
**“Prevenzione e trattamento
delle Lesioni da Pressione:
dove siamo e dove vogliamo andare”**

RUOLO DELLA NUTRIZIONE



"I pazienti malnutriti hanno un rischio elevato di sviluppare lesioni da pressione"



MALNUTRIZIONE

DEFINIZIONE

Stato di alterazione funzionale, strutturale e di sviluppo dell'organismo conseguente allo squilibrio tra fabbisogni, introiti ed utilizzazione dei nutrienti.

CLASSIFICAZIONE MALNUTRIZIONE

La più pratica e comune classificazione si basa sul fattore nutritivo la cui deficienza o eccedenza è responsabile della malattia:

MALNUTRIZIONE PROTEICA (KWASHIORKOR)

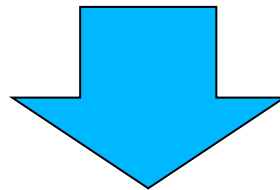
MALNUTRIZIONE PROTEICO ENERGETICA (MARASMA)

MALNUTRIZIONE LIPIDICA

MALNUTRIZIONE VITAMINICA

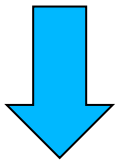

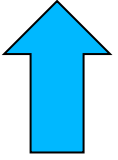
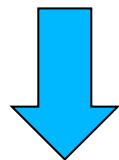
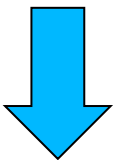

MALNUTRIZIONE IDRO-MINERALE (DISIDRATAZIONE)

PRATICA CLINICA



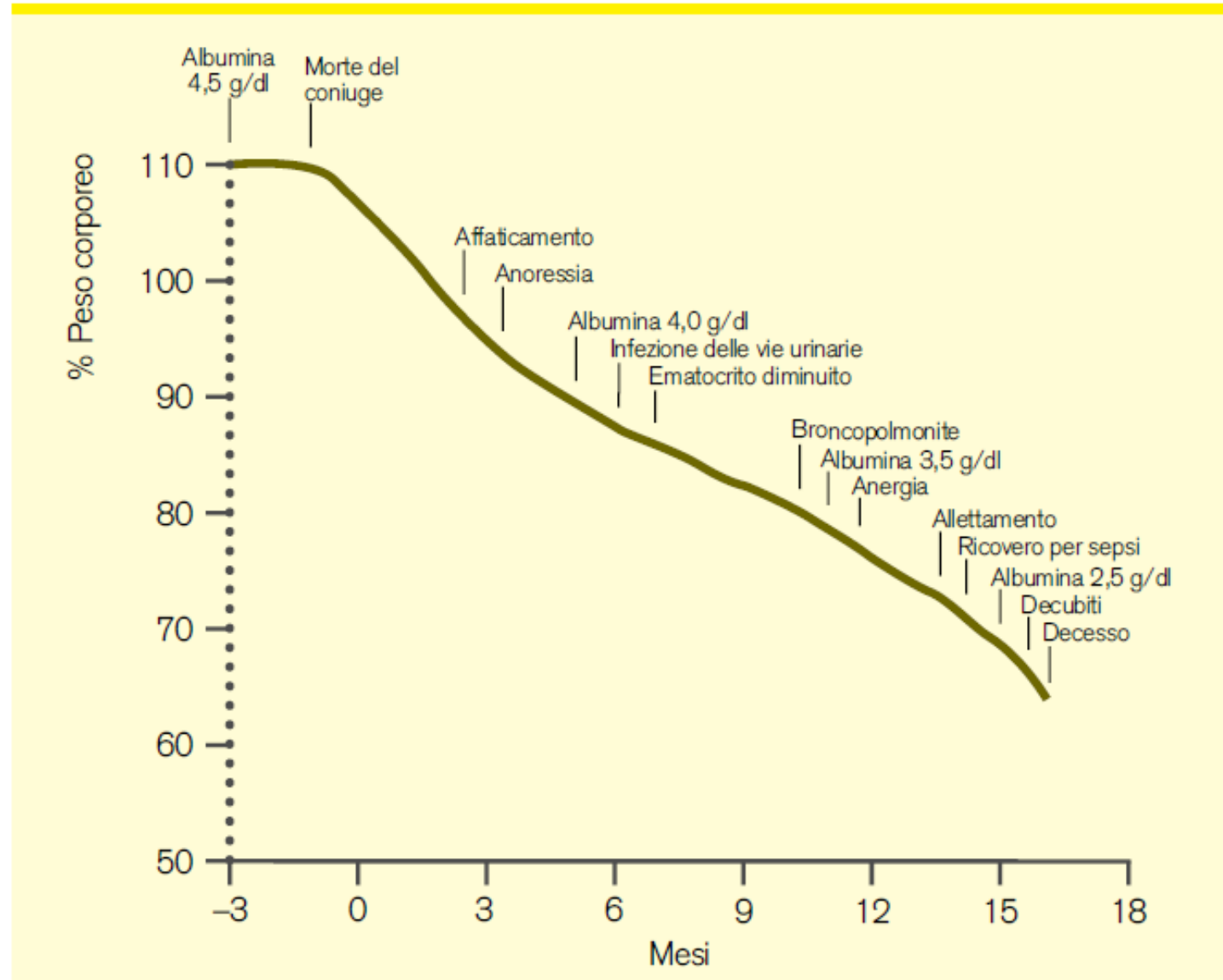
MALNUTRIZIONE PROTEICO-CALORICA

La malnutrizione proteico – calorica correla con :

-  difese immunitarie,  incidenza di infezioni
- Peggioramento funzionale e compromissione della funzione di organi ed apparati
- Piaghe da decubito:  insorgenza,  guarigione
-  massa muscolare che determina o aggrava l'inabilità motoria
- Mortalità 

