE GUIDA PER L'ALIMENTAZIONE DELL'ANZIANO

- Presupposti teorici dell'alimentazione dell'anziano
- L'alimentazione in casa di riposo

CAPITOLO 5 LINEE GUIDA PER LA RISTORAZIONE OSPEDALIERA

- Premessa
- Legislazione
- Obiettivi
- Mantenimento e/o raggiungimento
- Educazione nutrizionale

CAPITOLO 6 LINEE GUIDA PER LA PROMOZIONE DELL'ATTIVITA' FISICA

- Informazione
- Promozione
- Incentivazione
- Terapia

CAPITOLO 7 DIFFUSIONE - IMPLEMENTAZIONE - VALUTAZIONE DEL LAVORO E DELL'IMPATTO

AGGIORNAMENTO DELLE LINEE GUIDA

- Diffusione
- Implementazione
- Valutazione del lavoro e dell'impatto
- Aggiornamento periodico

CAPITOLO 8 FORMAZIONE DEGLI OPERATORI SANITARI

- Formazione metodologica
- Formazione relazionale
- Formazione per la conduzione degli interventi sulla popolazione obesa
- Formazione per gli interventi sulla ristorazione collettiva

CAPITOLO 9 VALUTAZIONE DEGLI OBIETTIVI SANITARI

- Raccolta e confronto dati
- Compiti del gruppo di lavoro

ALLEGATI

- Allegato n. 1 - Progetto di Educazione alimentare nelle scuole
- Allegato n. 2 - Tabelle dietetiche per scuole materne ed elementari
- Allegato n. 3 - Porzioni
- Allegato n. 4 - Variazioni del peso in base ai metodi di cottura

GLOSSARIO

BIBLIOGRAFIA