

IL RUOLO DEL/DELLA DIETISTA
NELLE CASE PER ANZIANI E NEGLI
ISTITUTI DI CURA



COLOPHON**Editore**

CURAVIVA Schweiz
Settore specializzato persone anziane
Zieglerstrasse 53
Casella postale 1003
3000 Berna 14
telefono 031 385 33 33

info@curaviva.ch

www.curaviva.ch

Autrici e autori: Fabienne Schaller, BSc BFH Dietista ASDD; Robert Speer, MSc nutr. med. Dietista ASDD; Karin von Burg, MSc clin. nutr. Dietista ASDD

Contatto: Gruppo di specialisti in geriatria ASDD, Associazione Svizzera delle-dei Dietiste-i ASDD, service@svde-asdd.ch

Copyright pagina di titolo: CURAVIVA Svizzera

Layout: CURAVIVA Svizzera

Edizione: Autunno 2017

Per una migliore comprensione, il testo usa solamente la forma femminile. Sono però sempre intesi entrambi i sessi..

Indice

1. Introduzione.....	4
2. Consulenza nutrizionale in geriatria	4
3. Prestazioni offerte.....	6
4. Possibili modelli di lavoro e di finanziamento	9
5. Raccomandazioni	10
6. Ulteriori informazioni	12
7. Letteratura	12

1. Introduzione

Oggetti del seguente dossier professionale sono l'offerta di prestazioni e la collaborazione interprofessionale della dietista nel settore geriatrico o delle cure di lunga durata. Vengono inoltre presentati possibili modelli di lavoro con la dietista ASDD¹ e fornite raccomandazioni per case per anziani e istituti di cura.

Le case per anziani e gli istituti di cura, impiegando dietiste ASDD, possono trarre profitto del loro contributo quando si tratta di introdurre o migliorare la gestione interprofessionale a livello di nutrizione. In età avanzata il comportamento in materia di bere e mangiare può essere influenzato negativamente da molti fattori, ciò che si ripercuote su una riduzione della qualità di vita [1-7, 9-12]. In base a queste informazioni ben documentate nella letteratura, nel 2013 l'Associazione Svizzera delle-dei Dietiste-i ASDD ha fondato un «gruppo di specialisti in geriatria» che si è specializzato nella nutrizione di persone anziane. Il gruppo di specialisti s'impegna tra gli altri a favore della creazione di una modalità procedurale standardizzata nel settore della gestione della nutrizione nelle case per anziani e negli istituti di cura. La pratica e gli studi internazionali [2, 8, 12, 19] hanno dimostrato che una buona collaborazione tra i settori delle cure/dell'assistenza, della consulenza nutrizionale e della gastronomia/economia domestica contribuisce a un miglioramento della qualità di vita degli utenti.

2. Consulenza nutrizionale in geriatria

Oltre ai requisiti soggettivi posti al cibo e alle bevande, anche in età avanzata l'essere umano ha un bisogno fisiologico di micro- e macronutrienti e di liquidi. A causa dell'elevata dipendenza che risulta anche nel settore della nutrizione, oltre agli adattamenti individualizzati operati dal team di assistenza è importante garantire pure l'offerta e la somministrazione di un rifornimento di sostanze nutritive e di liquidi adattato ai bisogni. Spesso è indicata un'assistenza a livello di terapia nutrizionale. Da tempo negli ospedali è ovvio che nel settore della nutrizione si lavori a livello interprofessionale, vale a dire in collaborazione con una dietista ASDD, per promuovere e mantenere strutture durevoli. Queste esperienze dimostrano che dovrebbero essere stabiliti per scritto sia le disposizioni contenenti le mansioni e i campi d'azione sia pure le interfacce dei diversi gruppi professionali che compaiono. L'obiettivo della consulenza nutrizionale nelle cure di lunga durata è spesso di prevenire la malnutrizione o di curarla, e di contribuire così al mantenimento o al miglioramento della qualità di vita degli utenti [2, 8]. I rischi di malnutrizione secondo la linea guida della società tedesca di medicina della nutrizione (Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin DGEM) in merito alla «Nutrizione clinica in geriatria» (Klinische Ernährung in der Geriatrie) [6] sussistono quando la quantità di cibo è ridotta per più di tre giorni o quando sono presenti più fattori di rischio contemporaneamente, che riducono la