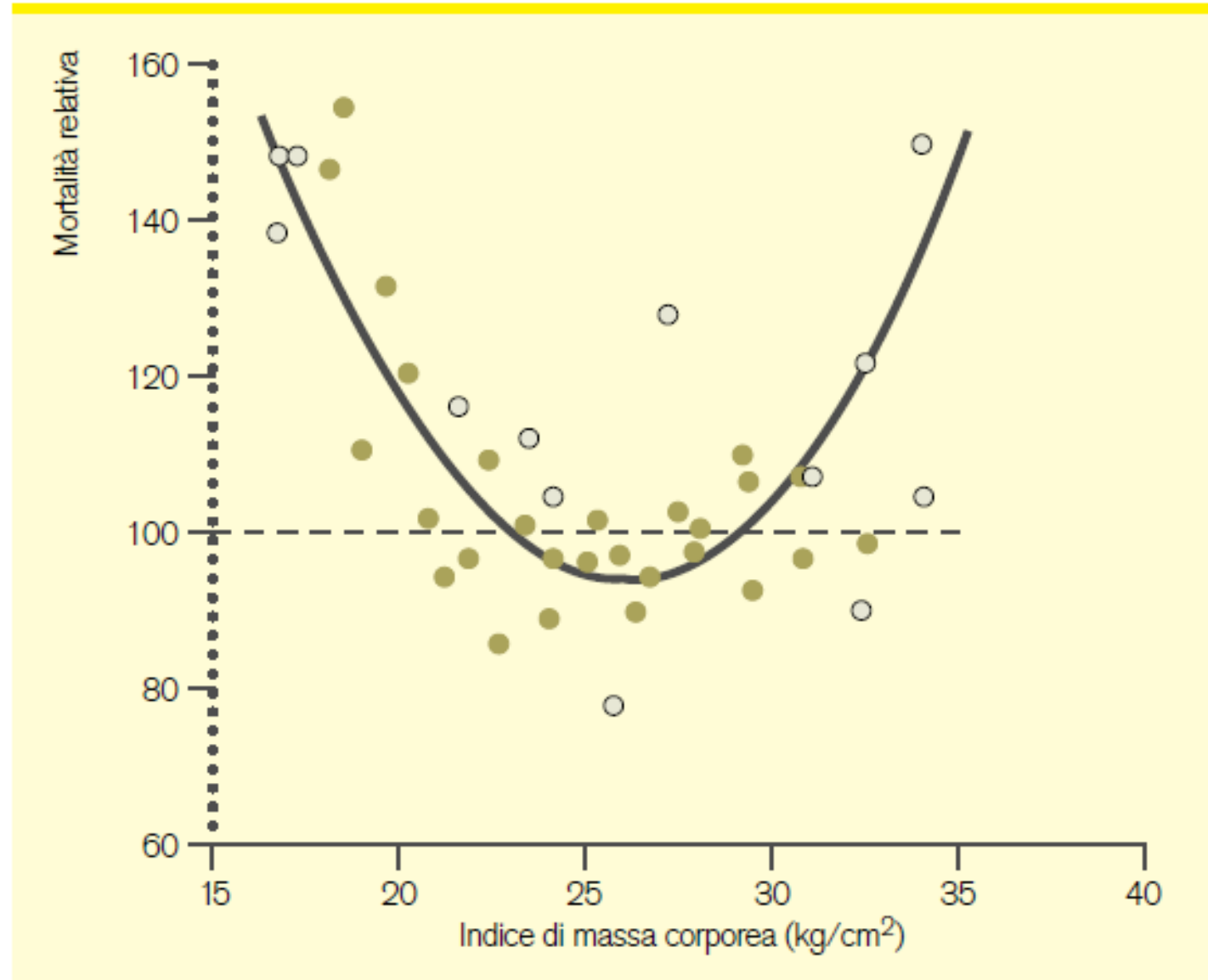
La malnutrizione proteico – calorica correla con :

Andamento delle manifestazioni cliniche e dei parametri biochimici in un soggetto anziano con grave malnutrizione (instauratasi a seguito della morte del coniuge).



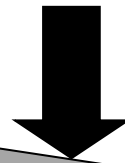
La malnutrizione proteico – calorica correla con :

Andamento ad U
della *relazione tra
BMI e mortalità
relativa*. La
mortalità paro a
100 è quella media
o attesa per
uomini tra i 60 e i
69 anni. Il nadir
della curva cade
in corrispondenza
del BMI con
mortalità più
bassa



NON MENO IMPORTANTI

- AUMENTO MORBILITA'
- AUMENTO DURATA DEGENZA
- AUMENTO IMPIEGO DI FARMACI
 - AUMENTO DURATA DELLA RIABILITAZIONE
- AUMENTO COSTI GESTIONE SANITARIA



**PEGGIORAMENTO DELLA
QUALITA' DI VITA**

MALNUTRIZIONE: RICONOSCERLA

Entro 48 ore dal ricovero o alla presa in carico, ogni paziente dovrebbe essere sottoposto ad uno screening dello stato nutrizionale, eseguito da personale addestrato, impiegando metodo valido:

