

Lo screening nutrizionale degli anziani istituzionalizzati nelle Residenze Sanitarie Assistite, l'esperienza di una ASL Toscana

Nutritional screening of the elderly hospitalized in the nursing homes, the experience of a local health authority in Tuscany

Silvia Memmini¹, Mariapia Macchiarulo¹, Alberto Tomasi², Luigi Rossi³, Bianca Maria Mulini², Fausto Bruno Morgantini²

1. Scuola di specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Pisa

2. ASL Toscana Nordovest, U.O. Igiene Pubblica e Nutrizione

3. ASL Toscana Nordovest, Direzione distretto zona di Lucca

Parole chiave: nutrizione in casa di cura, fragilità, anziani

RIASSUNTO

Obiettivi: valutare lo stato nutrizionale e il rischio di malnutrizione dei soggetti over 65 (esclusi pazienti neoplastici o con aspettativa di vita inferiore a tre mesi) ricoverati nelle Residenze Sanitarie Assistite dell'ASL Toscana Nordovest- zona di Lucca dal 1 Gennaio 2013 al 31 Dicembre 2015.

Metodi: sono state selezionate le cartelle nutrizionali degli ospiti ricoverati nel periodo indicato: è stato registrato lo stato nutrizionale presente al momento della prima rilevazione e il rischio di malnutrizione secondo lo screening MUST (Malnutrition Universal Screening Tool).

Risultati: nel periodo considerato 637 soggetti sono stati sottoposti ad almeno uno screening nutrizionale, di questi il 70% non aveva alterazioni ponderali né in eccesso né in difetto. Per quanto riguarda il rischio di malnutrizione, il MUST ha rivelato il 78% dei soggetti a basso rischio di malnutrizione, il 17% a medio rischio e il 5% ad alto rischio.

Conclusioni: lo screening nutrizionale rappresenta un valido strumento per rilevare lo stato nutrizionale dei soggetti

Autore per corrispondenza: alberto.tomasi@uslnordovest.toscana.it

ricoverati in RSA e per impostare un intervento preventivo finalizzato al mantenimento dello stato di salute e/o alla prevenzione delle complicanze delle patologie già in atto. Si tratta, infatti, di una categoria fragile, che con l'istituzionalizzazione va incontro al cambiamento dello stile di vita rischiando maggior sedentarietà e isolamento sociale. Affinché l'intervento preventivo risulti efficace, è necessario che la gestione nutrizionale venga attuata sin dalla fase di scelta degli alimenti e pertanto è indispensabile la formazione di tutti gli operatori coinvolti nella preparazione e nella distribuzione degli alimenti.

Keywords: nutrition in nursing homes, elder, fragility

SUMMARY

Objectives: to assess the nutritional status and the risk of malnutrition of the people over 65 (except patients with cancer or life expectancy inferior than three months) hospitalized in the nursing homes of the local health authority, ASL northwest Tuscany, Lucca, between January 2013 and 31 December 2015.

Methods: Have been selected the nutritional folders of the elderly guest hospitalized in the period indicated. Was recorded nutritional status present at the time of initial recognition and the risk of malnutrition with the score MUST (Malnutrition Universal Screening Tool).

Results: 637 guests had been subjected to at least one nutritional screening. Of these 70% had not reported weight alterations. MUST screening revealed a low risk of malnutrition in 78% of the observed, a medium risk in the 17% and an high risk in the 5%.

Conclusions: nutritional screening is a valuable tool to detect the nutritional status of hospitalized subjects in nursing homes and to set up a preventive intervention aimed at maintaining the health status and / or prevention of complications of the diseases already in place. This concept is even more specific in a fragile category which, with the institutionalization, goes to a change in the lifestyle risking a more sedentary and social isolation. However, for an effective preventive intervention, it is necessary to manage the nutrition status since the stage of selection of foods and, therefore, it is essential to train all operators involved in the preparation and distribution of food.

