



P. ALESSANDRINI

**ASPETTI ATTUALI E IDEALI  
DELLA DIETETICA OSPEDALIERA.**

Estratto da  
**IL PROBLEMA ALIMENTARE**  
Anno III (Serie II) Fasc. I

ROMA - DITTA TIPOGRAFIA CUGGIANI  
Via della Pace, 35                      Telefono 51-311



P. ALESSANDRINI

DIRETTORE DELL'ISTITUTO PER LO STUDIO DEI PROBLEMI DELL'ALIMENTAZIONE  
NELL'UOMO SANO E MALATO



## ASPETTI ATTUALI E IDEALI DELLA DIETETICA OSPIDALIERA

La dieta ospedaliera è oggi basata su di un'armonica cooperazione tra criteri qualitativi, quantitativi, terapeutici ed economici. Essa con i suoi continui perfezionamenti tende, non solo a rendere sempre più accetto il soggiorno dei pazienti negli ospedali, senza gravare eccessivamente sul bilancio, ma soprattutto a rispondere sempre più al requisito di fattore terapeutico fondamentale. E ciò vale per tutte le malattie e non solo per quel gruppo di processi morbosi (affezioni renali, cardiache, diabete ed altre malattie del ricambio) in cui la dietetica ha un valore superiore alla terapia medicamentosa: si è visto infatti che in alcuni ospedali americani, una maggiore attenzione nella scelta e nella preparazione degli alimenti ha contribuito notevolmente alla diminuzione della mortalità specie infantile. Ciò si comprende facilmente quando si consideri che, trascurando il confezionamento dei cibi o le preferenze individuali, gli ammalati mangiano meno volentieri, il che porta da un lato ad un rilevante sperpero e dall'altro ad una notevole denutrizione che contribuisce a diminuire i poteri di resistenza verso le malattie.

È necessario perciò non irrigidirsi in uno schematismo dietetico che costituisce un fattore di diffidenza, giacché bisogna riconoscere che il malato è molto più sensibile del sano al fattore alimentare e al coefficiente psicologico-sentimentale ad esso legato, come lo dimostra il bisogno istintivo da parte di pazienti ricoverati negli Ospedali di reclamare dai familiari un cibo spesso inferiore di qualità e meno adatto di quello ospedaliero, ma più consono alle esigenze individuali.

I criteri che regolano l'alimentazione negli ospedali furono all'inizio orientati su quelli della cucina centrale del monastero, di cui rappresentavano una emanazione; l'esperienza ulteriore rese necessaria l'istituzione di due o tre

diete standard; empiricamente poi si riconobbe la necessità di variare nei singoli casi lo schematismo dietetico e sorse il sistema delle *aggiunte* e delle *sostituzioni*, che, oltre a complicare notevolmente i servizi di cucina, rappresentava per alcuni ospedali una fonte di sperpero non indifferente.

Per ovviare a tali inconvenienti si è tentato, in base a criteri rigidamente amministrativi, di ridurre in alcuni ospedali la quantità globale del cibo, non tenendo conto che ormai la scienza dell'alimentazione ha fissato in modo assiomatico i dati quantitativi, specie per i malati cronici e per i convalescenti.

Non c'è dubbio che la cucina destinata ad un notevole numero di malati risenta degli inconvenienti di tutte le cucine collettive e soprattutto presenti la difficoltà, se non l'impossibilità, di soddisfare completamente ai bisogni individuali.

D'altra parte bisogna tener presente che il criterio dell'appetibilità dei cibi rappresenta un elemento essenziale atto a favorire una normale funzione digestiva e che il trascurarlo può avere conseguenze nefaste, per esempio nei diabetici, in cui è responsabile di limitazioni alimentari, che possono determinare un'acidosi spesso mortale.

