

LA MALNUTRIZIONE NELL'ANZIANO

LA MALNUTRIZIONE PER DIFETTO PUÒ ESSERE DEFINITA COME L'INSIEME DELLE ALTERAZIONI CLINICHE ED EMATOCHIMICHE DERIVANTI DA UN CARENTE APPORTO DI ENERGIA E NUTRIENTI.

Malnutrizione per difetto. Di cosa si tratta?

La malnutrizione per difetto può essere definita come l'insieme delle alterazioni cliniche ed ematochimiche derivanti da un carente apporto di energia e nutrienti. Oltre ai quadri di malnutrizione globale (malnutrizione calorico-proteica) è importante evidenziare anche i quadri di malnutrizione iniziale o parziale, subclinica o marginale, legata per lo più a carenze di singoli nutrienti (minerali e vitamine).

I principali parametri utili a fare diagnosi di malnutrizione sono il peso corporeo, l'altezza, l'indice di massa corporea e alcuni valori ematochimici (in particolare linfociti, albumina, transferrina). Per quanto riguarda il calo ponderale, quando esso risulta essere del 5-10% rispetto al peso abituale si parla di malnutrizione lieve; quando è del 11-20% il soggetto è in una condizione di malnutrizione moderata, quando è maggiore del 20% la malnutrizione risulta essere grave. Dal punto di vista fisiopatologico è possibile distinguere due forme di Malnutrizione per Difetto:

- Malnutrizione esogena (starvation), caratterizzata da una ridotta introduzione di energia e nutrienti. È caratterizzata da un progressivo depauperamento della massa grassa e successivamente della massa magra.
- Malnutrizione endogena (cachexia), in cui l'apporto di energia e nutrienti è carente a fronte di un aumentato fabbisogno. Si riscontra nelle malattie acute o nelle forme ipercataboliche. In questo caso il depauperamento della massa magra è molto più precoce e comporta rapide alterazioni funzionali e di immuno-competenza.

La malnutrizione per difetto, nei Paesi più ricchi, è solitamente riscontrata nelle popolazioni immigrate, nei pazienti affetti da anoressia nervosa e, in particolare, negli anziani.

Quanti sono gli anziani in Italia?

Un soggetto si definisce anziano quando ha un'età superiore a 75 anni. Questi soggetti in Italia ammontano a 7 milioni e costituiscono circa il 12% della popolazione (dati Istat



2018) con una percentuale maggiore di individui di sesso femminile (60%). Negli ultimi anni stiamo assistendo ad un graduale spostamento dal modello tradizionalmente caratterizzato da alta fertilità e alta mortalità verso una riduzione dei tassi di natalità e di mortalità, con un graduale allungamento della vita media e quindi ad una tendenza significativa all'invecchiamento della popolazione. A livello mondiale si prevede un tasso di crescita della popolazione over 60 pari al + 3%, dal 2010 al 2030. In Italia, nel 2009, era già stata descritta una popolazione over 65 pari al 20,1%, con proiezione al 2025 del 32,5%.

Quanti sono gli anziani malnutriti?

Nel 42% dei casi, i soggetti anziani sono caratterizzati da multimorbilità, ossia dalla presenza di due o più patologie croniche. La multimorbilità si è vista essere molto diffusa (70%) nella popolazione anziana ospedalizzata; in questa popolazione vi è un alto rischio di malnutrizione (1). Tra gli anziani istituzionalizzati la prevalenza della malnutrizione oscilla tra il 10-70% a seconda dei setting esaminati e in funzione dei parametri utilizzati. Già lo studio PIMAI, condotto da Lucchin nel 2006, aveva evidenziato, nel braccio dedicato alle RSA (583 ospiti), quasi il 50% di soggetti malnutriti, il 33% a rischio malnutrizione e solo il 17% di normonutriti. Molti studi hanno dimostrato che la prevalenza della malnutrizione è del 20-60% nei pazienti anziani

all'ammissione in ospedale e del 30-50% nei pazienti al momento del ricovero nelle nursing-home. Tra gli anziani free-living la prevalenza è invece di circa il 2,2-30%, mentre molto più frequenti sono le deficienze vitaminiche subcliniche come evidenziato in diversi studi epidemiologici (2).

Quali sono i fattori che predispongono alla Malnutrizione per Difetto?