Introduzione

Se nel soggetto sano l'intervento nutrizionale ha come obiettivo il mantenimento e la promozione della salute, nel soggetto affetto da patologia ha anche finalità terapeutiche specifiche e/o di prevenzione delle complicanze. Un'alimentazione qualitativamente o quantitativamente insufficiente può aggravare le condizioni patologiche iniziali che, a loro volta, possono limitare il fisiologico assorbimento e utilizzo degli alimenti da parte dell'organismo. Gli ospiti delle Residenze Sanitarie Assistite sono caratterizzati da elevata dipendenza funzionale, multi patologia cronica e politerapia a cui, molto frequentemente, si associano compromissione cognitiva, problematiche affettivo-emotive e psichiatrico-comportamentali. La malnutrizione calorico-proteica è, di per sé, considerata un fattore patogenetico e di mantenimento del ciclo delle fragilità (sarcopenia, riduzione delle difese immunitarie, infiammazione cronica) che già affliggono i soggetti istituzionalizzati (1 - 2). In questi soggetti anche il rischio di disidratazione è elevato in conseguenza sia delle modifiche fisiologiche legate all'età sia delle patologie insorte, aumentando il rischio di ospedalizzazione e di mortalità per trombo-embolie, alterazioni elettrolitiche,

insufficienza renale acuta, rabdomiolisi, tossicità da farmaci.

Si stima che la malnutrizione nell'anziano sia correlata in gran parte all'ambiente in cui vive: in Italia la prevalenza è del 4-10% quando vive in casa, mentre in casa di riposo, ospedale o strutture di lungodegenza raggiunge rispettivamente il 20%, 40% e 70% (3). Inoltre, studi nazionali hanno messo in evidenza che il vitto è il parametro maggiormente percepito dal soggetto ricoverato, che gli attribuisce significati che vanno oltre il mero aspetto alberghiero (4). La prevalenza della malnutrizione aumenta con l'aumentare dell'età in entrambi i sessi e la prevalenza di tale condizione varia in base allo strumento utilizzato. La letteratura riporta che, in Europa, la malnutrizione si riscontra in media nel 35% dei soggetti ammessi in una struttura sanitaria e che tale condizione si aggrava, nella maggior parte dei casi, durante la permanenza (5). Nell'anziano la prevalenza di malnutrizione in difetto oscilla tra il 10% e il 50%, mentre l'eccesso ponderale ha valori compresi tra il 20% e il 50% (6). La malnutrizione è correlata con la presenza di deficit cognitivi: 4,4% nei soggetti che non hanno problemi cognitivi vs 59,5% in chi ha problemi cognitivi (7).

La disfagia colpisce dal 13% al 50% gli ospiti delle RSA; l'incidenza varia a seconda della patologia di base e può arrivare all'84% in chi è affetto da Alzheimer, al 60% nella Sclerosi laterale amiotrofica, 50% nei pazienti colpiti da ictus, 40% da Sclerosi Multipla e 35% nel Parkinson. Il paziente disfagico necessita di attenzione particolare per le complicanze dovute a un'eventuale aspirazione tracheale del cibo che possono esitare in una polmonite ab ingestis (3% in RSA), insufficienza respiratoria o exitus per soffocamento.

In conseguenza di queste evidenze, la comunità scientifica e le istituzioni sanitarie hanno redatto linee guida e protocolli operativi per gestire la questione nutrizionale in una popolazione che ha bisogni sanitari e sociali eterogenei e che non è esente da valutazioni di tipo etico, ad esempio come e quando procedere alla Nutrizione Enterale Totale (NET) in un paziente affetto da demenza avanzata (8). La perdita di autonomia nei soggetti over 65 riguarda quasi un anziano su cinque (il tasso di disabilità è pari al 193,3 per mille e tra gli ottantenni ed oltre raggiunge il 476,7 per mille) e la ragioneria generale dello Stato ha previsto che nel 2050 la crescita della spesa per l'assistenza agli anziani sarà del 61% e quella per le patologie acute del 26%. Considerando che è ormai consolidato che lo stile di vita influenzi l'insorgenza e il decorso della gran parte delle patologie croniche che affliggono gli anziani, l'intervento nutrizionale proattivo sull'anziano acquista un'importanza fondamentale anche sotto il profilo della sostenibilità economica (9).