In alcuni ospedali sembrò di avere realizzato un grande progresso colla istituzione di regimi speciali per un gruppo di malattie in cui la dieta è d'importanza capitale (diabetici, dispeptici, convalescenti, nefritici e tubercolosi, ecc.): col progredire però della scienza dell'alimentazione tali diete speciali dovrebbero crescere illimitatamente, ciò che non sarebbe agevole dal punto di vista pratico.

Dai dati suesposti risulta ad ogni modo che, in tema di dietetica ospedaliera, le direttive non sono uniformi e sono lasciate all'arbitrio dei singoli enti amministrativi.

Negli ospedali romani, sia per la qualità del cibo sia per la ricchezza dell'apporto calorime-

trico e dei rapporti equilibrati tra i vari tipi di alimenti, si può dire che l'alimentazione degli ammalati rappresenti, almeno per il momento, l'ideale. Nelle varie diete proposte, colle opportune sostituzioni, esiste una certa elasticità che permette facilmente di rispondere alle esigenze dei malati speciali (diabetici, nefritici, convalescenti) e che consente una dieta che tiene un certo conto dei gusti degli ammalati. Sono stati però soppressi i vitti aggiunti, che rappresentavano una complicazione per la cucina e una forte di sperpero che gravava notevolmente sul bilancio ospedaliero. Si è fatta una sola eccezione per malati tubercolotici, sia per quel che si riferisce al numero delle calorie che alla maggiore variabilità della dieta. Riporto qui le tabelle dietetiche adottate recentemente negli Ospedali di Roma.

### INFERMI COMUNI

#### I DIETA

*Tipo A* — Dieta lattea assoluta (calorie 1850)

Caffè . . . . .	gr.	5
Zucchero . . . . .	»	30
Latte . . . . .	lt.	2,500

*Tipo B* — Dieta liquida mista (calorie 1850)

Caffè . . . . .	gr.	5
Zucchero . . . . .	»	40
Latte . . . . .	lt.	2
Brodo speciale . . . . .	»	0,500
Uova . . . . .	n.	2

*Annotazioni.* — Nel *B*, su prescrizione medica è consentita aggiunta di gr. 100 di marsala o 50 di cognac.

#### II DIETA

(Dieta semiliquida — calorie 2000)

Caffè . . . . .	gr.	5
Zucchero . . . . .	»	40
Latte . . . . .	lt.	1,500
Brodo speciale . . . . .	»	0,400
Uova . . . . .	n.	2
Pastina . . . . .	gr.	100
Biscotti . . . . .	»	50
Parmigiano . . . . .	»	10

*Annotazioni.* — La minestra può essere anche sostituita da papponi con farina di cereali, o semolino o riso. Su prescrizione medica è consentita l'aggiunta di gr 50 di marsala o gr. 50 di marmellata.

#### III DIETA

(Calorie 2200)

Caffè . . . . .	gr.	5
Zucchero . . . . .	»	15
Latte . . . . .	lt.	0,400
Brodo . . . . .	»	0,400
Uova . . . . .	n.	2
Pasta o riso . . . . .	gr.	100

Carne cruda con osso . . . . .	gr.	150
Vino . . . . .	»	200
Pane . . . . .	»	250
Contorni . . . . .	»	300
Condimenti . . . . .	»	50

*Annotazioni.* — Su prescrizione medica, è ammessa la sostituzione della carne di vitello alla carne di vaccina, però in misura non superiore al 10% degli infermi a 3<sup>a</sup> dieta.

Alla carne ed alle uova può essere sostituito il formaggio nella misura rispettiva di gr. 80 per la carne e di gr. 50 per le uova. È sempre ammessa la sostituzione del latte al vino.

Sono assolutamente vietati i vitti aggiunti.