PARAMETRI ANTROPOMETRICI

PARAMETRI ANAMNESTICI

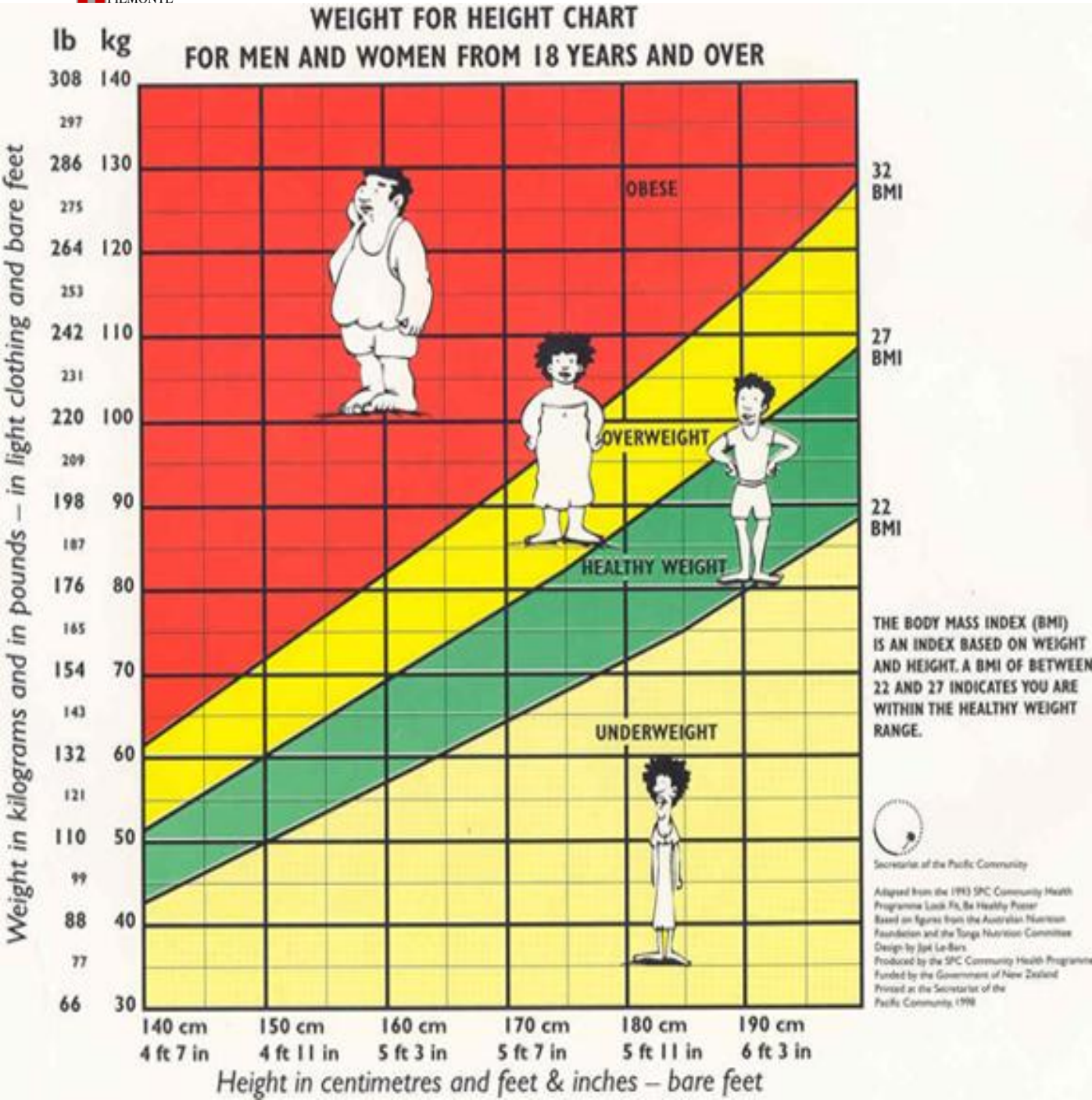
PARAMETRI CLINICI

PARAMETRI EMATICI

PARAMETRI ANTROPOMETRICI

- **ALTEZZA (CM)**
- **PESO CORPOREO (KG)**
- **BODY MASS INDEX (BMI):**
$$\frac{\text{PESO IN KG}}{(\text{ALTEZZA M})^2}$$
- **CIRCONFERENZA DEL BRACCIO (CM)**

BMI



<18,5 Sottopeso

18,5 - 24,9
Normopeso

25 - 29,9 Sovrappeso

30 - 34,9
Obesità di I° grado

35 - 39,9
Obesità di II°

>40 Obesità di III°

Body Mass Index (BMI)

MALNUTRIZIONE CALORICO PROTEICA (PEM)

BMI

NORMALE	18,5-<25
MALNUTRIZIONE LIEVE	17-18,4
MALNUTRIZIONE MODERATA	16 – 16,9
MALNUTRIZIONE GRAVE	< 16

PARAMETRI ANTROPOMETRICI : LA CIRCONFERENZA MEDIA DEL BRACCIO



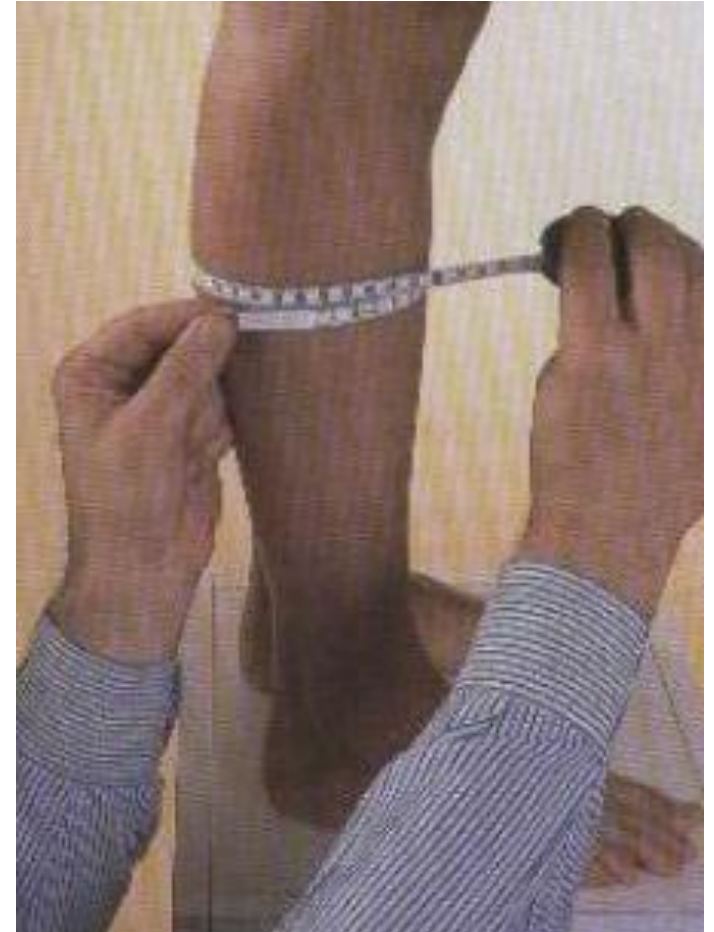
- Misurare la distanza tra acromion della scapola e olecrano del gomito, sulla parte posteriore del braccio.
- Evidenziare con una penna il punto intermedio
- Posizionare il nastro e stringerlo lungo l'intera circonferenza, prestando attenzione a non pizzicare o causare impronte.
- Registrare la misurazione in cm

CB INFERIORE A 22 cm IL PZ E' MALNUTRITO

Per minore variabilità : MISURARE SEMPRE STESSO OPERATORE

PARAMETRI ANTROPOMETRICI : LA CIRCONFERENZA DEL POLPACCIO

- Il reperi della misurazione è la circonferenza massima del polpaccio
- Posizionare il nastro nel punto di massima ampiezza del polpaccio e stringerlo lungo l'intera circonferenza, prestando attenzione a non pizzicare o causare impronte.
- Registrare la misurazione in cm



