

MALNUTRIZIONE TANTO SPESSO NON RILEVATA NELL' ANZIANO

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce la malnutrizione "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". La malnutrizione non è di solito riportata nelle diagnosi di dimissione ospedaliera; la cartella clinica degli anziani ricoverati è spesso carente dei parametri antropometrici e del BMI. Nelle SDO gli ICD-9-CM relativi alla malnutrizione sono molto rari.

I codici ICD-9-CM della malnutrizione sono riportati al seguente [link](#); quelli ICD-10-CM sono riportati [qui](#); dovrebbero essere utilizzati più frequentemente anche perché la malnutrizione e le sue conseguenze rappresentano una sindrome geriatrica maggiore da cause spesso trattabili.

Secondo i risultati di un'ampia letteratura la malnutrizione affligge il 60-70% dei residenti in struttura, il 40% dei pazienti ospedalizzati e il 5% della popolazione generale. In Italia un anziano su due è malnutrito al momento del ricovero in ospedale per patologie molto frequenti; la malnutrizione può peggiorare i risultati del ricovero con una maggior probabilità di complicanze e di morte. In passato l'indagine "Seneca" (EuronutSENECA 1989-1999) ha rilevato che nell'ambito dei pazienti geriatrici a domicilio il 5-12% risulta malnutrito, mentre la percentuale sale notevolmente nei ricoverati (26-55%), e negli istituzionalizzati (5-85%). Si sottolinea il fatto che la diagnosi di malnutrizione è raramente posta e non adeguatamente trattata nei vari setting curativo-assistenziali dopo averne riconosciuto le possibili cause; accompagna malattie frequenti nell'anziano come la broncopneumopatia cronica, lo scompenso cardiaco. La malnutrizione nell'anziano ospedalizzato è associata a maggiore morbilità e mortalità, all'aumento dei giorni di degenza, alla diminuzione della massa muscolare compresi i muscoli respiratori con riduzione della risposta ventilatoria alla ipossia, ad aumento del rischio di caduta, difficoltà della cicatrizzazione delle ferite, aumentato rischio di infezioni (ridotta risposta immunitaria) e di piaghe da decubito, astenia, maggior incidenza di delirium, aumento della frequenza dei ricoveri, necessità di assistenza e di supporto domiciliare e aumento dei costi sanitari; inoltre peggiora la qualità della vita.

In questi giorni si celebra la settimana della consapevolezza della malnutrizione: nel [logo dell' evento](#) si stressa la frequenza della malnutrizione non diagnosticata e della conseguente necessità di intervenire.



Il recupero del paziente anziano anche dopo un evento acuto è in parte legato all'efficienza dei muscoli, alla forza muscolare e alla velocità di cammino che dipendono anche dalla corretta alimentazione. Le carenze procedurali e l'attenzione a questo fondamentale problema sono palesi: la lettura delle cartelle cliniche e delle schede di dimissione ospedaliera (SDO) confermano che la malnutrizione è un problema secondario nei pazienti ospedalizzati; raramente è presente anche fra le diagnosi secondarie (si verifica anche per il delirium).

Si raccomandano modalità semplici, anche di competenza infermieristica, che permettano di individuare precocemente il paziente anziano anche a rischio di malnutrizione per intervenire tempestivamente; fondamentale la misurazione nel tempo del peso corporeo e dell'altezza per

calcolare il BMI; i problemi della valutazione antropometrica emergono se il paziente non è in grado di mantenere la posizione eretta; si può allora ricorrere a procedure ricordate a pagina 39 del [Giornale di Gerontologia](#). Poiché ad oggi non è ancora stato stabilito un gold standard per la valutazione dello stato nutrizionale, questa dovrà basarsi su parametri anamnestici, clinici, antropometrici e bioumorali: il metodo SGA (Subjective Global Assessment) di facile utilizzo, rapido e a basso costo; il [Mini Nutritional Assessment](#) - MNA - non dovrebbe mancare nelle cartelle cliniche e correttamente compilato ; le diverse metodologie sono ampiamente reperibili online e alcune valutano il rischio di malnutrizione; si veda [qui](#) e anche [qui](#).

Le attenzioni alla alimentazione dell'anziano devono riguardare anche la disfagia, la disponibilità del cibo e la sua appetibilità, le preferenze alimentari, l'anoressia, il contesto abitativo compresa la solitudine. Il rifornimento calorico e proteico, quantitativo e qualitativo, è fondamentale per il corretto funzionamento di organi ed apparati. Si ricorda che la valutazione nel tempo del peso corporeo e anche dell'altezza dovrebbe essere autogestita: i valori corrispondenti sono riportati poi con la data sul fascicolo sanitario elettronico.

La presenza di malnutrizione richiede un approccio multidimensionale per identificare le cause che possono essere anche multiple; fondamentale è definire il fabbisogno calorico giornaliero e far riferimento anche a biomarker (albuminemia, transferrina, numero di linfociti) di facile acquisizione.