¹ Ci sono molte persone che dicono di essere dietiste. I fornitori di prestazioni riconosciuti dalla legge sono riconoscibili dal marchio protetto «Dietista ASDD – professione sanitaria svizzera». [cfr.: www.svde-asdd.ch/ernaehrungsberatung-als-beruf/](http://www.svde-asdd.ch/ernaehrungsberatung-als-beruf/)

quantità di cibo oppure aumentano il bisogno di energia e di sostanze nutritive. Per principio la frequenza di una malnutrizione manifesta aumenta con l'avanzare dell'età. Ciò può essere il caso sia in caso di utenti con peso normale sia con quelli obesi. I deficit della nutrizione compaiono in maniera particolarmente frequente nelle persone anziane con malattie acute e croniche. Secondo la linea guida della DGEM è considerato malnutrito chi sull'arco di tre mesi perde involontariamente oltre il 5% oppure sull'arco di sei mesi oltre il 10% del proprio peso corporeo oppure chi presenta una massa corporea sensibilmente ridotta ($BMI < 20 \text{ kg/m}^2$) [6]. In età avanzata compare inoltre una serie di cambiamenti fisiologici con ripercussioni diverse sullo stato di nutrizione. La massa muscolare ad esempio diminuisce, e la massa grassa aumenta. Spesso l'attività fisica è fortemente ridotta e cala anche l'appetito. Le conseguenze sono tra gli altri un bisogno ridotto di energia a fronte di un bisogno invariato di vitamine e sostanze minerali. Per singoli micro- (ad es. la vitamina D) e macronutrienti (ad es. proteine) il bisogno è addirittura accresciuto. In tal modo i requisiti posti al cibo aumentano, dato che una quantità inferiore di cibo deve contenere più proteine, vitamine e sostanze minerali rispettivamente deve presentare una maggiore densità di nutrienti [7]. A livello generale si è evidenziato che nella pratica gli adattamenti del cibo spesso sono difficili da attuare e che senza una collaborazione interprofessionale tale attuazione difficilmente è duratura.

La malnutrizione quale fattore di risorse e di costi

La prevalenza della malnutrizione rispettivamente del rischio per l'insorgenza di una malnutrizione in base a metodi di rilevamento diversi rispettivamente progetti di studi effettuati in case per anziani e istituti di cura svizzeri varia tra il 15 e il 58% [3-5, 9]. Ciò coincide con le cifre del confronto internazionale [6, 8, 10, 12].

In Svizzera gli aspetti economici della malnutrizione sono stati analizzati per il settore stazionario. In tale contesto i costi supplementari per le persone ospedalizzate nel 2004 ammontavano a circa 526 milioni di franchi [3-5, 13]. In Germania nel 2007 è stata inoltre effettuata un'analisi dei dati per il settore delle cure di lunga durata ambulatoriali e stazionarie. Con l'influsso della malnutrizione sul settore ambulatoriale, degli istituti di cura e delle cure infermieristiche gli autori hanno identificato costi supplementari dell'ordine di 2,6 miliardi di euro per il sistema sanitario tedesco [14]. Anche se per la Svizzera non vi sono cifre corrispondenti, questi esempi mostrano che utenti malnutriti necessitano di un'assistenza più intensa. In tal modo viene fatto ricorso maggiormente alle risorse temporali e fisiche delle cure, ciò che dal canto suo comporta conseguenze finanziarie.

Impiego temporale delle risorse di personale

Le medicazioni delle ferite, in particolare di ferite croniche, portano a un dispendio di personale e di tempo sempre maggiore. La malnutrizione che spesso va di pari passo si ripercuote negativamente sulla cicatrizzazione delle ferite e a lungo andare riesce a impedire il processo di guarigione. L'approvvigionamento conforme alle esigenze di micro- e macronutrienti, assieme

a una medicazione ottimale delle ferite costituisce la base per un rapido processo di cicatrizzazione [15-17, 37].