Nel contesto regionale toscano, l'inserimento in RSA avviene nell'ambito del percorso assistenziale, sulla base della valutazione multidimensionale e della definizione del Piano di Assistenza Personalizzato (PAP). Possono essere ospitate in RSA le persone residenti nei Comuni del Territorio di competenza dell'Azienda che abbiano le seguenti caratteristiche: età superiore o uguale ai 65 anni o assimilabili a quadro morboso geriatrico, per le quali la valutazione multidimensionale abbia definito un PAP di tipo residenziale. Possono essere inseriti anche soggetti giovani

con handicap psico-fisico grave secondo l'art. 3 della legge n.104/92. Il PAP residenziale viene stabilito in seguito all'accertamento di una condizione di elevato bisogno assistenziale e inadeguatezza ambientale tali da rendere impossibile, in via temporanea o permanente, un piano di assistenza domiciliare. Il bisogno assistenziale è dato dall'integrazione tra un bisogno sanitario e un bisogno sociale (Isogravità e Adeguatezza della condizione ambientale). Le persone che possiedono i requisiti per l'inserimento in RSA sono collocati in una graduatoria unica, ordinata in modo decrescente, secondo il principio della gravità socio-sanitaria.

Il protocollo per la valutazione nutrizionale

Nell'ASL Toscana Nordovest, zona di Lucca, è stato elaborato e adottato un protocollo operativo per la valutazione nutrizionale degli anziani istituzionalizzati nelle RSA. Lo scopo del protocollo è quello di ottenere il miglioramento delle condizioni di salute degli anziani oggetto dell'intervento, attraverso l'individuazione e conseguente assistenza dei soggetti malnutriti e a rischio di malnutrizione. Il protocollo prevede per la gestione nutrizionale un team multi professionale composto da medici di medicina generale (MMG), medici igienisti e infermieri dell'Unità Operativa Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (U.O I.A.N) e operatori sanitari dell'RSA (10). Al momento del ricovero, l'ospite/paziente è sottoposto a uno screening nutrizionale iniziale effettuato dal personale formato dell' RSA, mentre il personale U.O I.A.N, con periodicità semestrale, procede all'effettuazione di verifiche antropometriche, eventuali indagini di laboratorio (che vengono riportati in una cartella nutrizionale apposita) e alla somministrazione di un questionario semiquantitativo per la stima degli scarti alimentari (11). Quest'ultimo consente di calcolare in termini percentuali l'assunzione dietetica ed è finalizzato alla verifica della copertura dei fabbisogni e alla corretta programmazione di strategie nutrizionali. Nel caso in cui vengano riscontrati casi conclamati o ad elevato rischio di malnutrizione, viene coinvolto anche il Medico di Medicina Generale (MMG) che ha in carico il paziente e che collabora nell'impostazione dell'eventuale intervento dietoterapico. Il protocollo prevede che, in base ai dati raccolti, il rischio nutrizionale venga valutato secondo il MUST (Malnutritional Universal Screening Tool for Adults) (12). L'utilizzo del MUST si compone di cinque fasi:

1. Misurare altezza e peso per ottenere il valore di BMI. In caso di impossibilità a ottenere altezza e peso usare le procedure alternative e attribuire il punteggio.
2. Annotare la percentuale di perdita involontaria di peso, utilizzando le apposite tavole per l'attribuzione del punteggio.
3. Stabilire la presenza di una eventuale malattia acuta o di un ridotto apporto nutrizionale e dare il punteggio relativo.
4. Sommare i punteggi delle fasi 1,2 e 3 per ottenere il rischio globale di malnutrizione.
5. Identificare il rischio, la sua gravità e definire le strategie per il management e per sviluppare un piano assistenziale.