CP INFERIORE A 31 cm IL PZ E' MALNUTRITO

Per minore variabilità : MISURARE SEMPRE STESSO OPERATORE

PARAMETRI ANAMNESTICI

**RIDUZIONE PERCENTUALE DEL PESO CORPOREO
RISPETTO AL PESO IN BUONA SALUTE**

PESO IN BUONA SALUTE - PESO ATTUALE

X 100

PESO IN BUONA SALUTE

MALNUTRIZIONE LIEVE: 5 - 10 %

MALNUTRIZIONE MODERATA: 11 - 20 %

MALNUTRIZIONE GRAVE: > 20 %

PARAMETRI ANAMNESTICI

CALO PONDERALE INVOLONTARIO

ULTIMI 6 MESI > 10% DEL PESO ABITUALE

ULTIMO MESE > 5% DEL PESO ABITUALE

È indicativo di malnutrizione

PARAMETRI ANAMNESTICI

VALUTAZIONE DELLE INGESTA

Nel paziente che si alimenta per via orale è importante valutare ***quanto realmente riesce a consumare.***

Se il paziente si alimenta in modo carente (ad esempio con 1000 kcal/die), e non si prevede un recupero in tempi brevi, ***occorre prevedere un supporto nutrizionale.***

PARAMETRI CLINICI

ESAME OBIETTIVO

MASSE MUSCOLARI (depauperamento muscolare, tessuto adiposo scarso, riduzione della forza muscolare)

TROFIA E INTEGRITÀ CUTANEE

(pallore, dermatite, petecchie, ecchimosi, alterata cicatrizzazione, piaghe da decubito..)

ASPETTO MUCOSE

(labbra gonfie, arrossate e screpolate; perdita di sangue, gonfiore ed arrossamento delle gengive; denti che dondolano; lingua gonfia ed arrossata;)

PARAMETRI EMATICI

LA PRESENZA DI MPC INDUCE
ALTERAZIONI IN ALCUNE PROTEINE
PLASMATICHE CHE BEN SI
CORRELANO CON LO STATO
NUTRIZIONALE E LA GRAVITÀ
DELLA PATOLOGIA DI BASE

ALBUMINEMIA

TRANSFERRINA

PROTEINE TOTALI

***VALORI UTILI PER
LA VALUTAZIONE
DEL SERBATOIO
PROTEICO***

ALBUMINEMIA

- Nei valori tra **3,5 – 5 g/dl** rispecchia l'equilibrio tra consumo, distribuzione e sintesi delle proteine.
- La perdita/consumo di proteine da parte di una LDP può superare i 50 g/die.
- La sintesi diminuisce in caso di malnutrizione proteica.
- Dovrebbe costituire il 44% delle proteine totali, dimostra precocemente il deficit proteico.
- Indicatore più preciso delle sole **proteine totali**, che si considerano in valori normali **6 - 8 g/dl**.

Stadio della piaga e concentrazione dell'albumina nel siero

STADIO	ALBUMINEMIA
1	3.4 g/dl
2	2.6 g/dl
3	2.4 g/dl
4	2.0 g/dl

TRANSFERRINEMIA

- Ha emivita più breve della albuminemia ed è pertanto più indicata a sorvegliare rapide modificazioni dello stato nutrizionale
- Gli stati morbosi acuti ne influenzano i livelli plasmatici, accelerandone la degradazione
- La carenza di ferro ne incrementa la sintesi
- Valori ridotti si riscontrano in malnutrizione, anemia perniciosa, anemia in corso di malattie croniche, epatopatie, sovraccarico marziale, sindrome nefrosica, enteropatie, terapia steroidea
- VN: 220–350 mg/dl EMIVITA: 8-10 giorni

GRADI DI MALNUTRIZIONE

INDICATORE	LIEVE	MODERATA	GRAVE
Calo ponderale*	5-10 %	11-20%	>20 %
BMI	17-18.4	16-16.9	<16
Albumina	3.5-3	2.9-2.5	<2.5
Transferrina	200-150	149-100	<100
Linfociti/mm	1500-1200	1199-800	<800

* Quando non disponibile il peso abituale ci si può riferire al peso ideale:

Calo Ponderale su peso ideale

10 - 20 %

21 - 40 %

> 40 %

LA MALNUTRIZIONE

come citato in precedenza
è strettamente correlata
all'insorgenza di ulcere
da pressione



Ma non tutti i pazienti con LDP sono
malnutriti

SUPPORTO NUTRIZIONALE NELLE PIAGHE DA DECUBITO... che fare?

DEFICIT NUTRIZIONALE: EFFETTI NEGATIVI SULLA GUARIGIONE

**UN CORRETTO STATO NUTRIZIONALE
RAPPRESENTA**

IL FATTORE PIU' IMPORTANTE

CHE CONTRIBUISCE ALLA GUARIGIONE E

**incide favorevolmente su prognosi, qualità della
vita, riabilitazione e costi di trattamento**

L'INADEGUATO APPORTO PROTEICO ED ENERGETICO COMPROMETTE L'ORGANISMO, IN PARTICOLARE IN PRESENZA DI LDP :

- Il ***deficit proteico*** prolunga la **fase infiammatoria**
- Il ***deficit proteico*** e di Vit C rallenta la sintesi del tessuto connettivo, indebolisce il sistema immunitario e crea **peggioramento delle piaghe**
- Il deficit di Vit K crea disturbi del quadro **emostatico**

