

Alimentazione in Età Geriatrica

LORENZO M. DONINI

Le persone che raggiungono l'età avanzata si trovano ad affrontare le conseguenze potenziali del processo d'invecchiamento, caratterizzato da un progressivo e permanente accumulo di danno molecolare e cellulare, con possibile conseguente perdita progressiva della funzione, fragilità e la malattia.

Infatti, l'invecchiamento è tipicamente accompagnato da un aumento del carico delle malattie non trasmissibili, come quelle cardiovascolari, il diabete, la malattia di Alzheimer e altre patologie neurodegenerative, tumori, malattie polmonari croniche ostruttive e problemi muscolo scheletrici. Come conseguenza, la pressione sul sistema sanitario mondiale aumenta. Le malattie croniche impongono alla popolazione anziana un peso elevato in termini di salute ed economico a causa proprio della lunga durata di queste malattie, della diminuzione della qualità della vita e dei costi per le cure. Sebbene il rischio di malattie aumenti con l'età, i problemi di salute non sono una conseguenza inevitabile dell'invecchiamento. Infatti, se per molte di queste patologie non si conoscono misure preventive efficaci, per altre invece già sono note. Fra queste c'è l'adozione di un sano stile di vita che include una regolare attività fisica e una sana alimentazione.

La nutrizione è uno degli aspetti più importanti che contribuisce alla salute dell'anziano. Un'alimentazione adeguata è importante per il mantenimento dell'attività quotidiana e per preservare l'autonomia funzionale. L'avanzamento dell'età è accompagnato da cambiamenti fisiologici, psicologici, sociali ed economici che possono esporre ad un'inadeguata alimentazione.

Caratterizzano questa fase della vita una maggiore prevalenza di malnutrizione per difetto, ma anche l'elevata prevalenza di obesità, così come il significativo impatto dell'obesità sarcopenica, che fu evidenziato da Cetin già nel 2014 ("Obesity in the Enderly: more complicated than you think").

Lo stato di nutrizione di un individuo è la risultante di una complessa interazione tra necessità nutrizionali, apporti e utilizzazione dei nutrienti, e rappresenta un indicatore significativo dello stato di salute. Qualora venga ad alterarsi l'equilibrio tra fabbisogni ed apporti, tra energia incamerata sotto forma di ATP, immagazzinata e dissipata (Leonardi, 2018), si manifestano condizioni subcliniche o evidenti di malnutrizione (per eccesso, per difetto e/o selettive).

Le diverse forme di malnutrizione di fatto impattano significativamente sulla fragilità che è strettamente collegata alla sarcopenia (Jensen 2018; Laur 2017; Cruz-Jentoft 2019; Wei 2018).

Di fatto nell'anziano si osserva di frequente la presenza del "triple burden of malnutrition" in cui coesistono nello stesso individuo o nello stesso gruppo di individui, la malnutrizione per difetto, la malnutrizione per eccesso e la carenza di micronutrienti.

Sulla base di quanto sopra sarebbe opportuno l'avvio di un'attività di sorveglianza attiva che preveda in tutti gli ambiti d'interesse applicativo (dalla popolazione generale ai pazienti ospedalizzati) nei soggetti con età superiore a 65 anni il ricorso allo screening per la malnutrizione per difetto (Le Saux, 2019; Naffouje, 2019), la ricerca dei deficit vitaminico-minerali (Ca, Fe, vit.B12, vit. D, vit. C) (Lim, 2019), il monitoraggio dell'assunzione alimentare per os (Corbaux, 2019) e la valutazione della fragilità (Hong, 2019).

