



RISTORAZIONE ASSISTENZIALE PER ANZIANI RICOVERATI IN STRUTTURE SANITARIE RESIDENZIALI **LA MALNUTRIZIONE NELL'ANZIANO**

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce la malnutrizione come uno "stato di squilibrio, a livello cellulare, fra il rifornimento di nutrienti e di energia e il fabbisogno del corpo per assicurare il mantenimento, le funzioni, la crescita e la riproduzione".

Nell'anziano si possono riconoscere principalmente tre tipi di malnutrizione:

1. **Malnutrizione per difetto**, la più frequente nell'anziano, si suddivide a sua volta tra:
 - 1.a malnutrizione energetico proteica. Negli ospiti di residenze sanitarie assistenziali così come di lungodegenze può raggiungere una prevalenza del 70%: si tratta di un prolungato deficit calorico ed energetico che porta alla perdita di masse muscolari (sarcopenia) e di depositi di grasso
 - 1.b malnutrizione di tipo kwashiorkor, prevalentemente proteica, legata ad un quadro ipercatabolico acuto che si può verificare a seguito di sepsi o traumi gravi.
 - 1.c malnutrizione mista, ossia la compresenza delle due precedenti in proporzione variabile;
2. **Malnutrizione per eccesso** ponderale associato ad uno squilibrio in macro e micronutrienti, e si manifesta con obesità o sovrappeso;
3. **Malnutrizione da carenza** di micronutrienti, laddove l'alimentazione è adeguata per apporto calorico, ma sbilanciata in micronutrienti, quindi povera di vitamine e sali minerali, come accade ad esempio in una dieta povera di alimenti freschi di origine animale e vegetale.

L'instaurazione di uno stato di malnutrizione comporta difficoltà nella ripresa dell'autonomia e del recupero della salute, aumenta il rischio di complicanze e di ricadute, di ricoveri e l'intensificazione dell'assistenza, con ripercussioni anche economiche dovute ad aumentati costi sanitari e socioassistenziali.

La **DGR XXII/1812 del 29/01/2024 "Attivazione del percorso di screening nutrizionale nelle strutture del SSR e domiciliare"** introduce gradualmente l'obbligo di effettuare lo screening nutrizionale in tutti gli ospedali e, dal 01/01/2025, anche in tutte le residenze per anziani e per coloro che usufruiscono delle cure domiciliari (C-DOM) e Regione Lombardia con la **DDG 03/09/2025 n. 12029**, fornisce gli **"Indirizzi regionali per l'effettuazione dello screening nutrizionale e gestione del rischio di malnutrizione"**.

Lo screening nutrizionale può essere somministrato da diverse figure professionali opportunamente formate che possono avvalersi di diversi sistemi di rilevazione dei dati (MUST, NRS-2002, MNI), è rapido ed efficace nel fornire elementi utili per valutare e/o intraprendere provvedimenti mirati.

La valutazione iniziale e le successive rivalutazioni devono essere inserite nella documentazione sanitaria (FaSAS- Fascicolo Socio Assistenziale e Sanitario) di ciascun ospite.

La malnutrizione per difetto, come già anticipato in premessa, rappresenta la forma di malnutrizione maggiormente presente negli anziani e in particolar modo tra quelli ospiti di strutture residenziali socio-assistenziali.

Fattori diversi concorrono alla genesi della malnutrizione (riportati nella tabella che segue) a cui talvolta si aggiunge la scarsa attenzione al tema dell'alimentazione e della sua importanza fondamentale nel mantenere, ripristinare o instaurare un maggior stato di benessere.



RISTORAZIONE ASSISTENZIALE PER ANZIANI RICOVERATI IN STRUTTURE SANITARIE RESIDENZIALI **LA MALNUTRIZIONE NELL'ANZIANO**

FATTORI	CAUSE
Nutrizionali	Diminuzione dell'appetito Abitudini e consumi alimentari inadeguati Digiuni prolungati e inappropriati Disidratazione Prescrizioni dietetiche restrittive/inadeguate Variazione dei fabbisogni energetici/di nutrienti Assenza/ritardo nella valutazione nutrizionale Ritardo nella prescrizione dietetica/nutrizionale
Clinici	Edentulia e/o cattiva gestione della protesi Nausea, vomito, malassorbimento, diarrea protratta Lesioni da pressione Interazioni farmaci/nutrienti Patologie croniche
Neuropsichiatrici	Confusione, depressione, demenza Deficit funzionali o motori o sensoriali Disfagia Parkinson e altri disturbi neurologici
Sociali	Livello culturale (basso) Povertà Istituzionalizzazione Isolamento/solitudine Mancanza di strumenti sensoriali (occhiali, protesi dentali, apparecchi acustici) Assistenza assente/scarsa/non professionale ai pasti

Tutti questi fattori nell'anziano istituzionalizzato possono essere precocemente individuati e gestiti con una corretta prassi di valutazione nutrizionale e con la formazione estesa a tutti gli operatori che a vario titolo si occupano della gestione, della cura e dell'assistenza dell'anziano.

Gli strumenti di screening nutrizionale identificati da Regione Lombardia con la DGR XII/1812 e utilizzabili in ambito assistenziale sono:

➤ **MUST** – Malnutrition Universal Screening Tool

Si articola in quattro punti:

1. Misurazione del peso e dell'altezza e calcolo dell'indice di massa corporea (IMC: peso in kg/altezza in m²). I dati di peso e altezza andrebbero sempre, ove possibile, rilevati dall'operatore che somministra lo screening.
2. Rilevazione di eventuale calo ponderale involontario negli ultimi 3-6 mesi.
3. Valutazione della gravità della malattia e dell'introito alimentare in termini di mancata assunzione o di previsione di mancata assunzione di cibo per più di 5 giorni.
4. Determinazione del rischio globale di malnutrizione (basso, medio, alto) a cui devono seguire precise azioni.

➤ **NRS 2002** – Nutritional Risk Screening 2002

Strumento interscambiabile con il MUST, si compone di due parti principali:



RISTORAZIONE ASSISTENZIALE PER ANZIANI RICOVERATI IN
STRUTTURE SANITARIE RESIDENZIALI
LA MALNUTRIZIONE NELL'ANZIANO

1. fase di prescreening, che prevede quattro domande:

- se il BMI è inferiore a 20
- se il paziente ha perso peso negli ultimi mesi
- se il paziente ha ridotto l'alimentazione
- se il paziente è ricoverato in terapia intensiva.

Se la risposta ad una di queste 4 domande è Sì, si passa alla successiva:

2. fase di screening completo, che contempla diversi fattori tra cui:

- la percentuale di perdita di peso
- l'assunzione di cibo e relativa eventuale diminuzione
- gravità della malattia
- età del paziente: se ha più di 70 anni viene valutato con particolare attenzione.

Ad ogni fattore viene attribuito un punteggio la cui somma determina il rischio nutrizionale del paziente.

➤ **MNA** – Mini Nutritional Assessment – è il test più utilizzato per la valutazione del rischio nutrizionale dei pazienti in ambito sociosanitario; consente un intervento nutrizionale precoce e il successivo monitoraggio. Prevede:

1. Valutazione antropometrica (*peso e altezza o stime e misurazioni alternative, perdita di peso*)
2. Valutazione generale (*stile di vita, terapie e abilità motorie*)
3. Valutazione dietetica (*numero di pasti, assunzione di cibi e di liquidi*)
4. Autonomia nella valutazione alimentare (*autopercezione della salute e della nutrizione*).

Il risultato dello screening restituisce un punteggio che esprime lo stato nutrizionale all'atto della misurazione: normale, a rischio o malnutrizione.

Indipendentemente dallo strumento utilizzato è fondamentale che venga individuato, per ogni livello di rischio, un percorso di presa in carico ben preciso e strutturato, per rendere il più efficace possibile ogni intervento allo scopo di ripristinare o raggiungere il migliore stato di salute possibile per ciascun ospite.

Gli strumenti a disposizione per la terapia nutrizionale sono:

- ✓ il Dietetico ospedaliero, con la presenza di diete a composizione bromatologica nota e programmi alimentari fortificati (descritto nell'allegato 1 *"La giornata alimentare"*);
- ✓ la valutazione delle ingesta tramite apposite schede che rilevano la quantità di cibo assunto oppure la quota di scarti nel piatto;
- ✓ la consulenza specialistica - la DGR XXII/1812 prevede che le ASST territorialmente competenti attivino percorsi di presa in carico degli ospiti delle Unità di Offerta Sociosanitaria Residenziali che risultano a rischio alto dallo screening Nutrizionale;
- ✓ l'integrazione nutrizionale (alimenti fortificati, supplementi nutrizionali orali, alimenti a consistenza modificata e liquidi addensanti);
- ✓ la nutrizione artificiale (**Decreto n. 14274 del 25/10/2021 "Determinazioni in merito alla nutrizione artificiale domiciliare (NAD) – approvazione del documento di percorso assistenziale condiviso"** – Regione Lombardia).