#### IV DIETA

(Calorie 2500)

Caffè . . . . .	gr.	5
Zucchero . . . . .	»	15
Latte . . . . .	lt.	0,200
Brodo . . . . .	»	0,500
Pasta o riso . . . . .	gr.	120
Carne cruda con osso . . . . .	»	350
Vino . . . . .	»	300
Pane . . . . .	»	400
Contorni . . . . .	»	400
Condimenti . . . . .	»	60

*Annotazioni.* — Tre volte la settimana, a pranzo, la minestra in brodo deve essere sostituita con pasta asciutta o risotto (gr. 150) e nello stesso giorno, a cena, la carne deve essere sostituita con due uova. È sempre ammessa la sostituzione alla carne di 2 uova o di 80 gr. di formaggio. È pure sempre ammessa la sostituzione del latte al vino. Quando la stagione lo consente, la carne di vaccina potrà essere sostituita con carne di maiale, o con pesce o con carni di abbacchio, per la quale ultima la quantità potrà essere aumentata di 1/4. Sono esclusi i vitti aggiunti.

### TUBERCOLOTICI

#### I DIETA

(Uguale al tipo *B*, 1<sup>a</sup> dieta degli infermi comuni).

#### II DIETA

(Calorie 2.400)

Caffè . . . . .	gr.	10
Zucchero . . . . .	»	60
Latte . . . . .	lt.	1,500
Brodo speciale . . . . .	»	0,400
Uova . . . . .	n.	3
Pastina . . . . .	gr.	100
Biscotti . . . . .	»	50
Parmigiano . . . . .	»	10
Marsala . . . . .	»	50
Marmellata . . . . .	»	50

*Annotazioni.* — La minestra può essere anche sostituita da papponi con farine di cereali o semolino o riso. Sono assolutamente vietati i vitti aggiunti.

#### III DIETA

(Calorie 2650)

Caffè . . . . .	gr.	10
Zucchero . . . . .	»	15
Latte . . . . .	lt.	0,700
Brodo . . . . .	»	0,400
Uova . . . . .	n.	2

Pasta o riso . . . . .	gr. 120
Carne cruda con osso . . . . .	" 200
Vino . . . . .	" 400
Pane . . . . .	" 300
Contorni . . . . .	" 200
Condimenti . . . . .	" 50
Burro . . . . .	" 50

**Annotazioni.** — È sempre ammessa la sostituzione del latte al vino, e, su prescrizione medica, la sostituzione della carne di vitello alla carne di vaccina con la stessa limitazione di cui alla 3ª dieta comune. Su prescrizione medica, sono ammesse le seguenti due aggiunte:

- 1) o un zabaglione<sup>1</sup> con gr. 20 di biscotti o gr. 50 di marmellata con gr. 20 di biscotti;
- 2) o gr. 70 di prosciutto;
- o gr. 70 di formaggio.

#### IV DIETA (Calorie 3300)

Caffè . . . . .	gr. 10
Zucchero . . . . .	" 15
Latte . . . . .	lt. 0,500
Brodo . . . . .	" 0,500
Pasta o riso . . . . .	gr. 150
Carne cruda con osso . . . . .	" 400
Vino . . . . .	" 400
Pane . . . . .	" 500
Contorni . . . . .	" 400
Condimenti . . . . .	" 60
Prosciutto o formaggio . . . . .	" 80

**Annotazioni.** — Tre volte la settimana, a pranzo, la minestra sarà sostituita dalla pasta asciutta (gr. 180). È sempre ammessa la sostituzione di 2 uova a 200 gr. di carne, e quella del latte al vino.  
Sono assolutamente esclusi i vitti aggiunti.

#### ANNOTAZIONI GENERALI.

Alle terze e quarte diete, sia comuni che per i tubercolosi, è consentita l'aggiunta della frutta, le quali verranno distribuite ad esclusivo giudizio dell'Amministrazione, a seconda delle stagioni e della convenienza o possibilità di acquisto: ad ogni modo la somministrazione di vitamina C viene garantita dalle limonate od aranciate che possono essere ordinate a parte.