Tutte le linee guida indirizzate all'anziano raccomandano, più o meno esaurientemente, la necessità di monitorare lo stato di nutrizione. Malgrado ciò è ancora presente una discrepanza tra raccomandazioni e applicazione delle stesse nella pratica clinica (Johansson, 2009) e una scarsa attenzione del personale sanitario nei confronti della nutrizione clinica e dell'educazione/counseling indirizzata al miglioramento degli stili di vita (Harkin, 2018). Contribuiscono a ciò la difficoltà a riconoscere la malnutrizione e a calcolare il fabbisogno energetico, alla scarsa conoscenza delle tecniche nutrizionali (Mowe, 2008), alla mancanza di tempo (Crowley, 2016; Agarwal, 2018) e all'inadeguatezza/assenza di rimborsabilità delle prestazioni nutrizionali.

Nel processo di gestione dell'anziano, la valutazione dello stato di nutrizione ha un ruolo fondamentale nell'impostazione e nella gestione della terapia, così come nel monitoraggio dell'evoluzione clinica della malattia, nonché necessaria per accertare il raggiungimento degli obiettivi terapeutici (valutazione d'efficacia) e per guidare eventuali modifiche del piano di cure stabilito. Le variabili da utilizzare (composizione corporea, funzione muscolare, alcune variabili biochimiche, qualità della vita, in alcuni casi tollerabilità alle terapie, ecc.) devono essere selezionate perché idonee a riflettere in modo corretto la situazione di partenza e le variazioni nel tempo dello stato di nutrizione. Per la riduzione del rischio nutrizionale e la presa in carico di soggetti anziani con malnutrizione va accettato e condiviso un modello di processo e di gestione nutrizionale che prevede la partecipazione di più figure professionali e richiede una stretta collaborazione tra medici in possesso di varie competenze cliniche (nutrizionista, geriatra, fisiatra, pneumologo ecc.). Il processo è articolato in (1) screening; (2) valutazione dello stato di nutrizione; (3) intervento/terapia nutrizionale; (4) monitoraggio; (5) valutazione dell'efficacia.

Un aspetto particolare è rappresentato dalla ristorazione collettiva che riguarda tutti i soggetti ospedalizzati o istituzionalizzati. Come già segnalato nelle Linee di indirizzo nazionale per la ristorazione ospedaliera ed assistenziale (già pubblicate dal Ministero della Salute nel 2011) e precedentemente nel documento "Food and nutritional care in hospitals: how to prevent undernutrition-report and recommendations of the committee of experts on nutrition, food safety and consumer protection" del 2002, nelle strutture di riabilitazione e nelle RSA – a somiglianza di quanto avviene negli ospedali – la malnutrizione per difetto ha conseguenze negative sul recupero funzionale (ad esempio, dell'autonomia motoria) e sulle condizioni generali del paziente, aumenta il rischio di complicanze (lesioni da pressione, infezioni, cadute con conseguenti fratture, peggioramento di preesistenti patologie cronico-degenerative, comparsa o peggioramento di depressione e apatia), la complessità gestionale, i costi sanitari e socio-assistenziali, mentre riduce le probabilità di rientro al domicilio.

La ristorazione collettiva ha un ruolo importante in ambito assistenziale poiché rappresenta uno strumento indispensabile di prevenzione e cura delle malattie a componente nutrizionale nell'anziano ospedalizzato o comunque istituzionalizzato (V. in proposito "Improvement in the quality of the catering service of a rehabilitation hospital" di Lor.M.Donini et Al., 2008).

Il servizio di ristorazione collettiva deve tendere al raggiungimento di un ottimale livello in termini sia di qualità nutrizionale che di qualità sensoriale, unitamente alla progettazione di un'organizzazione efficiente del servizio. In tal caso la ristorazione ospedaliera può assumere un ruolo educativo utile alla prevenzione delle malattie cronico-degenerative e al trattamento delle diverse forme di malnutrizione.

Il confronto con gli operatori sanitari ed in particolare con professionisti competenti in ambito nutrizionale, così come la comprensione delle regole per una corretta alimentazione, possono avere un ruolo importante per la comunicazione e l'informazione dei pazienti, dei loro familiari e dei caregiver.