La Malnutrizione in età geriatrica è provocata dal combinarsi di diversi fenomeni (fisiologici e non):



- Fattori sociali quali povertà e solitudine, impossibilità a fare acquisti, a preparare i pasti ecc.;
- Depressione in relazione a solitudine, scarsa autostima, perdita della propria autosufficienza ecc.;
- Deterioramento cognitivo con atteggiamenti nei confronti del cibo o dell'atto del mangiare di tipo oppositivo o "disinteressato-noncurante"; perdita dei ritmi alimentari, ecc.;
- Alterazione delle funzioni sensoriali (ridotto numero di papille gustative, ridotta percezione degli odori);
- Cambiamenti a carico dell'apparato gastroenterico (riduzione dell'efficienza della masticazione e della funzionalità delle ghiandole salivari, riduzione della superficie assorbente intestinale, ecc.);

- Elevata comorbidità con aumentate perdite di nutrienti, ipercatabolismo proteico, ecc.;
- Terapie farmacologiche che possono provocare riduzione dell'appetito, minore efficienza della funzione digestiva, alterazioni delle funzioni sensoriali ecc.

Quali sono le conseguenze cliniche della Malnutrizione per Difetto?

Se non trattata, la Malnutrizione per Difetto segue un percorso caratterizzato dalla perdita della riserva adiposa, seguita dalla deplezione della massa muscolare, da perdite tissutali che coinvolgono tutti gli organi fino alla morte metabolica che interviene quando il patrimonio proteico si riduce al 50-70%. Le conseguenze della Malnutrizione si manifestano in tutti gli organi e apparati, con limitazioni funzionali, deterioramento cognitivo, anemia, ridotta immunocompetenza, osteoporosi, ridotta efficienza degli apparati digerente e respiratorio, ritardata riparazione di ferite e lesioni da decubito, alterata farmacocinetica, difficoltà nel recupero funzionale dopo interventi chirurgici o eventi acuti in generale.

La presenza della Malnutrizione per Difetto comporta quindi conseguenze rilevanti non solo sulla qualità di vita del soggetto (malessere, depressione, irritabilità ecc.) ma anche sull'incidenza di complicanze e sulla prognosi a distanza delle eventuali patologie di base, aumentandone la mortalità. È da notare come ognuna delle conseguenze della Malnutrizione finisca per innescare un circolo vizioso in cui la Malnutrizione e la conseguenza della stessa finiscono per alimentarsi a vicenda.

C'è infine da sottolineare che esiste un punto di non ritorno oltre il quale la gravità della Malnutrizione non è più controllabile, soprattutto in soggetti anziani peraltro fragili. La prevenzione e l'intervento precoce diventano quindi essenziali per poter ottenere un efficace recupero fisico, funzionale, psicologico.

Come prevenire e/o curare la Malnutrizione per Difetto in età geriatrica?

La prevenzione (primaria e secondaria) e la cura della Malnutrizione si basa su alcuni punti sostanziali:

- Individuazione precoce e rimozione altrettanto precoce delle cause con una presa in carico degli aspetti clinici, funzionali e psicologici dell'anziano a rischio di malnutrizione. In particolare andranno individuati e trattati le cause organiche, le situazioni a rischio d'ipercatabolismo, i quadri clinici caratterizzati da distruzione di tessuti, gli eventi in grado di far precipitare un rischio in una malnutrizione, le patologie neurologiche.
- Precoce individuazione di un rischio di Malnutrizione attraverso strumenti di screening validati. Tra questi vi sono l'MNA (Mini Nutritional Assessment nella

doppia versione screening form e completa), il MUST (Malnutrition Universal Screening Tool) e alcune schede di rilevazione dell'assunzione alimentare nelle 24 ore finalizzate alla definizione di uno score numerico da utilizzare anche in assenza di professionisti della nutrizione, utile a definire tre livelli di intake (inadeguato, ridotto, adeguato).

- Intervento precoce con manipolazioni della dieta, miglioramento dell'ambiente in cui viene consumato il pasto ed eventuale ricorso a supplementi orali.
- L'addestramento e la responsabilizzazione dei caregiver, non solo per evitare l'isolamento e per un aiuto al momento del pasto ma anche per monitorare più strettamente l'intake alimentare degli anziani (Linee Guida ESPEN 2017).