Tali diete (ad eccezione della dieta latte assoluta, che ha indicazioni solo per periodi limitati) mentre ci consentono una variabilità di cibi che garantisce l'alimentazione completa da tutti i punti di vista, risentono naturalmente dei difetti delle organizzazioni di tecnica culinaria destinate alle collettività, soprattutto di quello di non soddisfare sempre alle ragionevoli esigenze individuali, che hanno spesso una notevole importanza nel successo della cura. Non c'è dubbio che l'istituzione negli ospedali di diete standardizzate ha semplificato il problema dell'alimentazione; ma tale sistema non è esente da inconvenienti. Bisogna infatti tener presente

che esistono numerosi fattori integrativi di notevole valore, di cui si deve tener conto in ogni caso. In molti malati infatti è necessario con vari artifici di tecnica culinaria tener desto il senso dell'appetito per evitare che essi limitino l'apporto alimentare (bambini, convalescenti, tubercolosi, ecc.), in altri invece è necessario che la dose giornaliera prescritta non sia superata (cardiaci, ipertesi) e si devono perciò somministrare cibi che appaghino facilmente il senso di sazietà, in altri infine qualunque minima modificazione del cibo, sia per eccesso che per difetto, può costituire un pericolo (diabetici) ed è necessaria perciò una particolare preparazione tecnica da parte del personale di assistenza.

L'importanza che nell'uomo ha l'appetibilità dei cibi lo dimostra il fatto che il senso della fame (che rappresenta un regolatore grossolano del bisogno alimentare che può essere soddisfatto da qualunque cibo ed è l'espressione di uno stato di carenza nel siero di determinati principi nutritivi) non interviene in condizioni normali quasi mai; s'incontra in condizioni patologiche, quali l'ulcera gastro-duodenale (in cui è esaltato dall'aumento spasmodico della peristalsi gastrica), in qualche caso di diabete e non costantemente nel digiuno prolungato.

Nel corso dell'evoluzione, in rapporto all'introduzione dei cibi ad ore fisse, la sensazione di fame, come espressione di un reale bisogno alimentare, è stata sostituita dal senso di appetito. L'appetito è un regolatore più delicato dei bisogni alimentari ed è diretto a determinati cibi e al modo di preparazione di essi, alle abitudini e ai ricordi: esso è spesso legato all'orario dei pasti, come lo dimostra il fatto della scomparsa che spesso se ne verifica quando l'ora del pasto è superata. Anche esso è accompagnato da movimenti peristaltici (sebbene meno accentuati di quelli della fame) che ne determinano la localizzazione epigastrica. Mentre il senso della fame è una manifestazione legata al sistema nervoso vegetativo, come il senso della sete, l'appetito ha sempre una notevole componente psichica; anche l'appagamento della vista e dell'olfatto, quale si ottiene con una buona preparazione dei cibi interviene attivamente a provocarlo; si dice perciò che *l'appetito viene mangiando*.

Se l'introduzione di alimenti è normale, al senso di appetito si sostituisce il senso di sazietà e se l'introduzione si verifica in eccesso

<sup>1</sup> Zabaglione: un uovo - 35 gr. di zucchero - 50 gr. di marsala.

subentra il senso di nausea (che ha una componente motoria gastrica rappresentata da movimenti antiperistaltici) e si può arrivare fino al vomito, che ha lo scopo di eliminare le sostanze introdotte in quantità eccessive.

È un fatto che risulta dall'esperienza comune che i cibi mal preparati o non accetti possono provocare le stesse sensazioni (soprattutto di nausea), anche in dosi minime; mentre per cibi bene accetti si può avere una tolleranza molto superiore a quella che comportano i bisogni o le abitudini alimentari senza provocare sensazione molesta veruna. La disappetenza è una sensazione antagonista a quella dell'appetito, che può raggiungere un grado tale da essere in perfetto contrasto coi reali bisogni dell'organismo; essa può compromettere seriamente lo stato di nutrizione. Cause molteplici possono alterare il complesso psichico che è a base della sensazione di appetito; è un fatto ovvio che la disappetenza può essere spesso combattuta più che con mezzi medicamentosi con una opportuna scelta e preparazione dei cibi. Nei bambini la disappetenza molte volte dipende dalla somministrazione di cibi mal tollerati.

La scienza della cucina ha lo scopo di aumentare il valore gustativo degli alimenti e deve tenere conto delle preferenze e delle intolleranze individuali, che risultano avere una importanza notevole non solo nell'alimentazione infantile ma anche in quella degli adulti.

Tener conto del fattore *piacere dell'alimentazione* non ha solo lo scopo di mantenere il senso dell'appetito, ma di permettere una maggiore utilizzazione degli alimenti; esso non è solo in rapporto colla tecnica di preparazione dei cibi ma anche col modo di apparecchiare la tavola, di presentare le vivande e con numerosi altri fattori.

Lo sviluppo della tecnica culinaria è frutto di secoli di esperienza e non può essere ignorata nella dietetica ospedaliera, specie per i malati cronici e convalescenti.

L'uomo primitivo si cibava solo di radici, frutta, pesce e carne cruda; colla scoperta del fuoco incomincia la tecnica culinaria. La sorveglianza del fuoco era funzione della donna, mentre l'uomo era occupato nella caccia e nella pesca; divenne perciò il simbolo della famiglia. I segreti della cucina si trasmisero da madre a figlia e sorse così la tradizione dei vari paesi in fatto di cucina. Col commercio dei popoli si stabilì un'arte ed una scienza della cucina a

carattere più uniforme e se ne perfezionò la tecnica: sorse così una cucina raffinata che ha assunto carattere internazionale.

Si distingue però sempre una cucina più grossolana, per lo più tradizionale e varia nei diversi paesi, in contrasto con una cucina fine a carattere più cosmopolita.

La prima ha lo scopo di mantenere il senso di sazietà per lungo tempo, perchè con tale cucina i cibi lasciano lentamente lo stomaco: essa permette lunghi periodi intervallari tra i pasti per dedicarli al lavoro e risponde meglio a soddisfare il senso della fame o dell'appetito eccessivo. Essa ha la caratteristica di essere costituita da cibi molto aromatizzati e imbevuti di grasso e ciò le permette di essere rappresentata da cibi più a buon mercato. Nella cucina raffinata si ha una grande scelta e varietà di cibi teneri o manipolati a purea, con aromi fini più atti a stimolare l'olfatto e il gusto che non le glandole digestive; qui entrano in giuoco fattori visivi e altri fattori integrativi indispensabili soprattutto per chi vi è abituato.

Questa cucina è più atta a stimolare l'appetito, giacchè determina un rapido vuotamento gastrico. Essa è indicatissima in individui in cui, come si verifica negli ospedali, la mancanza di lavoro fisico non determina consumo di materiale nutritivo e in cui spesso in conseguenza della malattia il bisogno subiettivo d'introdurre cibo è completamente scomparso, ciò che ha soprattutto importanza per ridurre la durata della convalescenza.

Per gli ammalati ospedalieri la cucina si deve avvicinare perciò a questo tipo; però per persone abituate ad una cucina più grossolana essa rappresenta lo svantaggio di non dare la sensazione di sazietà. Perciò nella dieta ospedaliera è da tener conto di questi fattori per potere individualizzare la dieta.

L'uso però di una cucina molto fine, oltre a non corrispondere al bisogno di una categoria d'infermi, ha l'inconveniente del maggior costo delle materie prime e della maggiore spesa della preparazione. Ad ogni modo il perfezionamento qualitativo del vitto ospedaliero oggi s'impone, tanto più che la proporzione degli abbienti attualmente è molto maggiore di una volta e la raffinatezza dell'alimentazione è aumentata anche nelle classi meno abbienti.

Una cucina dietetica più scelta è indispensabile soprattutto ai malati cronici e convalescenti, che non accettano volentieri le diete

troppo uniformi e solo l'arte culinaria può evitare lo stabilirsi di quella disappetenza, contro cui non gioveranno in un secondo tempo né artifici di tecnica né mezzi medicamentosi. Particolarmente sentito è il bisogno di una dieta raffinata soprattutto in casi di dispepsia gastro-intestinale e negli operati dell'addome, e in tutti quei casi in genere in cui la dieta ha un compito fondamentale dal punto di vista terapeutico.

Da ciò risulta che il tener conto nella dieta del solo valore quantitativo rappresenti un anacronismo; anche la somministrazione di cibi qualitativamente ottimi, in cui siano rappresentati in un'equa proporzione i vari principi nutritivi e le vitamine, costituisce sicuramente un progresso, ma con ciò non si è raggiunto ancora l'ideale in tema di dietetica ospedaliera.

Il fattore di appetibilità è stato finora poco considerato nella dieta e solo oggi si tende a dargli un'importanza capitale.

Come abbiamo già accennato bisogna sempre tener presente nelle prescrizioni dietetiche che la sensazione della fame in alcuni casi va esaltata, in altri diminuita. Esistono numerosi fattori ed artifici atti a stimolare in un senso o nell'altro il bisogno subiettivo di cibo.

Si è sentito perciò il bisogno in Germania, ma soprattutto in America, di creare un gruppo specializzato d'infermiere, quello delle « Assistenti dietetiche » che avrebbero lo scopo di coordinare le direttive mediche colle preferenze degli ammalati, coll'organizzazione della cucine e del fattore economico-amministrativo. I corsi d'infermiera dietetica soprattutto nei paesi anglo-sassoni sono complessi e richiedono un tirocinio teorico-pratico non inferiore ai due anni. Il programma comprende nozioni complete riferentisi al valore nutritivo delle varie sostanze alimentari, alla loro digeribilità e soprattutto al costo medio di esse, in modo da far rientrare le singole diete nei limiti della retta ospedaliera. Speciali corsi riguardano i vantaggi e gli svantaggi dei vari tipi di cottura, soprattutto per quel che si riferisce alla sterilizzazione dei cibi e alle modificazioni del loro valore nutritivo che essi provocano. Vengono studiate le modificazioni dei bisogni qualitativi e quantitativi dei cibi secondo l'età, il tipo di lavoro e di alimentazione abituale del paziente, secondo la sua condizione sociale e il genere di malattia. Altre materie d'insegnamento riguardano lo studio degli artifici atti a conservare il valore vitaminico degli alimenti: particolare trattamento ha la tecnica culinaria e la scelta dei condimenti e

degli aromi, soprattutto nelle malattie in cui si richiede una dieta uniforme.

Materia d'insegnamento costituisce anche la tecnica delle conservazioni delle sostanze alimentari, l'uso razionale delle ghiacciaie e i mezzi per riconoscere la freschezza dei cibi, la digeribilità in rapporto alla loro associazione e al modo di preparazione. S'impartiscono inoltre lezioni teorico-pratiche riguardanti la pulizia e la sterilizzazione delle stoviglie, l'organizzazione della cucina sia per quel che riguarda la distribuzione dei servizi sia per quanto concerne l'igiene e il razionale impiego dei vari tipi di cottura (a vapore, elettrico, a carbone, a gas e a legna).