Bibliografia

1. Corbaux P, Fontaine-Delaruelle C, Souquet PJ, Couraud S, Morel H, Tronc F, Eker E, Peron J, Raynard B. Is Nutritional Screening of Patients with Lung Cancer Optimal? An Expert Opinion Survey of French Physicians and Surgeons. *Nutr Cancer*. 2019;71(6):971-980
2. Crowley J, Ball L, McGill AT, Buetow S, Arroll B, Leveritt M, Wall C. General practitioners' views on providing nutrition care to patients with chronic disease: a focus group study. *J Prim Health Care*. 2016 Dec;8(4):357-364
3. Cruz-Jentoft AJ, Bahat G, Bauer J, Boirie Y, Bruyère O, Cederholm T, Cooper C, Landi F, Rolland Y, Sayer AA, Schneider SM, Sieber CC, Topinkova E, Vandewoude M, Visser M, Zamboni M; Writing Group for the European Working Group on Sarcopenia in Older People 2 (EWGSOP2), and the Extended Group for EWGSOP2. Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. *Age Ageing* 2019;48(1):16-31. doi: 10.1093/ageing/afy169.
4. Donini, L.M., et al., Improvement in the quality of the catering service of a rehabilitation hospital. *Clin Nutr*, 2008. 27(1): p. 105-14.

5. Harkin N, Johnston E, Mathews T, Guo Y, Schwartzbard A, Berger J, Gianos E. Physicians' Dietary Knowledge, Attitudes, and Counseling Practices: The Experience of a Single Health Care Center at Changing the Landscape for Dietary Education. *Am J Lifestyle Med*. 2018 Nov 23;13(3):292-300
6. Hong X, Yan J, Xu L, Shen S, Zeng X, Chen L. Relationship between nutritional status and frailty in hospitalized older patients. *Clin Interv Aging*. 2019; 14: 105–111
7. Jensen GL, Cederholm T. The malnutrition overlap syndromes of cachexia and sarcopenia: a malnutrition conundrum. *Am J Clin Nutr*. 2018;108(6):1157-1158. doi:10.1093/ajcn/nqy314
8. Laur CV, McNicholl T, Valaitis R, Keller HH. Malnutrition or frailty? Overlap and evidence gaps in the diagnosis and treatment of frailty and malnutrition. *Appl Physiol Nutr Metab*. 2017;42(5):449-458. doi:10.1139/apnm-2016-0652
9. Leonardi F, Portelli G, Morini P. In: *Dietetica e Nutrizione. Clinica e organizzazione*. Fatati G, Amerio ML. Il Pensiero Scientifico, Terza Ed. 2018
10. Le Saux O, Falandry C, Gan HK, You B, Freyer G, Péron J. Changes in the Use of Comprehensive Geriatric Assessment in Clinical Trials for Older Patients with Cancer over Time. *Oncologist*. 2019 Feb 1. pii: theoncologist.2018-0493
11. Lim HS, Lee MN. Comparison of Health Status and Nutrient Intake by Household Type in the Elderly Population. *J Bone Metab*. 2019 Feb; 26(1): 25–30
12. Naffouje SA, De La Cruz K, Berard D, Guy S, Salti GI. Knowledge, attitudes and practice of surgeons regarding nutritional support in CRS and HIPEC patients: Are we missing something? *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2019 Jan;28(1):e12930
13. Spiro A, Baldwin C, Patterson A, Thomas J, Andreyev HJ. The views and practice of oncologists towards nutritional support in patients receiving chemotherapy. *Br J Cancer*. 2006 Aug 21;95(4):431-4
14. Wei K, Nyunt MS, Gao Q, Wee SL, Yap KB, Ng TP. Association of Frailty and Malnutrition With Long-term Functional and Mortality Outcomes Among Community-Dwelling Older Adults: Results From the Singapore Longitudinal Aging Study 1. *JAMA Netw Open*. 2018;1(3):e180650. Published 2018 Jul 6. doi:10.1001/jamanetworkopen.2018.065