Al termine, viene attribuito uno score che è espressione del rischio nutrizionale (in difetto) e

per il quale sono previsti interventi diversi. Si parla di basso rischio quando il punteggio totale è 0; rischio medio quando il punteggio totale è 1; rischio elevato quando il punteggio totale è superiore o uguale a 2. Nel primo caso è sufficiente continuare il monitoraggio del paziente dopo sei mesi; nel secondo caso occorre registrare l'assunzione alimentare per tre giorni al fine di verificare l'adeguatezza nutrizionale. A tal fine è stato predisposto un apposito diario alimentare giornaliero, per il controllo dell'intake calorico e dei nutrienti, compilato dal personale di assistenza adeguatamente istruito (13). Nei casi particolarmente a rischio, viene avviata una supplementazione nutrizionale attraverso l'introduzione di alcuni alimenti in aggiunta alla normale dieta, dando la preferenza a prodotti semplici, di facile reperibilità e costi limitati (omogeneizzati, liofilizzati, gelati, budini, yogurt) prima di passare all'uso di integratori farmaceutici. Per ogni situazione riscontrata, a rischio medio o elevato, viene comunque sempre coinvolto il medico di medicina generale che ha in carico il paziente per ogni decisione da intraprendere per il piano assistenziale e per l'eventuale attivazione del Centro di nutrizione clinica e artificiale o del COAD (Centrale Operativa Assistenza Distrettuale).

Parallelamente agli interventi descritti, è prevista una attività di formazione e addestramento, per il personale di assistenza sanitaria operante nelle RSA, su tematiche igienico-nutrizionali e sulla valutazione del rischio nutrizionale.

Obiettivi

Lo scopo dello studio è stato valutare il rischio nutrizionale dei soggetti over 65 (esclusi pazienti neoplastici o con aspettativa di vita inferiore a tre mesi) ricoverati nelle Residenze Sanitarie Assistite dell'ASL Toscana Nordovest - zona di Lucca, dal 1 Gennaio 2013 al 31 Dicembre 2015. L'indagine era anche finalizzata a valutare l'efficacia e la sostenibilità di un intervento di monitoraggio della malnutrizione per difetto basato sulla valutazione del rischio secondo MUST e sulla precoce definizione di piani assistenziali per i soggetti riscontrati a rischio medio o elevato, analizzando anche le eventuali criticità del protocollo adottato per rendere più efficace l'intervento.

Materiali e metodi

A partire dalle cartelle nutrizionali degli anziani istituzionalizzati nelle RSA dell'ex ASL 2 Lucca è stato creato un database contenente il codice identificativo dell'ospite, la data delle visite effettuate e i risultati ottenuti con lo screening MUST. Il periodo oggetto di studio è stato il triennio 2013-2015.

Risultati

Nel periodo considerato 636 soggetti sono stati sottoposti ad almeno uno screening. Di questi, 445 sono risultati normopeso, 59 obesi, 104 sovrappeso e 29 sottopeso (figura 1). In base allo screening MUST 497 soggetti (78%) sono risultati a basso rischio di malnutrizione, 108

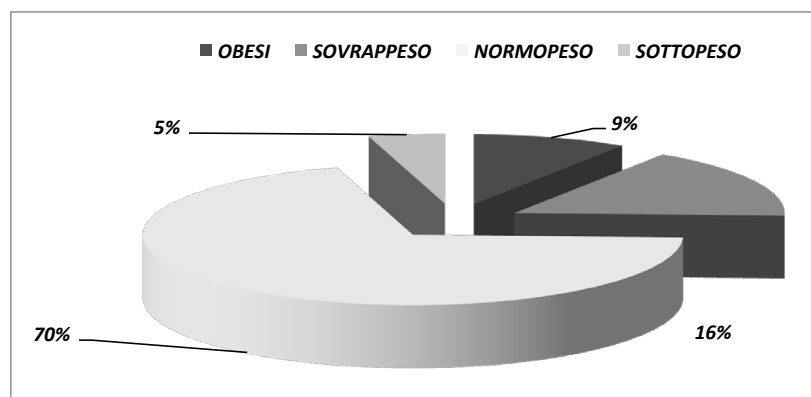


Figura 1- Risultati dello screening

(17%) a medio rischio e 31 (5%) a alto rischio (figura 2).