Scheda di Braden

Allegato 9 Scheda di Braden

Indicatori	1	2	3	4	Punteggio rilevazione		
					1°	2°	3°
Percezione sensoriale: capacità di rispondere in maniera consapevole ai disturbi connessi all'aumento di pressione	Completamente limitata: assenza di risposta agli stimoli dolorosi dovuta alla riduzione dello stato di coscienza o a sedazione (non geme, non si contrae o afferra) OPPURE limitata capacità di avvertire gli stimoli dolorosi su gran parte della superficie corporea	Molto limitata: risponde solamente agli stimoli dolorosi. Non è in grado di comunicare il suo disagio se non gemendo e agitandosi OPPURE ha un danno sensoriale che limita la capacità di percepire il dolore e il disagio sul 50% della superficie corporea	Leggermente limitata: risponde ai comandi verbali ma non riesce a comunicare sempre il suo disagio o necessità di essere ruotato OPPURE ha qualche limitazione sensoriale che limita la capacità di percepire il dolore o il disagio in una o due estremità	Nessuna limitazione: risponde ai comandi verbali. Non ha deficit sensoriali che limitano la capacità di percepire e riferire il dolore o il disagio			
Macerazione: grado di esposizione della cute alla macerazione	Costantemente umida: la cute è sempre umida per sudorazione, urine, ecc. L'umidità è riscontrata ogni volta che il soggetto viene mosso o ruotato	Molto umida: la cute è spesso ma non sempre umida. Il pannolone o la biancheria vengono cambiati almeno una volta per turno	Occasionalmente umida: la cute è occasionalmente umida; è richiesto un cambio della biancheria circa una volta al giorno	Raramente umida: la cute è normalmente asciutta; la biancheria viene cambiata secondo gli intervalli abituali in uso			
Attività: grado dell'attività fisica	Allettato: confinato a letto	In poltrona: capacità di camminare molto limitata o assente. Non riesce a spostare il suo peso e/o deve essere assistito in poltrona o in carrozzella	Cammina occasionalmente nella giornata, per distanze molto brevi, con o senza aiuto. Per la maggior parte sta a letto o in poltrona	Cammina di frequente: cammina al di fuori della sua stanza almeno due volte al giorno e nella stanza almeno ogni due ore durante le ore diurne			
Mobilità: capacità di variare e controllare la posizione corporea	Completamente immobile: non riesce a produrre neppure piccoli movimenti del corpo e delle estremità senza assistenza	Molto limitata: riesce occasionalmente a fare piccoli movimenti corporei o delle estremità ma non riesce a realizzare frequenti e significativi movimenti in modo indipendente	Parzialmente limitata: cambia frequentemente la posizione con minimi spostamenti del corpo	Limitazioni assenti: si sposta frequentemente e senza assistenza			
Nutrizione:	Molto povera: non mangia mai un pasto completo, raramente mangia più di 1/3 di qualsiasi cibo offerto, due o meno porzioni di proteine al giorno; assume pochi liquidi e nessun integratore OPPURE è a digiuno o sostenuto solamente con fleboclisi o a dieta esclusivamente liquida per più di 5 gg	Probabilmente inadeguata: raramente mangia un pasto completo, generalmente mangia la metà dei cibi offerti. Le proteine assunte includono 3 porzioni di carne o latticini al dì, occasionalmente integratori alimentari OPPURE riceve una quantità scarsa rispetto a quanto previsto come dieta liquida entrale (SNG o PEG)	Adeguata: mangia più della metà dei pasti, 4 o più porzioni di proteine al giorno. Assume normalmente integratori OPPURE si alimenta artificialmente (SNG/PEG) assumendo il quantitativo nutrizionale necessario	Eccellente: mangia la maggior parte del cibo, non rifiuta mai un pasto. Talvolta mangia tra i pasti. Non ha necessità di integratori.			
Frizione e scivolamento:	Problema: richiede da moderata a completa assistenza nel movimento. Scivola spesso nel letto e nella poltrona richiedendo riposizionamenti con assistenza. Sono presenti spasticità, contratture, agitazione, che causano costante attrito contro il piano del letto e della poltrona	Problema potenziale: si muove poco e necessita di una minima assistenza. Durante lo spostamento, la cute fa attrito con le lenzuola o con il piano della poltrona, occasionalmente può slittare	Senza problemi apparenti: si sposta nel letto e sulla sedia in modo autonomo e ha sufficiente forza muscolare per sollevarsi completamente				
PUNTEGGIO TOTALE							
DATA RILEVAZIONE							
FIRMA OPERATORE							

Scheda di Braden - Nutrizione

Ind.	1	2	3	4
N U T R I Z I O N E	<p>Molto povera: non mangia mai un pasto completo, raramente mangia più di 1/3 di qualsiasi cibo offerto, due o meno porzioni di proteine al giorno; assume pochi liquidi e nessun integratore</p> <p>OPPURE è a digiuno o sostenuto solamente con fleboclisi o a dieta esclusivamente liquida per più di 5 gg</p>	<p>Probabilmente inadeguata: raramente mangia un pasto completo, generalmente mangia la metà dei cibi offerti. Le proteine assunte includono 3 porzioni di carne o latticini al dì, occasionalmente integratori alimentari</p> <p>OPPURE riceve una quantità scarsa rispetto a quanto previsto come dieta liquida enterale (SNG o PEG)</p>	<p>Adeguata: mangia più della metà dei pasti , 4 o più porzioni di proteine al giorno. Assume normalmente integratori</p> <p>OPPURE si alimenta artificialmente (SNG/PEG) assumendo il quantitativo nutrizionale necessario</p>	<p>Eccellente: mangia la maggior parte del cibo, non rifiuta mai un pasto. Talvolta mangia tra i pasti. Non ha necessità di integratori.</p>