In riferimento al quarto punto, è importante sottolineare che il 38% della popolazione anziana in Italia vive in solitudine. È stato recentemente elaborato un rapporto in grado di quantificare la quantità di soggetti anziani non autosufficienti che hanno il supporto di un caregiver (ONU 2015, ISTAT 2016). In Italia questo rapporto è molto basso (2,7); scende ulteriormente a 1,3 se il caregiver è un soggetto di sesso femminile con età compresa tra i 20 e i 64 anni. Spesso in queste condizioni di solitudine si fa ricorso ad assistenti familiari (i cosiddetti badanti): si stima che circa 830.000 assistenti familiari vengano assunti ogni anno direttamente da anziani e famiglie (3). In questi casi, la formazione degli assistenti è di estrema importanza.

Anche se restano sempre preferibili la cura e l'assistenza dell'anziano presso il domicilio, negli ultimi anni si assiste a un costante incremento del fabbisogno di posti-letto in strutture residenziali temporanee e definitive. Risulta quindi importante recuperare il senso della ristorazione collettiva in una logica alberghiera e sanitaria (rispettare i fabbisogni di energia e nutrienti, adeguare la consistenza alle capacità masticatorie e di deglutizione, variare i menù e curare l'aspetto gastronomico, frazionare i pasti ecc.).

Come impostare una dieta per Malnutrizione per Difetto?

L'organizzazione di un idoneo impianto dietetico è fondamentale. È necessario garantire la copertura dei fabbisogni nutrizionali dei pazienti prestando attenzione non soltanto alle caratteristiche biomediche, bensì anche agli aspetti funzionali, alla qualità di vita del paziente e al rapporto costo-beneficio di ogni intervento di tipo nutrizionale (4).

Per quanto riguarda l'intake di macro e micronutrienti, valgono le raccomandazioni per la popolazione, con alcune eccezioni (LARN 2014; CREA 2018; ESPEN 2019).

L'apporto calorico giornaliero proveniente dai carboidrati indicato come ottimale non subisce particolari variazioni nella popolazione geriatrica: l'apporto giornaliero deve essere compreso tra il 45 e il 60% dell'intake energetico totale. Gli zuccheri semplici devono rappresentare al massimo il 15%

dell'intake. Ogni pasto deve quindi prevedere una quota glucidica, che può essere rappresentata da pasta, riso, cereali, pane, patate. Nei pazienti con difficoltà masticatorie e/o deglutitorie, è possibile optare per purea di patate morbide, eventualmente miscelate ad un buon quantitativo d'olio extravergine d'oliva e ad una componente proteica.

Anche l'introito calorico giornaliero proveniente dai lipidi (olio, burro, frutta secca, molive ecc.) è sovrapponibile a quello della popolazione adulta: l'apporto calorico deve essere compreso tra il 20 e il 35% dell'energia totale. Gli acidi grassi saturi non devono superare il 10% dell'energia totale. È opportuno un consumo di acidi grassi polinsaturi pari al 5-10%. L'intake di colesterolo alimentare deve essere inferiore ai 300 mg/die. L'aggiunta di olio extravergine d'oliva a crudo può essere d'aiuto all'aumento della quota calorica totale; si pensi che un cucchiaino da minestra di olio apporta circa 100 kcal.

Per quanto riguarda le proteine (carne, pesce, uova, legumi, ecc.) invece, le Linee Guida raccomandano un'assunzione superiore rispetto a quella del soggetto adulto. La perdita della massa muscolare è alla base dell'aumento, seppur minimo, del fabbisogno proteico rispetto al soggetto adulto. I LARN indicano come obiettivo nutrizionale proteico per la prevenzione l'introduzione di 1,1 g di proteine / kg peso corporeo. L'ESPEN indica un intake proteico di almeno 1 g/kg di peso corporeo. È importante sottolineare come un apporto insufficiente di energia aumenti il fabbisogno proteico. Una quota proteica dovrebbe essere garantita in tutti i pasti principali della giornata. Qualora risultasse difficile raggiungere il quantitativo raccomandato con l'assunzione degli alimenti, è possibile fare utilizzo di proteine in polvere.



Vi sono poi i micronutrienti: vitamine e sali minerali. Calcio e vitamina D sono estremamente importanti per il mantenimento delle funzioni ossee e per altre innumerevoli funzioni. Il fabbisogno di entrambi è aumentato a causa di modifiche ormonali progressive, soprattutto nella donna, che possono portare a demineralizzazione ossea e ad un aumentato rischio di osteoporosi, fragilità ossea e maggior rischio di fratture disabilitanti e/o allettamento correlate. L'intake giornaliero di Calcio aumenta da 1000 a 1200 mg nella donna a 60 anni

e nell'uomo a 75. Secondo le ultime indagini CREA, l'assunzione giornaliera di calcio è di 700 mg, quindi nettamente inferiore anche rispetto a quella raccomandata nei soggetti adulti (1000 mg). La carenza di calcio si ripercuote sui livelli di vitamina D, di cui siamo spesso carenti (bassa esposizione al sole, basso intake alimentare). L'intake giornaliero di vitamina D aumenta nella popolazione anziana da 15 a 20 ug in entrambi i sessi a 75 anni. Per aumentare l'introito giornaliero di calcio è consigliabile l'aggiunta di formaggio grana ai primi piatti o il consumo di un pezzettino come spuntino durante la giornata; è importante ricordare che molti minerali sono presenti e facilmente assorbibili nelle acque minerali.

Vi sono poi altre vitamine importanti poiché giocano un ruolo fondamentale sullo stato nutrizionale dell'anziano; tra queste vi sono la vitamina B12 e l'acido folico sui quali non vi sono particolari indicazioni relative all'assunzione giornaliera. Occorre però sottolineare che spesso i soggetti anziani assumono gastroprotettori e farmaci (ad esempio la metformina), che riducono la disponibilità di vitamina B12, presente in particolar modo in alimenti di origine animale. Una piccola quantità di vitamina B12 viene inoltre prodotta dalla flora batterica intestinale; anche per questo motivo è quindi importante prendersi cura del proprio intestino.

Per assumere un'adeguata quantità di micronutrienti è fondamentale consumare frutta e verdura, variando i colori e alternando verdura cruda e cotta. Un adeguato consumo di ortaggi garantisce inoltre l'assunzione di un buon quantitativo di fibra, utile al mantenimento di una flora batterica intestinale in equilibrio.

È importantissimo prestare sempre attenzione anche allo stato di idratazione. I livelli di idratazione giornalieri nella popolazione geriatrica dovrebbero essere di almeno 1,6 l nei soggetti di sesso femminile e di 2,0 l nei soggetti di sesso maschile; ciò va rapportato alla condizione clinica del paziente. Per facilitare l'introito giornaliero di liquidi è possibile optare per tisane e infusi durante la giornata e per piatti brodosi e minestre la sera.

Il trattamento nutrizionale deve essere quindi multimodale, multidisciplinare e soprattutto individualizzato. In presenza di ridotta mobilità e fatigue, di difficoltà nel cucinare e fare la spesa e di difficoltà visive occorre intervenire garantendo un'assistenza nel cucinare e nel fare la spesa e, nell'ultimo caso, durante i pasti. Nei casi di difficoltà nella manipolazione del cibo e assunzione di liquidi è consigliabile ricorrere al finger food e agli ausili speciali. Qualora si presentasse affaticabilità durante il pasto sarebbe utile proporre pasti piccoli e frequenti, alimenti fortificati, supplementi nutrizionali orali. Nei soggetti con iporessia bisognerebbe considerare gli eventuali effetti collaterali dei farmaci. Nei casi di disfagia, complicanza molto frequente nel soggetto anziano, andrebbe valutata una dieta a consistenza modificata. È importante valutare anche la nutrizione enterale in pazienti che ne necessitano. L'applicazione di PEG si è infatti vista ridurre drasticamente il rischio di mortalità (5).

BIBLIOGRAFIA:

1. Gomes et al. *Clinical Nutrition* 2018; 37: 336-353
2. Stuart C Hartz, Robert M Russell, Irwin H Rosenberg. *The Boston Nutritional Status Survey* 1992
3. Sergio Pasquinelli 2013
4. ESPEN guidelines, *Clinical Nutrition* 2006; 25: 330-360
5. ESPEN guidelines on clinical nutrition and hydration in geriatrics, *Clinical Nutrition* 2019; 10-47