In modo particolare vengono svolte lezioni di contabilità e di tenuta dei libri di entrata e di uscita e di adeguamento del costo in rapporto al valore nutritivo e alle preferenze dei singoli malati. Io non credo che per il nostro temperamento latino, più elastico ed eclettico, sia necessario, almeno per il momento, giungere alla creazione di questo sottotipo dell'assistenza degli infermi: basterebbero poche lezioni teoriche e un breve tirocinio pratico in una cucina modello. Una netta separazione tra infermiera dietetica e infermiera di sala contribuirebbe a complicare i servizi e non è giustificata anche per il fatto che terapia medicamentosa e terapia dietetica hanno un valore integrativo reciproco. Per facilitare una maggiore individualizzazione della dieta si è proposto un decentramento dei servizi di cucina e l'istituzione di piccole cucine sussidiarie, emanazioni della centrale. Nel nuovo Ospedale Maggiore di Milano esiste una cucina centrale e varie cucine di ripartizione che provvedono a preparare e a cuocere soltanto sostanze che occorre servire appena pronte; tali cucine sussidiarie sono in numero di sette, e cioè una per ogni padiglione di 200-250 malati.

Il problema che a priori potrebbe preoccupare dal punto di vista dell'organizzazione, non può considerarsi insolubile. La cucina centrale avrebbe lo scopo di preparare i cibi che possono venire somministrati come tali o siano capaci di subire ulteriori manipolazioni; ad essa spetterebbe il compito inoltre della preparazione delle razioni e della parte amministrativa. Le cucine periferiche avrebbero solo lo scopo di provvedere alle singole esigenze in rapporto alle malattie e alle preferenze individuali, e di permettere la somministrazione ai malati di cibi ben preparati.

Tale complessità di servizi potrebbe preoccupare dal punto di vista economico-amministra-

tivo; ma, secondo il von Sòos, una sapiente organizzazione porta con tale sistema ad una diminuzione delle spese con un notevole miglioramento dell'alimentazione degli ammalati.

Dal punto di vista economico non è il caso pensare ad una riduzione della razione alimentare, ma solo ad una opportuna scelta delle sostanze da consumare: deve essere perciò ripreso ed intensificato quello studio della economia dei consumi alimentari che fu già bene affrontato durante la guerra mondiale e che è oggi a base della politica autarchica: esso dovrà fornire le direttive per scegliere bene.

Nella dietetica ospedaliera bisogna tener sempre presente il rapporto tra valore nutritivo e valore commerciale delle diverse sostanze per dedurne però non solo il costo dell'energia contenuta, ma anche quello della energia assimilabile: ciò che si ottiene non basandoci sul semplice rapporto tra numero di calorie che può fornire un determinato cibo e il suo prezzo, ma studiando anche l'utilizzazione di tali sostanze e la loro tolleranza da parte dell'organismo tanto sano che malato.

Non c'è dubbio che la migliore dieta dal punto di vista economico è quella che fornisce

al minor prezzo i materiali alimentari necessari; tenendo conto di tale principio direttivo si potrà sempre realizzare quella notevole riduzione delle spese che potrà andare tutta a beneficio del modo di preparazione delle vivande, evitando tutti gli sprechi che gravano sul bilancio nazionale.

A tale scopo gli Ospedali di Roma hanno istituito presso l'Ospedale di S. Spirito un Reparto specializzato che ha il compito di studiare sperimentalmente nell'uomo questi problemi. Con particolare cura si dovrà occupare dello studio della utilizzazione dei vari alimenti, tenendo non solo conto degli elementi ponderabili, quali protidi, lipidi, glucidi dal punto di vista quantitativo assoluto e nei loro rapporti reciproci più razionali, del contenuto in vitamine e in sali delle varie diete, ma dovrà prendere in considerazione l'insieme di tutti quei fattori imponderabili dei quali finora la scienza dell'alimentazione non ci aveva dimostrato l'importanza fondamentale.

RIASSUNTO. — L'A., dopo avere esposto i criteri direttivi attuali in tema di dietetica ospedaliera, trattenendosi in modo particolare sulle diete adottate dagli Ospedali di Roma, che sono già all'avanguardia su tale terreno, ne rivela alcune deficienze e ne prospetta gli orientamenti ideali.

~~332738~~

57823