AD ESEMPIO

Colazione



- Latte intero cc 100



- Frollini gr 30

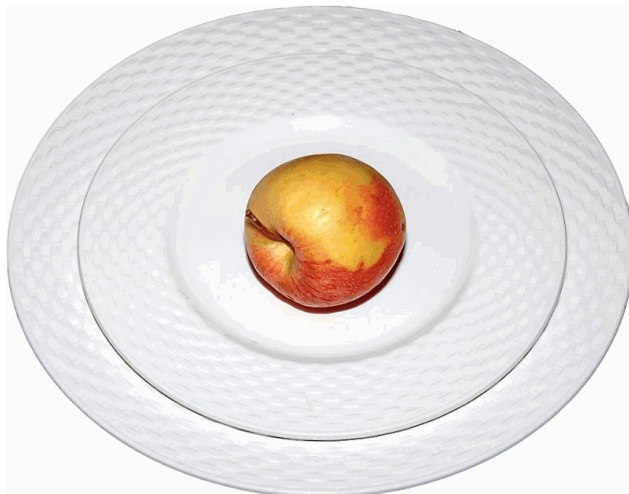
Pranzo



Riso in bianco gr 60



Olio gr 10

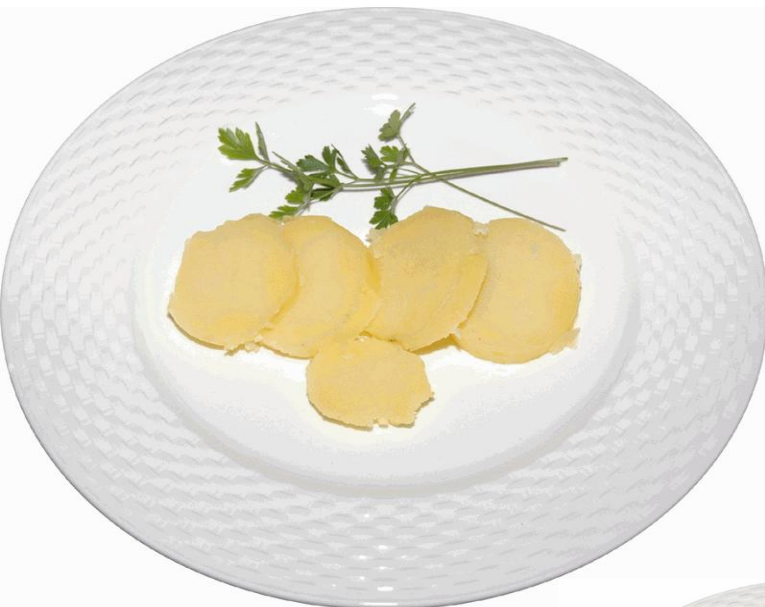


Mela gr 100

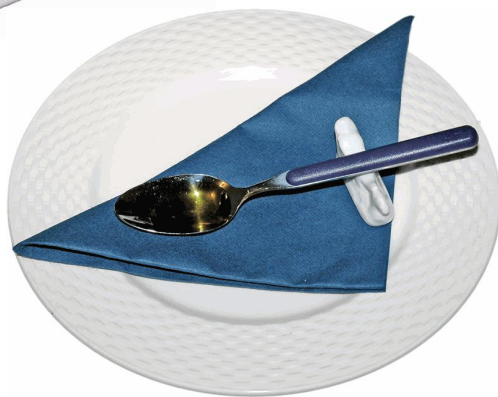
Cena



Stracchino gr 50



Patate gr 120



Olio gr 10

Apparentemente il pz mangia...

...MA REALMENTE INTRODUCE:

Kcal 877

Protidi gr 21.55



CARATTERISTICHE DELLA DIETA

- studiare schemi dietetici che tengano conto delle condizioni di vita degli anziani (*condizioni economiche, abitudini alimentari, possibilità di avere un aiuto nel preparare i pasti*)
- aiutare la famiglia a capire l'importanza di una dieta adeguata
- aiutare la famiglia quando l'alimentazione diventa un problema (*alimentazione enterale, l'anziano che non vuole mangiare, problemi nella deglutizione*)

Caso clinico...

Paziente donna di 83 anni

Allettata in esiti di ischemia

LDP IV stadio sacrale / trocantere bilaterale

Calcolo dell'anamnesi alimentare:

Kcal 800 circa – protidi 20 g circa

In pratica si alimenta solo con brodo “di dado” a pranzo e cena, chi la assiste “non ha pazienza”

Accessi ADI da oltre 6 mesi

E' stato sufficiente modificare la dieta della pz arrivando ai fabbisogni nutrizionali per ottenere già visibile miglioramento

In seguito è stato inserito integratore specifico, per 4 mesi, con regressione totale.

Consigli pratici per aumentare la quota calorico - proteica della dieta

- Assumere pasti di piccolo volume, ma frequentemente (ogni 2-3 ore)
- Preparare i pasti in modo da soddisfare, oltre al palato, anche gli occhi (variando i colori e l'aspetto dei cibi)
- Se non si riesce a mangiare la carne, sostituirla con altri alimenti ricchi in proteine (formaggi, uova, pesce, preparati a base di soia)
- Utilizzare alimenti frullati ad elevato contenuto energetico (succhi di frutta arricchiti con zucchero, panna, latte, latte condensato; passati di verdura arricchiti con condimenti, uova, ecc.);

Consigli per aumentare la quota calorica nelle preparazioni alimentari

Aggiungere:

- **Olio, burro, parmigiano** alle minestre, ai passati di verdura, alla purea, alla pasta e al riso
- **Panna** alle salse, ai passati di verdura, al latte, ai frappè
- **Panna montata o latte condensato** ai dessert, all'orzo, ecc
- **Zucchero e miele** alle bevande
- **Latte intero** al posto dell'acqua per cuocere semolini, cereali, minestre in polvere da diluire.

SCOPO DELLA TERAPIA NUTRIZIONALE

- 1) Mantenere un “normale” stato NUTRIZIONALE correggendo la malnutrizione se presente
- 2) Fornire, con le modalità più fisiologiche, i fabbisogni:



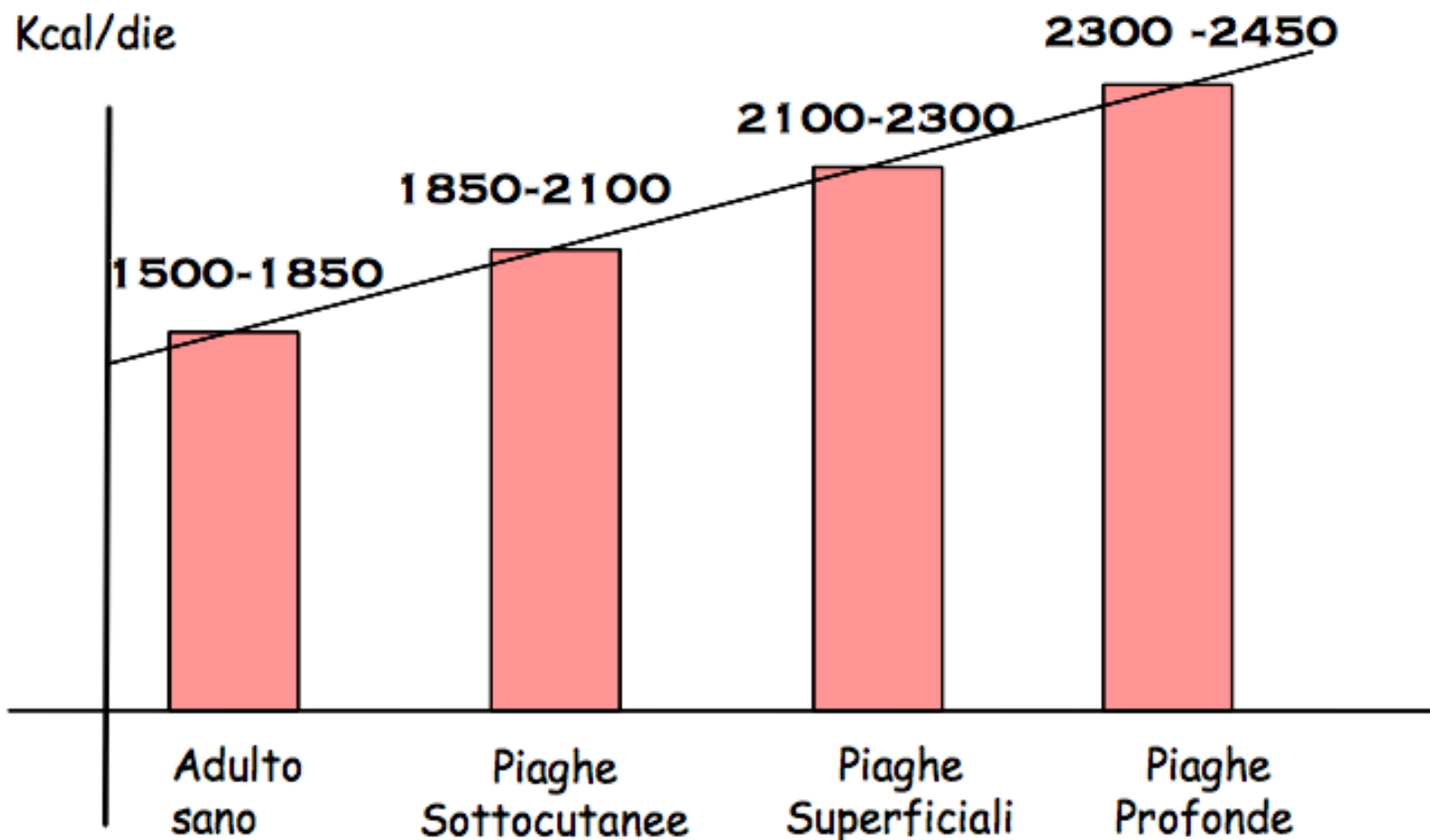
FABBISOGNO ENERGETICO

Fabbisogno calorico aumentato per i processi di sintesi cellulare del nuovo tessuto.

**Fabbisogno calorico minimo =
30-40 kcal/kg/die**

Può essere necessario aumentare l'apporto calorico del 50% o più a seconda della gravità della ferita

Aumento delle richieste energetiche



Fabbisogni energetici aumentano di 200-600 Kcal/die

FABBISOGNO PROTEICO

Varia a seconda della **ferita** e della **perdita di proteine**

Fabbisogno basato sullo stadio dei decubiti:

- **Stadio I - 1.0 g/kg**
- **Stadio II - 1.0-1.2 g/kg**
- **Stadio III - 1.25-1.5 g/kg**
- **Stadio IV - 1.5-2.0 g/kg**

NB Apporti superiori a 1,5 g/kg vanno limitati in caso di disidratazione, specialmente nei pazienti anziani ed in quelli con funzione renale compromessa.

PROTEINE ED ENERGIA

Guarigione più rapida in pz alimentati
con apporto :

PROTEICO MEDIO : 1,5 – 1,8 g/kg/die

ENERGETICO MEDIO : 30 – 40 kcal/kg/die

FABBISOGNO IDRICO

La **disidratazione** è un fattore di rischio importante per lo sviluppo delle LDP

apporto minimo 1.5 L/die (o 30 ml/kg di peso corporeo)

Un adeguato stato di idratazione svolge un ruolo importante:

- Regolazione della temperatura corporea
- Mantenimento del volume ematico
- Trasporto di sostanze nutritive e di scarto
- Mantenimento del flusso di sangue e di una buona resistenza della pelle

Minerali, Vitamine, Oligoelementi

- Solo una dieta varia garantisce un apporto di tutti i micronutrienti necessari.
- Diete monotone comportano il rischio di cadere in carenze
- Se non è possibile variare l'alimentazione del paziente in modo adeguato è opportuno ricorrere agli **integratori** che contengono tutti i macro e micronutrienti necessari all'organismo

La maggior parte dei pz con lesioni croniche presenta bassi livelli ematici di

ZINCO

VITAMINA K

FERRO

VITAMINA C

VITAMINA A

VITAMINA E

ZINCO

Funzione: cofattore di oltre 100 sistemi enzimatici che promuovono la sintesi proteica, la formazione di collagene e la replicazione cellulare

Deficit: perdita di capelli, dermatite, anoressia, diarrea, ritardato accrescimento, depressione

VITAMINA K

Funzione: cofattore del normale processo di coagulazione, della fissazione del calcio

Deficit: petecchie, rallentamento dei tempi di coagulazione

FERRO

Funzione: idrossilazione di lisina e prolina nella sintesi di collagene e trasporto di ossigeno ai tessuti

Deficit: perdita di capelli, anemia, cheilosi, fragilità ungueale, ipossia tissutale

VITAMINA C

Funzione: antiossidante, stimola la sintesi di collagene, l'idrossilazione di prolina e lisina, stimola la formazione di fibroblasti

Deficit: aumenta il rischio di formazione di DECUBITI

VITAMINA A

Funzione: cofattore per la sintesi di collagene, promuove la sintesi di glicoproteine aumentando la rigenerazione tissutale

Deficit: rallentamento del processo di cicatrizzazione, aumenta la suscettibilità alle infezioni. Patologie respiratorie, alterazioni a livello dell'epitelio intestinale

VITAMINA E

Funzione: antiossidante, mantiene l'integrità delle membrane cellulari

Deficit : aumento dell'aggregazione piastrinica, anemia emolitica, riduzione della creatininemia, alterazioni neurologiche

AMINOACIDI AD AZIONE SPECIFICA

ARGININA

- Stimola la produzione di collagene ed il suo deposito nell'area della ferita
 - Migliora la circolazione sanguigna da e verso la parte malata
- Effetti positivi in dosi : 15 grammi/die*

GLUTAMINA

- Facilita la guarigione delle ferite stimolando la sintesi di collagene
- Sostiene la sintesi proteica in condizioni di stress

LEUCINA → metabolita **HMB** (β -idrossi- β -metilbutirrato)

- Supporta la sintesi proteica
- Riduce il catabolismo muscolare

AMINOACIDI AD AZIONE SPECIFICA

- Preservano le proteine corporee
- Supportano la sintesi di collagene
- Sono substrato delle cellule immunitarie, possono migliorare le difese dell'organismo per prevenire o contrastare le infezioni dannose per la guarigione delle ferite

INTEGRATORI NUTRIZIONALI

Molti pazienti inclini a sviluppare un'ulcera da pressione spesso non soddisfano le loro esigenze nutrizionali attraverso la normale assunzione di cibo.

Qualora l'alimentazione per OS non fosse sufficiente a coprire i fabbisogni nutrizionali è possibile ricorrere all'utilizzo di INTEGRATORI SPECIFICI.

INTEGRATORI NUTRIZIONALI

Inoltre la supplementazione nutrizionale orale sembra essere associata ad una significativa diminuzione dello sviluppo di ulcere da pressione, se comparata alla cura routinaria.

N.B. Potrebbe rendersi necessaria la nutrizione enterale (con sonda) e parenterale (somministrata al di fuori del tratto digerente) nel caso in cui l'alimentazione orale sia inadeguata o impossibile, basandosi sulle condizioni e sugli obiettivi specifici per l'individuo.

STADIO LESIONE	PAZIENTE MALNUTRITO	PAZIENTE NON MALNUTRITO
1° e 2°	integratore nutrizionale specifico SI	integratore nutrizionale specifico NO
3° e 4°	integratore nutrizionale specifico SI	integratore nutrizionale specifico SI

INTEGRATORI NUTRIZIONALI

	CUBITAN Flac 200 ml	ABOUND busta 19 g	REPAIR Flac 200 ml
	HC, HP, Zinco, arginina, antiossidanti e vitamine DOSE : 1-3 / DIE	Miscela di amminoacidi (HMB, arginina, glutamina) DOSE : 2 / DIE	HP, moderatamente HC, Zinco, arginina e vitamine DOSE : 1-3 / DIE
Kcal	250	75	250
Proteine	20	-	18,6
Glucidi	28.4	3.8	31,2
Lipidi	7	-	5,6
Arginina	3	7.4	1
Glutamina	-	7.4	-
HMB	-	1.3	-
Zinco	9 mg	-	7.8 mg

INTEGRATORI NUTRIZIONALI

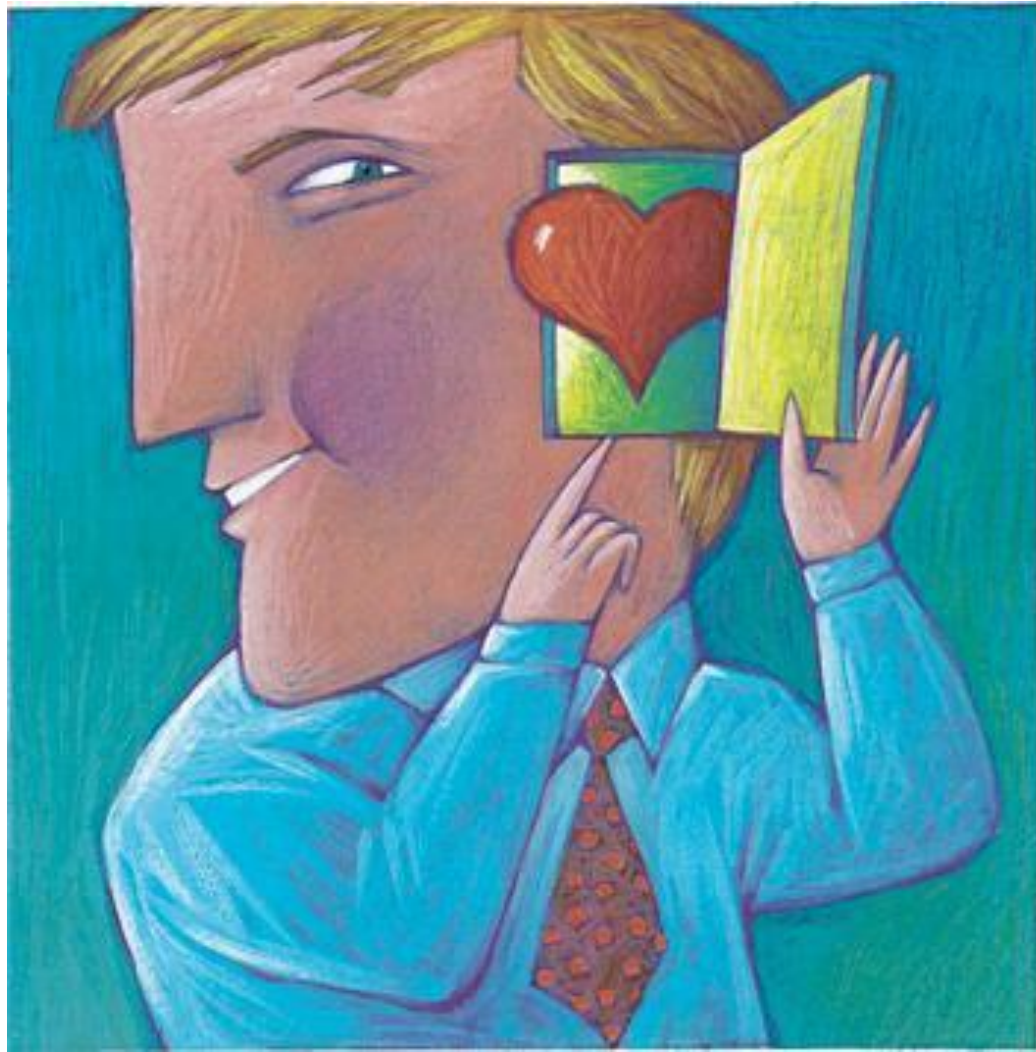
MODALITA' DI EROGAZIONE AGLI ASSISTITI:

→ INDIRIZZARE RICHIESTA ←

→ AI CENTRI DI DIETETICA DELL'ASL ←

Che provvedono a trasmetterle al
Centro Prescrittore ASO di Alessandria





GRAZIE PER
L'ATTENZIONE