Nel corso dell'applicazione del protocollo operativo, sono emerse alcune criticità che richiedono appropriati interventi correttivi. Risulta ancora scarsa la consapevolezza, da parte dei professionisti sanitari e del personale di assistenza, dell'importanza di una valutazione routinaria del rischio malnutrizione; in alcune strutture si evidenzia la mancata registrazione anche dei più semplici parametri nutrizionali (peso, altezza) all'ingresso dell'ospite. Un altro limite evidenziato è la frequente assenza di idonei strumenti di monitoraggio del peso per i soggetti con disabilità fisica, come per es. bilance pesapersone a sedia o a pedana.

Conclusioni

La valutazione nutrizionale negli anziani istituzionalizzati riveste un'importanza strategica. I soggetti istituzionalizzati sono caratterizzati da numerose fragilità che possono complicarsi in relazione al cambiamento dell'ambiente di vita. Per questo gli screening nutrizionali, iniziali e periodici, rappresentano un momento fondamentale in cui viene registrato lo stato di salute del paziente per impostare l'intervento nutrizionale.

Abbiamo riscontrato che negli anziani l'attenzione è focalizzata principalmente sulla malnutrizione in difetto, ma non di meno devono essere considerati gli stati di eccesso ponderale (14). Per quanto, in questi soggetti, una modica eccedenza di peso può essere tollerata (3-5 Kg rispetto al peso forma dell'età adulta) perché considerata fisiologicamente "protettiva" per la salute, sono ampiamente documentate le relazioni tra eccesso ponderale e malattie croniche-degenerative. Inoltre, la sedentarietà e la progressiva riduzione del metabolismo basale favoriscono con maggiore frequenza le ulcere da decubito, frattura di femore e disturbi vascolari periferici (15). È per questo che l'aspetto nutrizionale nelle RSA e più in generale nelle strutture assistenziali, deve essere gestito sin dalla fase di redazione del capitolato delle aziende che hanno in appalto la refezione, per la scelta degli ingredienti, degli alimenti e delle modalità più indicate per la

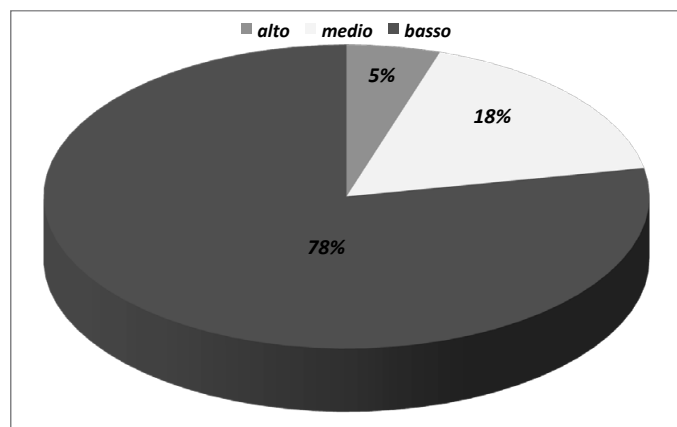


Figura 2- Rischio di malnutrizione secondo il MUST

preparazione dei piatti in tale utenza. In alcune particolari categorie di ospiti, ad esempio nei disfagici, gli alimenti devono essere scelti e preparati, oltre che in base al gradimento individuale, anche secondo la palatabilità e la consistenza. Il bolo deve essere coeso e compatto nel passaggio dalla bocca allo stomaco, cibi che tendono a scomporsi (riso) devono essere evitati, così come è bene evitare cibi che hanno la temperatura corrispondente a quella corporea.

Laddove possibile, è importante permettere al singolo di scegliere secondo i gusti, ma in un regime dietetico confacente al proprio stato di salute. Per gli ospiti che riescono a mangiare da soli va favorita l'autonomia incoraggiandoli a mantenere abitudini e comportamenti corretti, ad esempio, accompagnando l'ospite in bagno per il lavaggio delle mani prima del pasto e per l'igiene del cavo orale dopo il pasto, a occupare i posti assegnati a tavola (16).