Impiego fisico delle risorse di personale

In caso di utenti iponutriti, indipendentemente dal dispendio di tempo, a livello fisico le singole infermiere sono più impegnate. Ciò è causato dalla crescente immobilizzazione degli utenti, parallelamente a una riduzione della massa muscolare legata alla malnutrizione. Le persone interessate, con una massa muscolare in calo, riescono ad apportare da meno a nessun sostegno nel processo di posizionamento, e ne consegue che la mobilitazione viene effettuata esclusivamente dall'infermiera [16].

3. Prestazioni offerte

La dietista ASDD è la persona di riferimento per tutte le questioni riguardanti la nutrizione e la dietetica. Con la sua competenza specialistica essa offre sostegno all'istituzione, ai collaboratori, agli utenti e ai famigliari. Essa lavora in modo interprofessionale e in tale contesto tiene conto dei bisogni complessi di tutte le persone coinvolte nel processo. La dietista può assumersi le seguenti mansioni:

- consulenza e assistenza di utenti e dei loro famigliari per quanto riguarda le questioni e i problemi legati alla nutrizione;
- messa in rete dell'equipe interprofessionale (cucina, economia domestica, cure, medici, direzione), in istituzioni di dimensioni maggiori eventualmente tramite una commissione per la nutrizione;
- elaborazione di basi per una nutrizione corrispondente ai bisogni in collaborazione con il servizio alberghiero e la cucina, tenendo conto delle esigenze riguardanti l'adattamento della consistenza, le biografie alimentari personali degli utenti, le loro esigenze individuali di sostanze nutrienti come pure eventuali diete o forme di cibo;
- elaborazione di concetti di nutrizione risp. linee direttive quali ad esempio la sopra citata nutrizione corrispondente ai bisogni, la gestione del rifiuto di assumere cibo e liquidi, di prodotti speciali, della nutrizione artificiale in collaborazione con la commissione per la nutrizione;
- formazione del personale di cucina, dell'economia domestica, delle cure, dell'assistenza, dell'attivazione e dei medici.

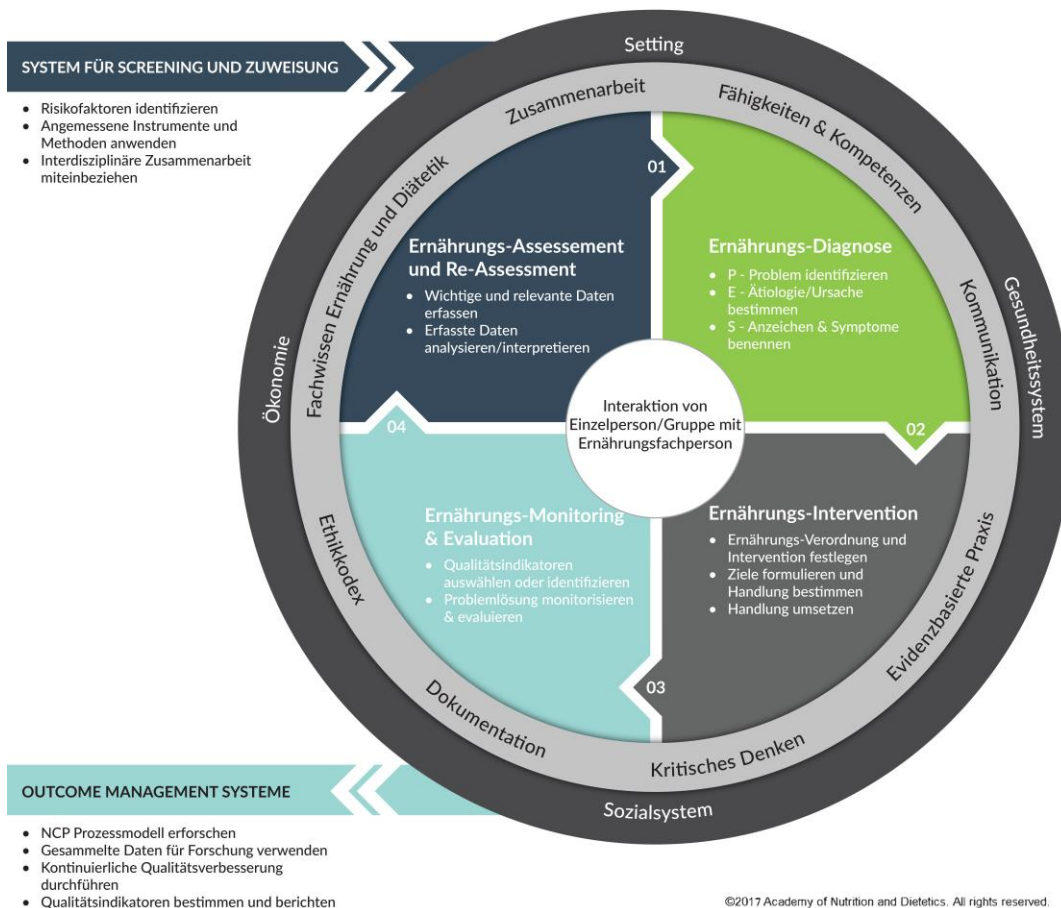
La presenza e le attività della dietista ASDD possono contribuire a migliorare la gestione interprofessionale della nutrizione tra tutti i gruppi professionali coinvolti. La consulenza nutrizionale può inoltre contribuire a rafforzare l'autonomia degli utenti in materia di nutrizione.

Situazione nutrizionale e chiarimento delle condizioni di malnutrizione

La base è costituita dallo svolgimento di uno screening della nutrizione con un tool valutato di screening [2, 6, 18-31]. L'obiettivo di tale misura è riconoscere per tempo gli utenti a rischio di

malnutrizione o che già presentano tale problematica. Il personale infermieristico dovrebbe occuparsi dello screening della nutrizione. Gli utenti che sembrano presentare problemi vengono annunciati per una consulenza nutrizionale. Quale requisito per un trattamento individuale e mirato occorre chiarire esattamente la malnutrizione, e l'assessment sulla nutrizione ne costituisce il primo passo in tal senso. Si tratta di un rilevamento approfondito della situazione nutrizionale. A tale scopo, a seconda della situazione, per l'ulteriore valutazione vengono impiegati diversi metodi per determinare la composizione corporea, il bisogno energetico e/o l'apporto di energia e di sostanze nutritive. La situazione nutrizionale (2° passo) sarà determinata sotto l'autoresponsabilità della dietista ASDD e comprende l'identificazione e la denominazione di uno o più problemi di nutrizione. All'intervento sulla nutrizione si aggiungono inoltre (3° passo) l'obiettivo, la raccomandazione e la pianificazione delle misure. Il monitoraggio periodico e la valutazione (4° passo) dei parametri e degli indicatori stabiliti permettono alla dietista di valutare individualmente la terapia nutrizionale. La DGEM nella propria linea guida in merito alla nutrizione clinica in geriatria chiede che gli istituti geriatrici per cure di lunga durata siano dotati di un'assistenza nutrizionale completa e strutturata [6]. Il Nutrition Care Process (passi 1 a 4) raffigura l'istituzione di uno screening della nutrizione e l'assistenza in modo strutturato a livello di terapia nutrizionale in caso di bisogno.

DAS NUTRITION CARE PROCESS MODELL



Gestione della qualità

Nell'ambito della garanzia e della promozione della qualità alle istituzioni di cura di lunga durata è data l'opportunità di una certificazione esterna. In tale contesto gli uffici preposti alla certificazione offrono una scelta di standard di base. L'importanza della tematica risulta dal fatto che in questo contesto si tenga conto dello «standard nutrizione» [34].

Nelle istituzioni certificate la dietista ASDD coordina lo «standard nutrizione» ai sensi della gestione della qualità. Nell'ambito della garanzia della qualità in tale contesto essa rileva annualmente i dati quantitativi e qualitativi (benchmark). Questi rilevamenti comprendono tra gli altri i valori di riferimento relativi a forme di cibo, contenuto di sostanze nutritive e rifornimento in alimenti, aspetti relativi allo stato della nutrizione degli utenti e dati relativi alla prevalenza della malnutrizione.

4. Possibili modelli di lavoro e di finanziamento

Impiego della consulente nutrizionale con un rapporto di lavoro da dipendente

In caso di impiego fisso la dietista ASDD può assumersi le mansioni elencate nel capitolo precedente. Requisito per tale rapporto di lavoro è che essa abbia a disposizione un posto di lavoro dotato di computer e accesso a internet. Per poter fatturare delle prestazioni a carico dell'assicurazione di base oltre a una prescrizione medica è necessario disporre pure di un numero del registro di codice creditore (n° RCC). Grazie alla presenza costante della dietista ASDD tutti i gruppi professionali coinvolti possono essere sensibilizzati in maniera ottimale all'argomento della nutrizione. Proprio per essere all'altezza del complesso bisogno di cure degli utenti di case per anziani e istituti di cura, una buona collaborazione interprofessionale e una consulenza nutrizionale rapida e sempre disponibile sono molto importanti. Se la dietista è in loco, essa può contribuire a migliorare la qualità dell'assistenza. Un ulteriore vantaggio del rapporto impiegatizio può essere il fatto che possa facilitare l'elaborazione di un concetto di nutrizione e il funzionamento di una commissione della nutrizione e permettere il disbrigo di richieste urgenti entro tempi molto brevi. Vi è pure la possibilità che più istituti assieme assumano una dietista ASDD.

Questo modello di lavoro per la casa per anziani e di cura genera costi fissi. Solamente i lavori effettuati direttamente sul paziente, con prescrizione medica, possono essere fatturati tramite l'assicurazione di base.

Raccomandazione relativa alla percentuale lavorativa

Conformemente all'attuale situazione dei dati relativi alla prevalenza della malnutrizione negli istituti geriatrici [3-5, 8-12], alle raccomandazioni della DGEM relative ai requisiti strutturali negli istituti per cure a lunga durata [6] e alla considerazione di valori fondati sull'esperienza provenienti dalla pratica, la raccomandazione relativa alla percentuale lavorativa delle dietiste risulta dal numero di utenti. Ciò può essere d'aiuto agli istituti di cura in occasione della ricerca delle decisioni in merito all'assunzione di una dietista ASDD.

utenti	percentuale
≤ 50	40 %
50 - 70	50 %
70 - 100	100 %

Impiego di una dietista indipendente con rapporto di mandato

La dietista ASDD lavora quale indipendente ed è impiegata con un rapporto di mandato da uno o più case per anziani e istituti di cura. I settori di lavoro sono i medesimi di quelli del rapporto di lavoro in qualità di dipendente. Questo genere di collaborazione può rappresentare un vantaggio per piccole istituzioni, se vi è la necessità di una consulenza nutrizionale soltanto a ore. Se la dietista che lavora su mandato ha il proprio studio all'interno dell'istituto, la vicinanza e la rapida disponibilità della consulenza nutrizionale costituisce un vantaggio. Per poter fatturare a carico dell'assicurazione malattie è necessario che la dietista disponga del numero RCC e che vi sia una prescrizione medica. La dietista viene richiesta solamente per singole terapie e consulenze alimentari presso utenti come pure per progetti e formazioni stabilite. In tal modo l'istituto per anziani e di cura non ha costi fissi da coprire. Le tariffe ambulatoriali sono consultabili nella «Convenzione tariffale consulenza nutrizionale ASDD» [35, 36]. L'onorario sarà concordato liberamente, nel caso in cui la dietista sia pure incaricata nell'ambito di progetti, formazione continua o mansioni di coaching.

5. Raccomandazioni

Concetto di nutrizione

Il gruppo di specialisti in geriatria dell'Associazione Svizzera delle-dei Dietiste-i ASDD raccomanda alle istituzioni delle cure di lunga durata di introdurre un concetto di nutrizione individuale, adeguato ai bisogni dell'organizzazione. In tale contesto occorrerà stabilire le guide operative standardizzate e le interfacce per l'assistenza nutrizionale e disciplinare le responsabilità in modo chiaro [6, 8, 19].

Commissione per la nutrizione

Per istituzioni di dimensioni maggiori, con oltre 100 utenti, il gruppo di specialisti in geriatria ASDD, basandosi su valori maturati dall'esperienza pratica, raccomanda la creazione di una commissione interprofessionale per la nutrizione. A tale commissione compete l'elaborazione, il controllo e l'attuazione di un concetto di nutrizione e la coordinazione e il sostegno di progetti di nutrizione.

Offerta di aggiornamento e di perfezionamento

Sulla base dell'attuale letteratura specializzata il gruppo di specialisti in geriatria ASDD raccomanda l'elaborazione di un concetto di aggiornamento e di perfezionamento che tenga conto degli aspetti della nutrizione degli utenti di diverse fasce d'età e delle relative modifiche dei bisogni. La definizione dell'offerta e dell'estensione delle misure di aggiornamento e di perfezionamento relative ad argomenti inerenti alla nutrizione avviene nell'ambito del concetto di nutrizione e di una certificazione perseguita risp. esistente [34] dell'istituzione. In questo contesto i bisogni differenti dei gruppi professionali coinvolti (ad es. infermiere, servizio alberghiero

o collaboratori della cucina) sono tenuti in considerazione in maniera corrispondente alle professioni [2, 19, 38-41]. L'offerta può essere frutto di una decisione interna all'istituzione.

Mansioni e responsabilità

Il gruppo di specialisti in geriatria ASDD raccomanda di annotare per scritto le mansioni e le responsabilità della dietista ASDD. Informazioni aggiuntive riguardanti la partecipazione a singoli processi faranno parte del concetto per la nutrizione e di documenti ulteriori. Ciò è necessario in particolare nel caso in cui la dietista ASDD lavori su mandato. Strutture chiare e percorsi ricostruibili permettono all'istituzione e a tutti i gruppi professionali coinvolti uno svolgimento senza intoppi orientato alle esigenze degli utenti [2, 19].

6. Ulteriori informazioni

Link

- [Weiterbildung im Bereich Ernährung und Diätetik](#) (Berner Fachhochschule)
- [Weiterbildungen im Bereich Gastronomie](#) (CURAVIVA Schweiz)
- [Bachelor of Science in Ernährung und Diätetik](#) (Berner Fachhochschule)
- [Le Bachelor en Nutrition et diététique](#) (Haute école de santé Genève)
- [Organizzazione professionale SVDE ASDD](#)
- [Gruppo di specialisti in geriatria SVDE ASDD](#)

7. Letteratura

- [1] Löser, C. (Hrsg.) (2011). Unter- und Mangelernährung. Klinik – moderne Therapiestrategien – Budgetrelevanz. Stuttgart: Thieme. ISBN: 978-3-13-154101-7.
- [2] DNQP (2017). 1. Aktualisierung 2017. Expertenstandard «Ernährungsmanagement zur Sicherung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege». ISBN: 978-3-00-025800-8.
- [3] Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2012). Sechster Schweizerischer Ernährungsbericht. ISBN: 3-905782-70-7 978-3-905782-70-7. Accesso il 06.12.2017 su www.blv.admin.ch/blv/de/home/lebensmittel-und-ernaehrung/publikationen-und-forschung/statistik-und-berichte-ernaehrung.html.
- [4] Office fédéral de la santé publique (OFSP) (2012). Sixieme rapport sur la nutrition en Suisse. ISBN: 3-905782-71-5 978-3-905782-71-4.
- [5] Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) (2012). Sesto rapporto sull'alimentazione in Svizzera. ISBN: 3-905782-72-3 978-3-905782-72-1.
- [6] Volkert, D., Bauer, J. M., Frühwald, T., Gehrke, I., Lechleitner, M., Lenzen-Großimlinghaus, R., Wirth, R. Sieber, C. und das DGEM Steering Committee (2013). Klinische Ernährung in der Geriatrie. Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) in Zusammenarbeit mit der GESKES, der AKE und der DGG. Accesso il 31.03.2017 su www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/073-019l_S3_Klinische_Ernahrung_Geriatrie_2015-12.pdf.
- [7] Volkert, D. (2015). Ernährung im Alter. 1. Auflage. Walter De Gruyter. ISBN: 978-3-11-034455-4.
- [8] Kulnik, D. et al. (2008). Assessment of the nutritional situation of elderly nursing home residents in Vienna. Ann Nutr Metab. 2008;52 Suppl 1:51-3. doi: 10.1159/000115350. Epub 2008 Mar 7.
- [9] Bourquin, L. et al. (2008). Dépistage de la dénutrition communautaire par les services de soins à domicile à Neuchâtel. Rev Med Suisse 2008;4:2458-62.
- [10] Donini, LM. et al. (2013). Nutritional care in a nursing home in Italy. PLoS One. 2013;8(2):e55804. doi: 10.1371/journal.pone.0055804. Epub 2013 Feb 6.
- [11] Morisod, J. (2011). Dénutrition de la personne âgée. Rev Med Suisse 2011;7:209-10.

- [12] Pezzana, A. et al. (2015). Nutritional Care Needs in Elderly Residents of Long-Term Care Institutions: Potential Implications for Policies. *J Nutr Health Aging* 2015 Nov;19(9):947-54. doi: 10.1007/s12603-015-0537-5.
- [13] Frei, A. (2006). Mangelernährung im Spital – medizinische Kosten und Kosteneffektivität bei Verhinderung. Bericht im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit. Accesso il 10.10.2017 su www.hugge.ch/sites/interhug/files/structures/pluriprofessionnels_de_sante/denutritioncouts.pdf.
- [14] Cepton (2007). Mangelernährung in Deutschland. 1. Auflage. ISBN 978-3-00-022678-6.
- [15] Kasper, H. (2009). Ernährungsmethodik und Diätetik. 11. Auflage. München & Jena: Urban & Fischer. ISBN: 978-3-437-42012-2.
- [16] Kiesewetter, E. (2015). Sarcopenia and Nutrition. New Kids on the Block? 20. St. Galler Geriatrieforum «Trends in der Geriatrie». 11. Juni 2015. Accesso il 31.03.2017 su www.gesundheitundalter.ch/Portals/3/Dr.%20E.%20Kiesswetter,%20Sarcopenia%20and%20Nutrition.pdf.
- [17] Taylor, C. (2017). Importance of nutrition in preventing and treating pressure ulcers. *Nurs Older People*. 2017 Jun 30;29(6):33-39.
- [18] Schütz, T. (2017). Ernährungs-Screening. Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. Accesso il 31.03.2017 su www.station-ernaehrung.de/wissenswertes/mangelernaehrung/erfassung-des-ernaehrungszustandes/ernaehrungs-sreening/.
- [19] Österreichische Arbeitsgemeinschaft für klinische Ernährung AKE (2010) Konsensus-Statement Geriatrie – Empfehlungen für die Ernährung des älteren Menschen in der Langzeitpflege. ISBN: 978-3-9501251-6-0.
- [20] Österreichische Arbeitsgemeinschaft für klinische Ernährung AKE (2017). AKE Screening für die geriatrische Langzeitbetreuung. Accesso il 31.03.2017 su www.ake-nutrition.at/uploads/media/ger_langzeitbetr.pdf.
- [21] Diekmann, R. et al. Screening for malnutrition among nursing home residents - a comparative analysis of the mini nutritional assessment, the nutritional risk screening, and the malnutrition universal screening tool. *J Nutr Health Aging*. 2013 Apr;17(4):326-31. doi: 10.1007/s12603-012-0396-2.
- [22] Nestlé Nutrition Institute (2009). DE. Mini Nutritional Assessment MNA® (sf). Accesso il 10.10.2017 su www.mna-elderly.com/forms/mini/mna_mini_german.pdf.
- [23] Nestlé Nutrition Institute (2006). DE. Mini Nutritional Assessment MNA® (full). Accesso il 10.10.2017 su www.mna-elderly.com/forms/MNA_german.pdf.
- [24] Nestlé Nutrition Institute (2011). DE. Mini Nutritional Assessment MNA® (guide sf). Accesso il 10.10.2017 su www.mna-elderly.com/forms/mna_guide_german_sf.pdf.
- [25] Nestlé Nutrition Institute (2009). FR. Mini Nutritional Assessment MNA® (sf). Accesso il 10.10.2017 su www.mna-elderly.com/forms/mini/mna_mini_french.pdf.

[26] Nestlé Nutrition Institute (2009). FR. Mini Nutritional Assessment MNA® (full). Accesso il 10.10.2017 su www.mna-elderly.com/forms/MNA_french.pdf.

[27] Nestlé Nutrition Institute (2009). FR. Mini Nutritional Assessment MNA® (guide sf). Accesso il 10.10.2017 su www.mna-elderly.com/forms/mna_guide_french_sf.pdf.

[28] Nestlé Nutrition Institute (2009). FR. Mini Nutritional Assessment MNA® (guide). Accesso il 10.10.2017 su www.mna-elderly.com/forms/mna_guide_french.pdf.

[29] Nestlé Nutrition Institute (2009). IT. Mini Nutritional Assessment MNA® (sf). Accesso il 10.10.2017 su www.mna-elderly.com/forms/mini/mna_mini_italian.pdf.

[30] Nestlé Nutrition Institute (2009). IT. Mini Nutritional Assessment MNA® (full). Accesso il 10.10.2017 su www.mna-elderly.com/forms/MNA_italian.pdf.

[31] Nestlé Nutrition Institute (2009). IT. Mini Nutritional Assessment MNA® (guide). Accesso il 10.10.2017 su www.mna-elderly.com/forms/mna_guide_italian.pdf.

[32] Weimann, A., Schütz, T., Fedders, M., Grünewald, G., Ohlrich, S. (2013). Ernährungsmedizin – Ernährungsmanagement – Ernährungstherapie. Interdisziplinärer Praxisleitfaden für die klinische Ernährung. Heidelberg: ecomed Medizin. ISBN: 978-3-609-16465-6.

[33] Academy of Nutrition and Dietetics (2017). Nutrition Care Process Terminology (NCPT). Accesso il 10.10.2017 su <https://ncpt.webauthor.com>.

[34] SanaCERT Suisse. Schweizerische Stiftung für die Zertifizierung der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen. Accesso il 10.10.2017 su www.sanacert.ch/assets/files/Qualitaetsstandards/Langzeit/normative_grundlage_langzeit_vom_01.01.2015_version_7_0.pdf.

[35] Bundesamt für Sozialversicherungen (2013). Tarifvertrag Ernährungsberatung SVDE. Accesso il 10.10.2017 su www.bsvlive.admin.ch/vollzug/documents/view/4068/lang:deu/category:55/viewlang:deu.

[36] Office fédéral des assurances sociales (2013). Convention tarifaire Conseils nutritionnels ASDD. Accesso il 10.10.2017 su www.bsvlive.admin.ch/vollzug/documents/view/4068/lang:fre/category:55/viewlang:fre.

[37] Österreichische Arbeitsgemeinschaft für klinische Ernährung AKE (2017). Nutrition-NEWS. Ernährungstherapie bei Patienten mit Dekubitus 2017(3):14-16. ISSN 2227-8524

[38] Österreichische Arbeitsgemeinschaft für klinische Ernährung AKE (2017). Nutrition-NEWS.DAMIA: Der alte Mensch is(s)t anders – Interdisziplinäres Ernährungsmanagement in Pflegeheimen 2017(3):18-19. ISSN 2227-8524.

[39] Suominen, M. H. et al. (2009). How well do nurses recognize malnutrition in elderly patients? Eur J Clin Nutr. 2009 Feb;63(2):292-6. Epub 2007 Sep 19.

[40] Labossiere, R. et al. (2008). Nutritional considerations in institutionalized elders. Curr Opin Clin Nutr Metab Care. 2008 Jan;11(1):1-6.

[41] Imoberdorf, R., Ballmer PE. (2014). Die Epidemiologie der Mangelernährung. Therapeutische Umschau. 2014;71(3):123-126. DOI 10.1024/0040-5930/a000492.

Autunno, 2017