Possiamo ritenere consolidato il concetto che dieta corretta deve soddisfare il fabbisogno energetico e plastico dell'anziano, rispettare la corretta proporzione tra i nutrienti e l'adeguata composizione e distribuzione dei pasti nell'arco della giornata, ma altrettanto importante è gestire quotidianamente la prescrizione dell'intervento preventivo che altrimenti non potrebbe essere efficace (17). Per questo la formazione di tutto il personale implicato nel processo (dagli addetti alla preparazione agli addetti alla somministrazione) diventa fondamentale così come gli audit per l'analisi dei punti critici e la predisposizione delle azioni di miglioramento.

Sono in programma interventi mirati alla formazione/informazione degli operatori e al miglioramento e diffusione della comunicazione dei risultati degli screening effettuati, con l'obiettivo di arrivare all'adozione di una "scheda ospite" che preveda sempre l'effettuazione all'ingresso e periodica dello screening MUST.

BIBLIOGRAFIA

1. Fried LP et al. for the Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group. Frailty in older adults: Evidence for a phenotype. *Journals of Gerontology. Series A: Biological and Medical Sciences* 52001; 6: M146-M157.
2. Akner G, Cederholm T. Treatment of protein energy malnutrition in chronic nonmalignant disorders. *Am J Clin Nutr.* 2001; 74: 6-24.
3. Amerio ML, Borello S, Ciorba A, et al. Linee di indirizzo nazionale per la ristorazione ospedaliera e assistenziale. Ministero della Salute http://www.rssp.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1435_allegato.pdf
4. Lucchin L, D'Amicis A, Gentile MG et al. A National representative survey of hospital malnutrition: the PIMAI (Project: Iatrogenic MALnutrition in Italy) study. *Mediterr J Nutr Metab.* 2009, 2:171.
5. Amerio ML, Bianchi S. La malnutrizione ospedaliera. *ADI Magazine.* 2009; 4: 282-83.
6. Beck AM, Balkn Un, Furst P. Food and nutritional care in hospitals: how to prevent undernutrition-report and guidelines from the Council of Europe. *Clin Nutr.* 2001; 20: 455-60.
7. Pilotto A, Scarcelli C, Addante F, Franceschi M. Valutazione multidimensionale per l'anziano fragile. *MD. Medic Doct.* 2008; 27: 20-22.
8. Attanasio A, Bedin M, Mantineo G et al. La valutazione degli outcomes e le implicazioni etiche e gestionali della nutrizione enterale. *G Gerontol.* 2006; 54: 145-52.
9. Bonaccorsi G, Santomauro F, Lorini C. L'alimentazione dell'anziano. *Ann Ig.* 2013; 25 (Suppl.1): 89-96.
10. Linee di indirizzo regionali per la ristorazione assistenziale. Delibera Regione Toscana n°35 del 24/01/2012.
11. Lorini C, Mencacci M, Bonaccorsi G. Qualità dell'assistenza nelle residenze sanitarie assistite: revisione della letteratura e degli indicatori di struttura, di processo e esito e del rischio di malnutrizione. *Ann Ig.* 2012; 24: 359-68.
12. Malnutritiona Advisory Group. Malnutritiona Universal Screening Tool for adults. MUST, Bapen 2003. www.bapen.org.uk/PDFS/MUST/MUSTEXPLAN.PDF
13. Thomas DR, Ashmen W, Morley JE, Evans WJ. Nutritional management in long term care: development of a clinical guideline. *J Gerontol* 2000; 55(12) 725-34.
14. Elia M, Stratton JR. Consideration for screening tool selection and role of predictive and concurrent validity. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care* 2011; 14: 425-33.
15. Progetto Mattoni SSN. Prestazioni residenziali e semiresidenziali. Relazione finale. Disponibile http://www.mattoni.salute.gov.it/mattoni/documenti/MDS_MATTONI_SSN
16. Elia M, Stratton JR. Consideration for screening tool selection and role of predictive and concurrent validity. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care* 2011; 14: 425-33.
17. Atti del Congresso nazionale ADI "La nutrizione ospedaliera e la ristorazione sul territorio" Milano 20-21 febbraio 1998.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno