

*Valutazione dello stato nutrizionale
nel paziente geriatrico
istituzionalizzato (RSA) ed elementi
di supporto nutrizionale*

Dr Carlo Pedrolli
U.O.S. Dietetica e Nutrizione Clinica
Ospedale S. Chiara Trento

Conseguenze della malnutrizione

- Primarie: ↓ guarigione delle ferite, ↓ f. intestinale, ↓ f. muscolare, ↓ risposta ventilatoria, ↓ risposta immunitaria, ↑ rischio infezioni
- Secondarie: ↑ morbilità, ↑ durata della degenza, ↑ impiego di farmaci, ↑ durata riabilitazione, ↑ mortalità, ↓ qualità della vita

Risultato:

PEGGIORAMENTO OUTCOME CLINICO

↑ COSTI DI GESTIONE SANITARIA

Stato nutrizionale in Geriatria: perché è importante

- **Uno stato nutrizionale scadente è un importante fattore di rischio di morbidità e mortalità nell'età anziana; d'altra parte un buono stato nutrizionale contribuisce allo stato di salute ed alla capacità di ripresa da eventuali malattie acute.**

Am Fam Physician 65,4:640-50, 2002

Principali cause “estrinseche”

Giorn. Geront. 2001/1

- Mancata registrazione peso ed altezza
- Dispersione responsabilità nell'accudire il pz
- Prolungamento trattamento con sol. Glucosata e fisiologica
- Mancata osservazione e registrazione dell'introito alimentare
- Salto dei pasti per indagini diagnostiche

Principali cause “estrinseche”

Giorn. Geront. 2001/2

- Uso inadeguato della NA
- Ignoranza sulla composizione prodotti dietetico – nutrizionali
- Mancato riconoscimento delle aumentate richieste nutrizionali per trauma malattia
- Mancata collaborazione fra medico, infermiere e dietista (se presente)
- Ritardo nel supporto nutrizionale al pz. In grave stato carenziale

Principali cause “estrinseche”

Giorn. Geront. 2001/3

- Limitata disponibilità di esami di laboratorio per valutare lo stato nutrizionale o mancato utilizzo di quest’ultimi
- Scarso rilievo all’educazione nutrizionale nelle scuole mediche

**RILEVAZIONE STATISTICA SUI PRESIDI RESIDENZIALI
SOCIO-ASSISTENZIALI**

Anno 2003

Numero verde: 800 90 12 91

SEZIONE 1. *Informazioni generali sul presidio (Riferite al 31/12/2003 se non altrimenti specificato nei singoli quesiti)*

SEZIONE 2. *Dati sul personale (Riferiti al 31/12/2003 se non altrimenti specificato nei singoli quesiti)*

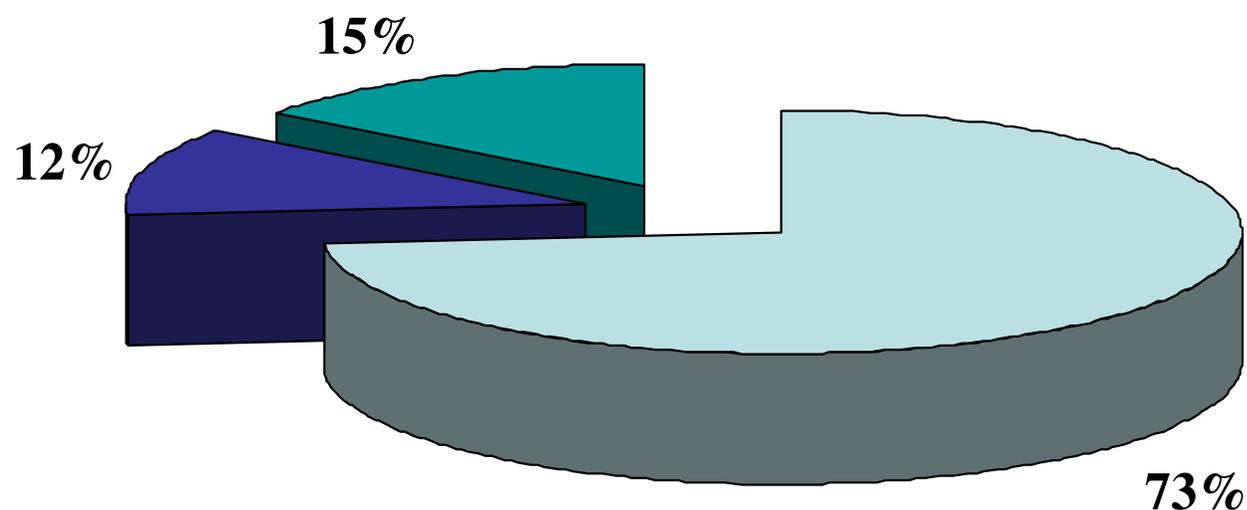
SEZIONE 3. *Dati sugli assistiti (Riferiti al 31/12/2003 se non altrimenti specificato nei singoli quesiti)*

SEZIONE 4. *Dati economici (Riferiti al 31/12/2003 se non altrimenti specificato nei singoli quesiti)*

PARTE RISERVATA A COMMENTI E SUGGERIMENTI DEL COMPILATORE

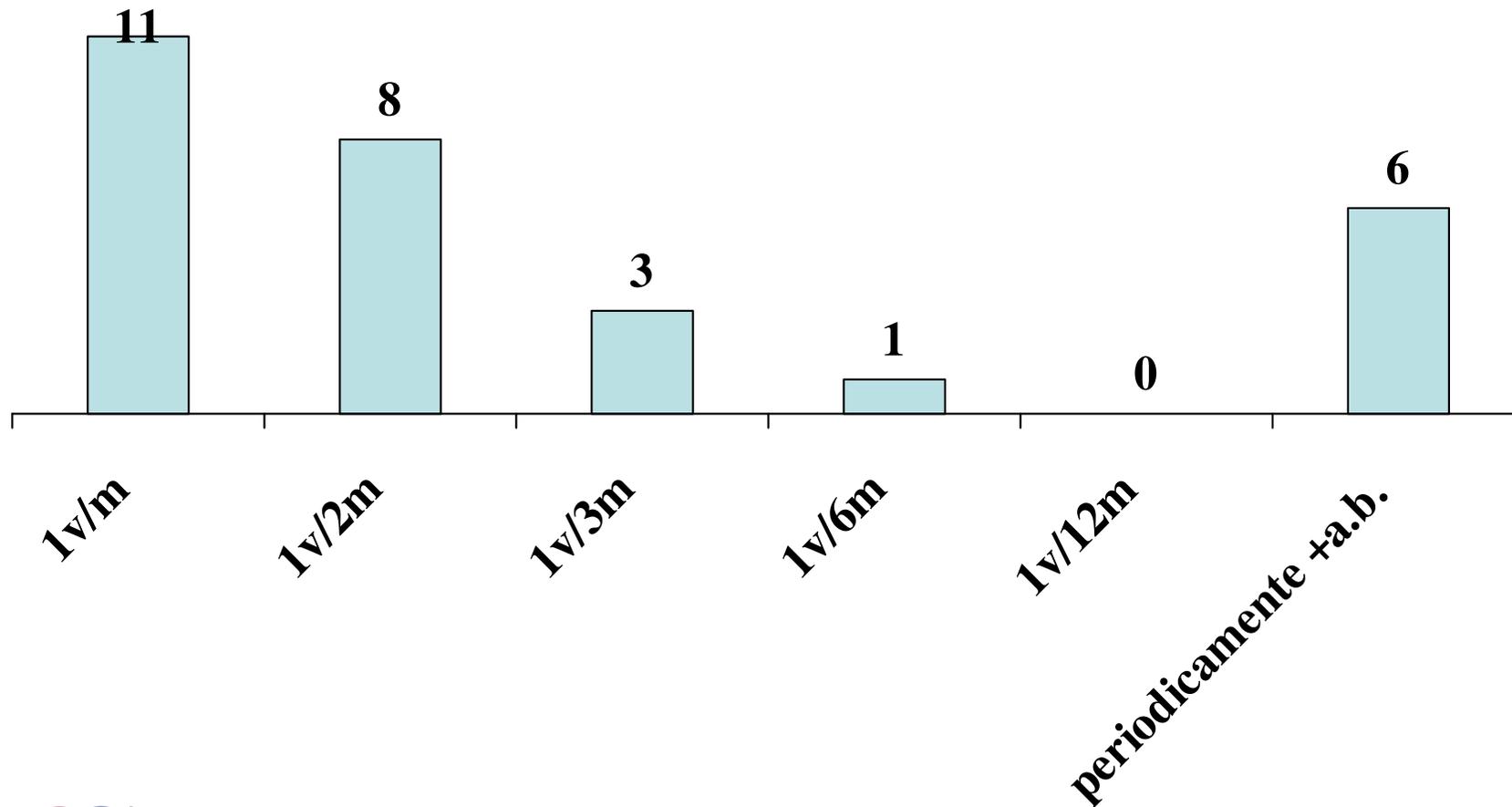
Le domande che seguono sono finalizzate a conoscere l'opinione del compilatore riguardo alla formulazione dei quesiti posti.
Le indicazioni fornite consentiranno di migliorare le versioni successive del questionario.

Atteggiamento nei confronti del peso nelle RSA

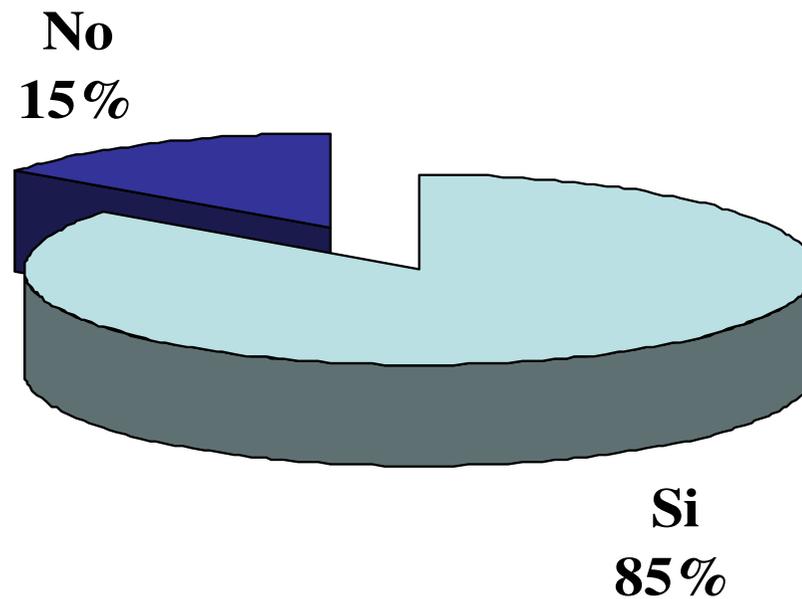


■ Peso sist ■ Non mis ■ Mis. Non sist

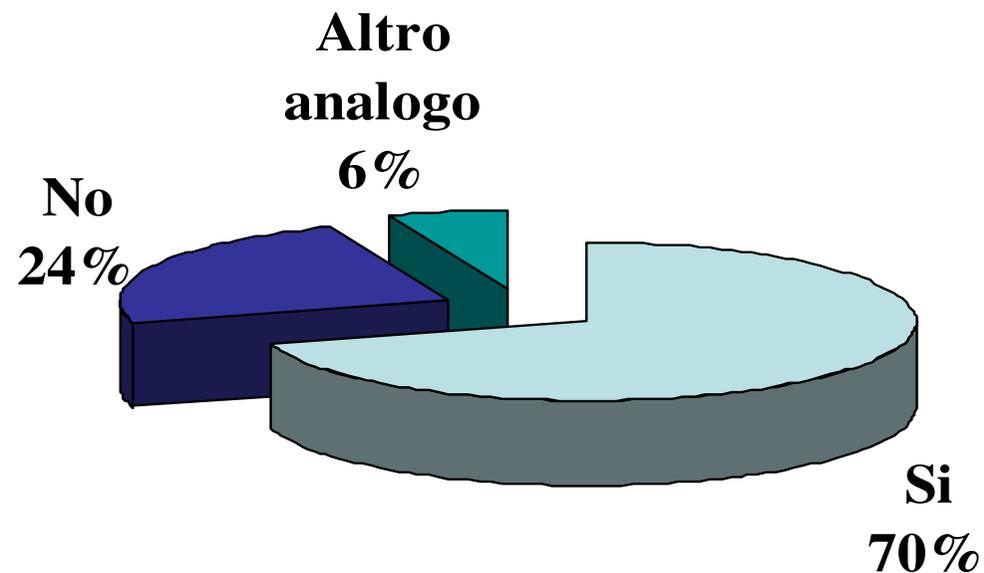
Frequenza di rilevazione del peso



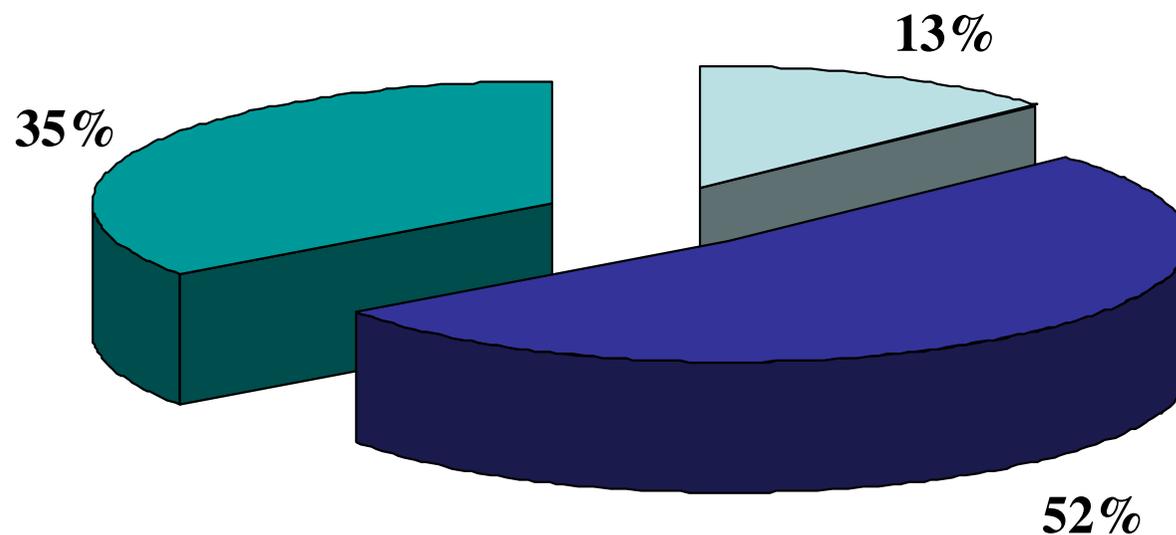
Presenza poltrona –bilancia in RSA



Esiste il modulo –bilancia per sollevatore?

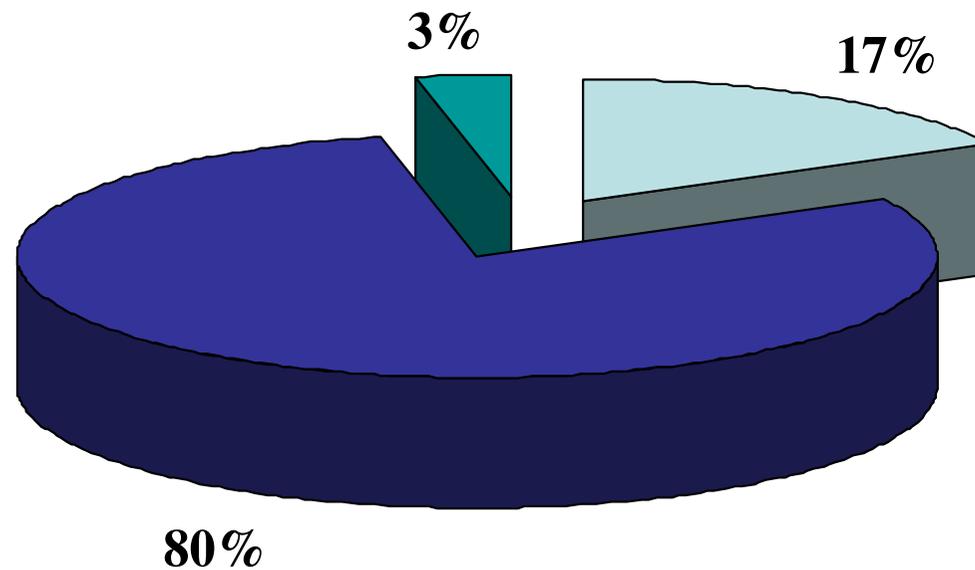


Atteggiamento nei confronti dell'altezza



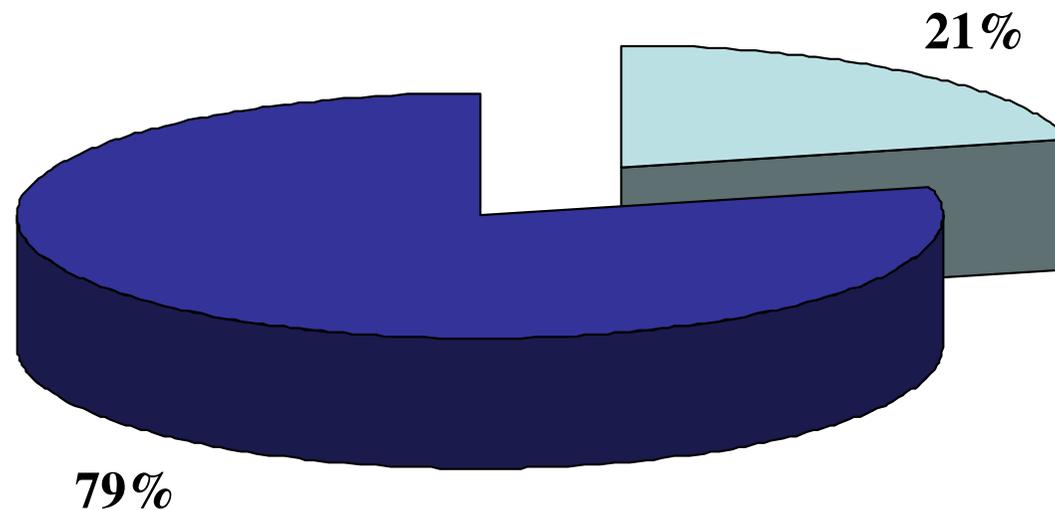
■ H mis. Ingr ■ H non mis. Ingr ■ Non mis.sist

Misure alternative all'altezza



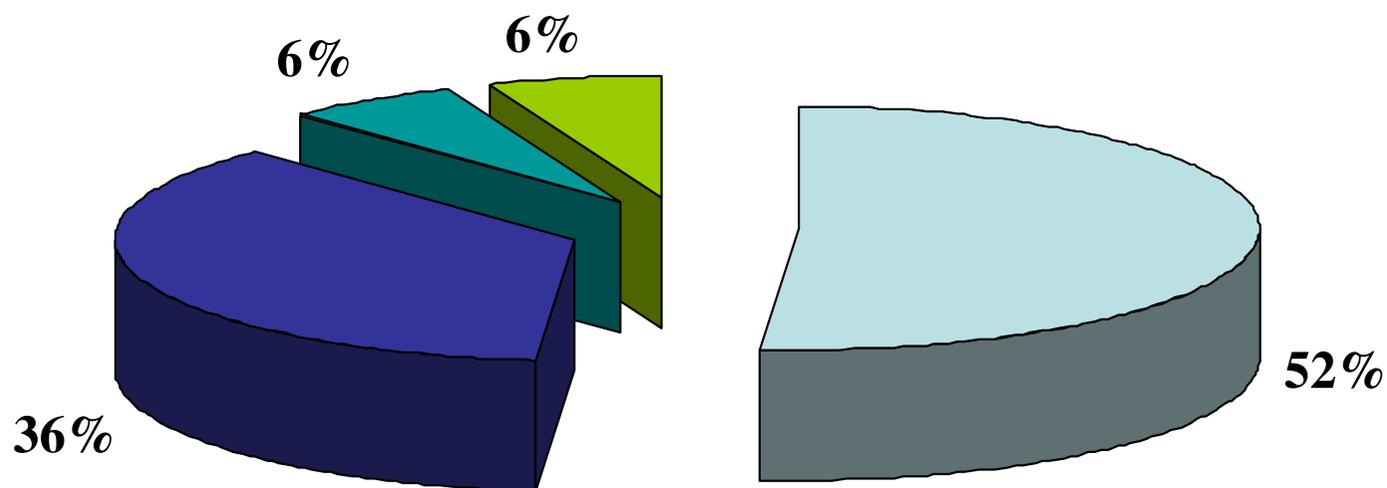
Si No Non sempre

Atteggiamento nei confronti del BMI



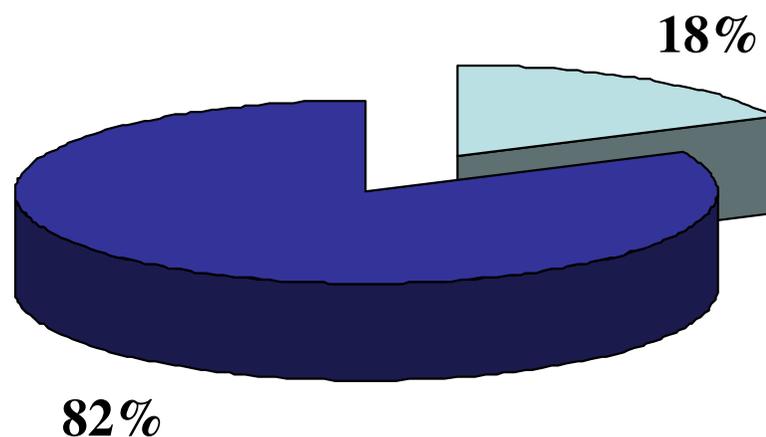
■ Misurato all'ingresso ■ Non misurato all'ingresso

Si sono sviluppate strategie di porzionatura?



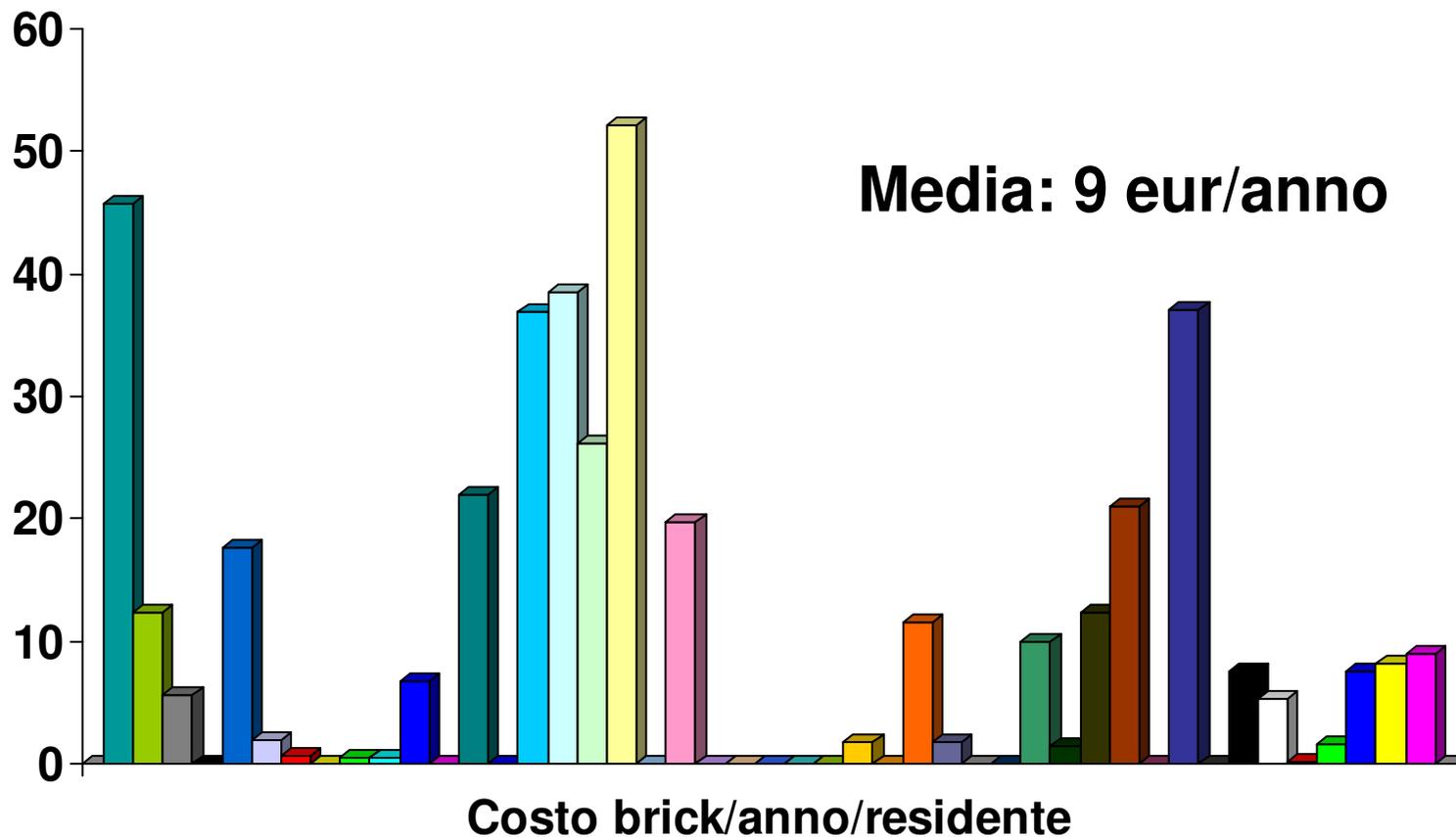
■ Si ■ No ■ Altro ■ Non risposto

Chi utilizza la ristorazione delle RSA

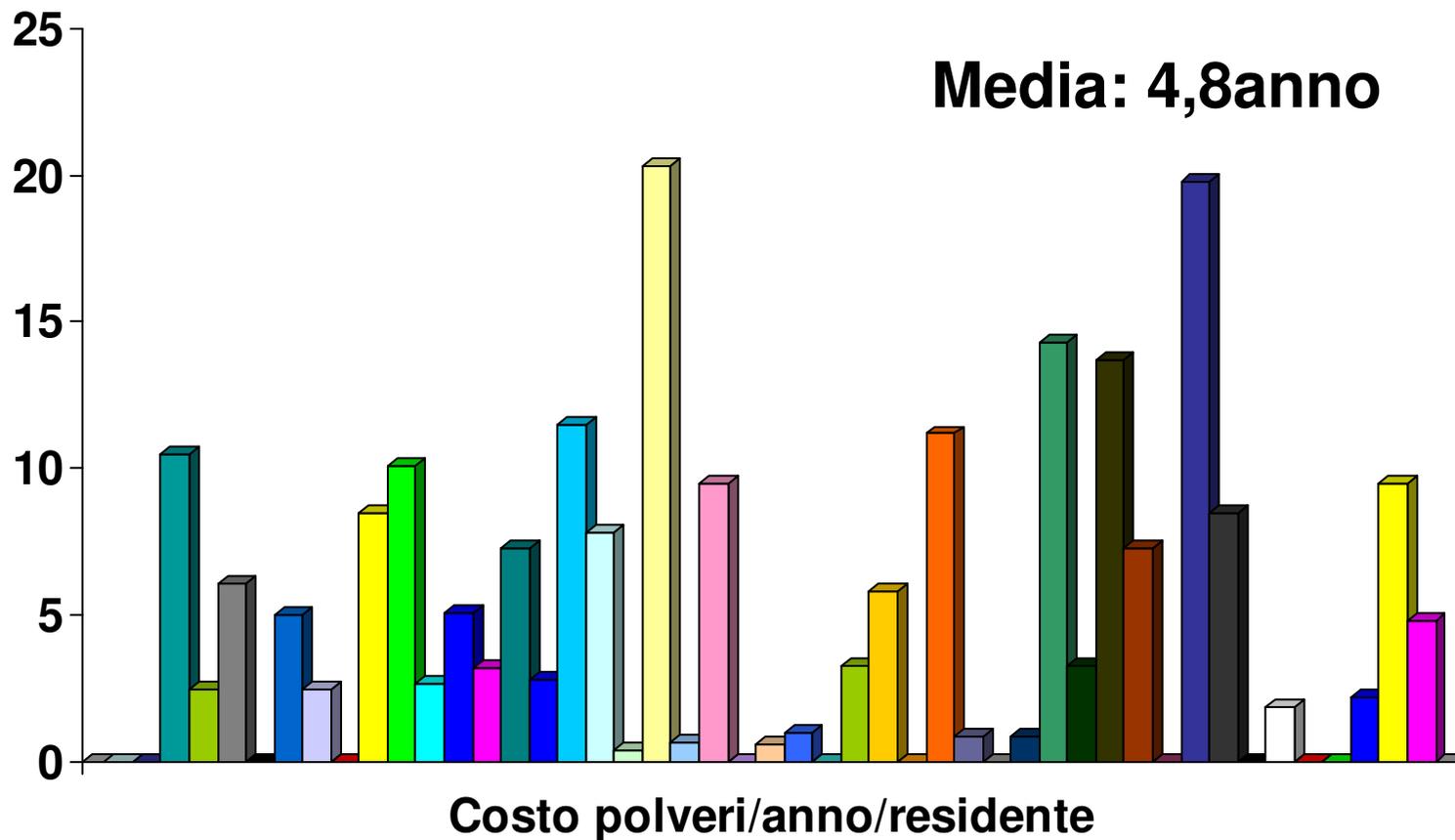


■ Ospiti RSA ■ Ospiti + territorio

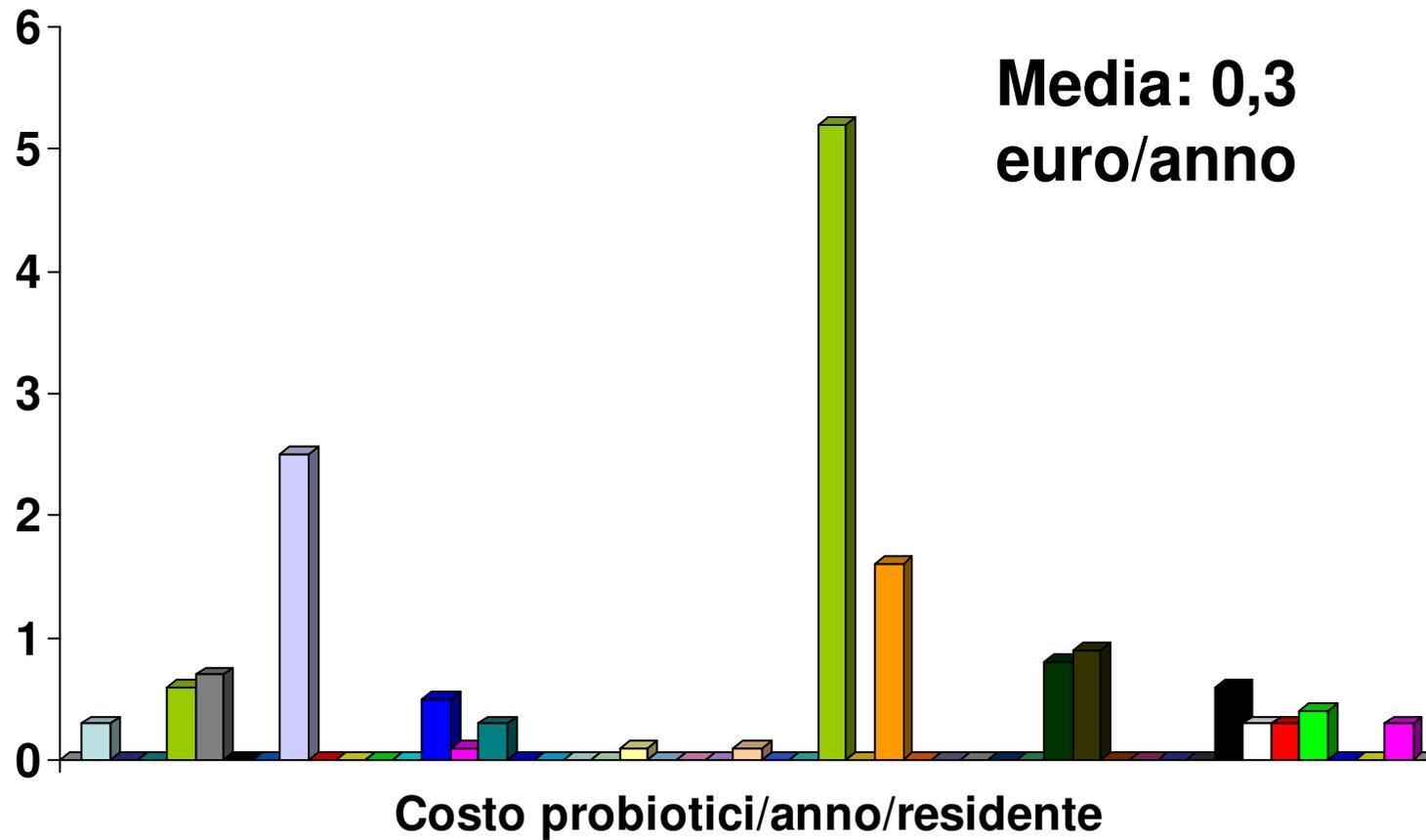
Consumi 2004



Consumi 2004

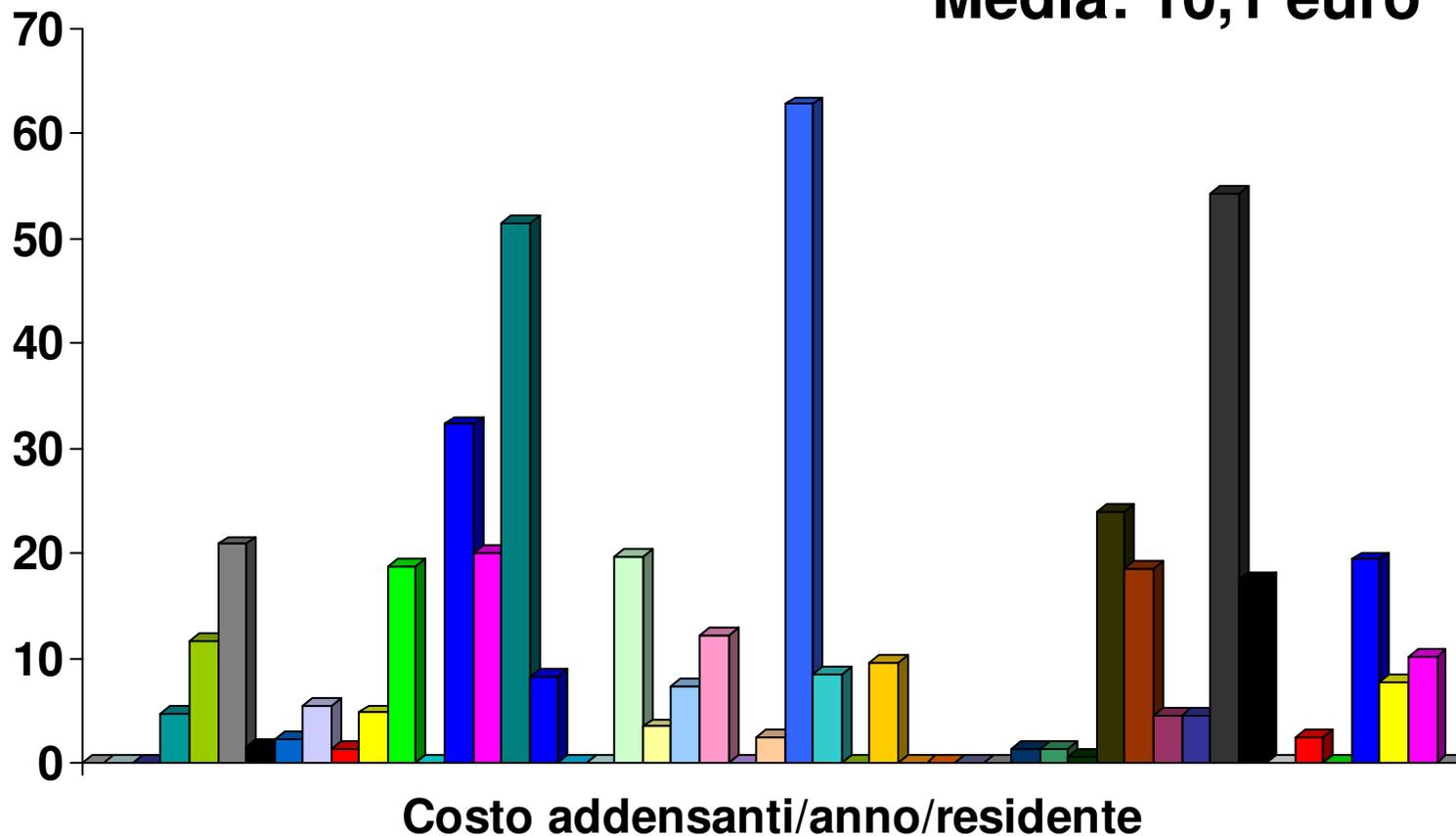


Consumi 2004

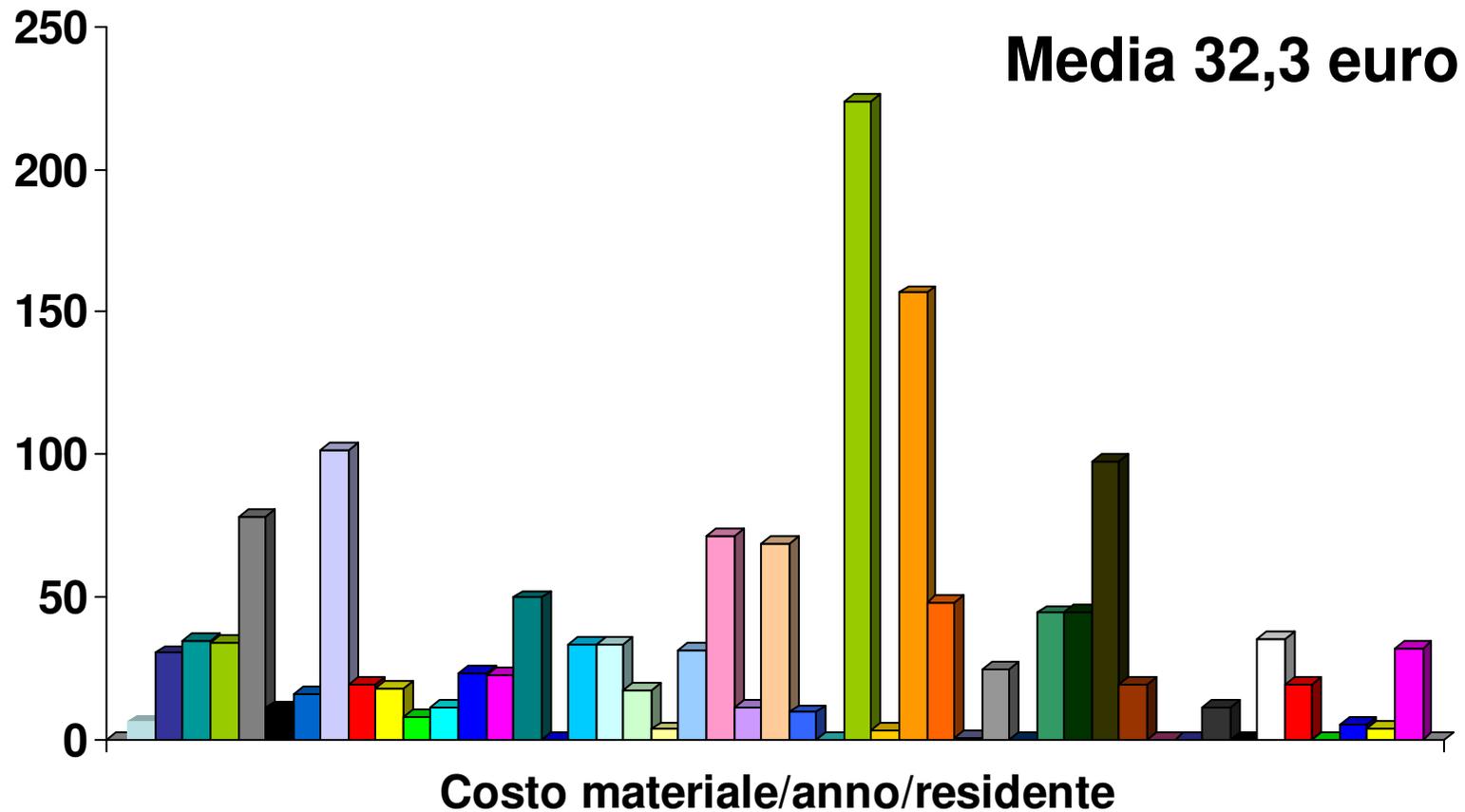


Consumi 2004

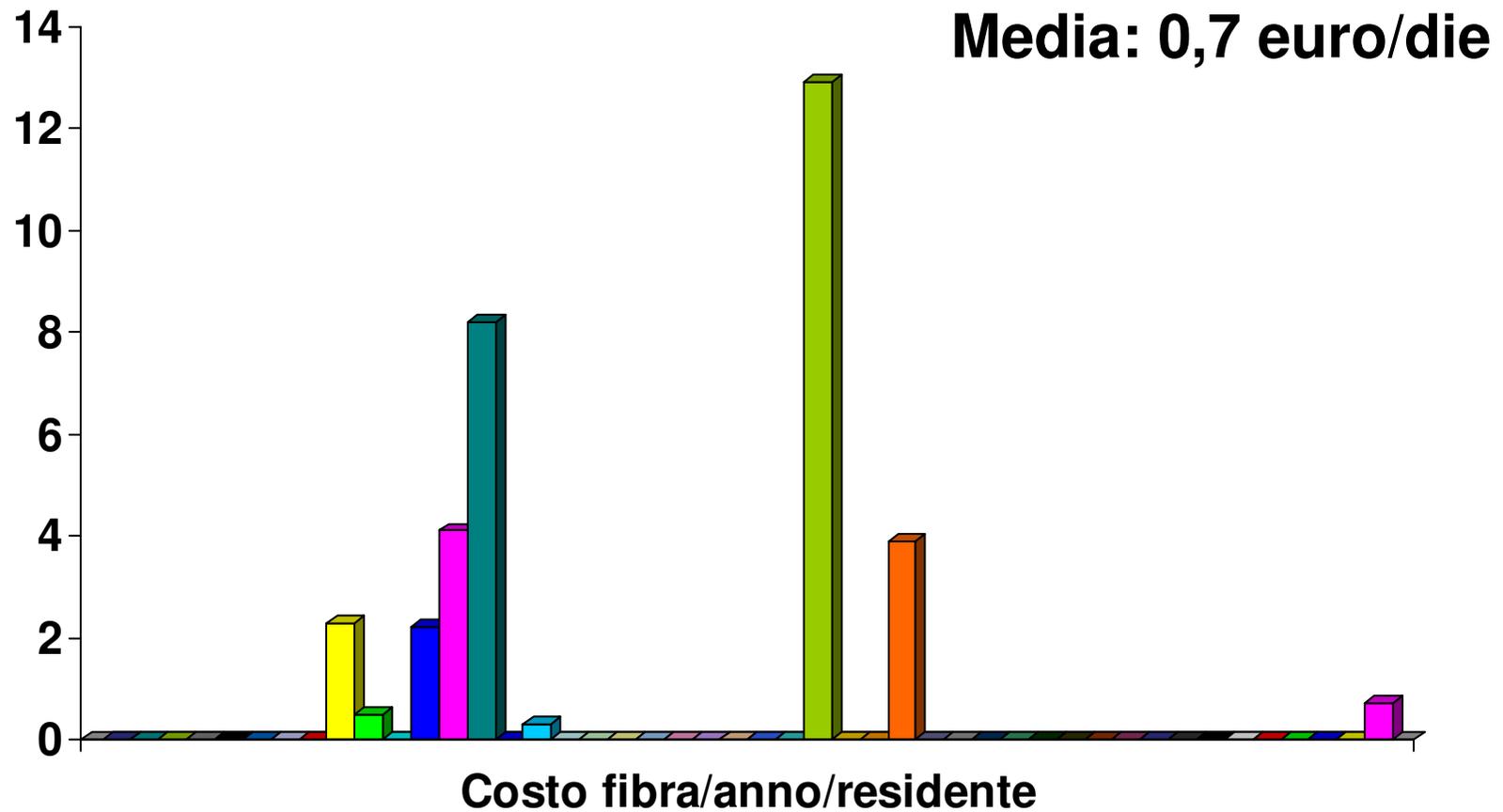
Media: 10,1 euro



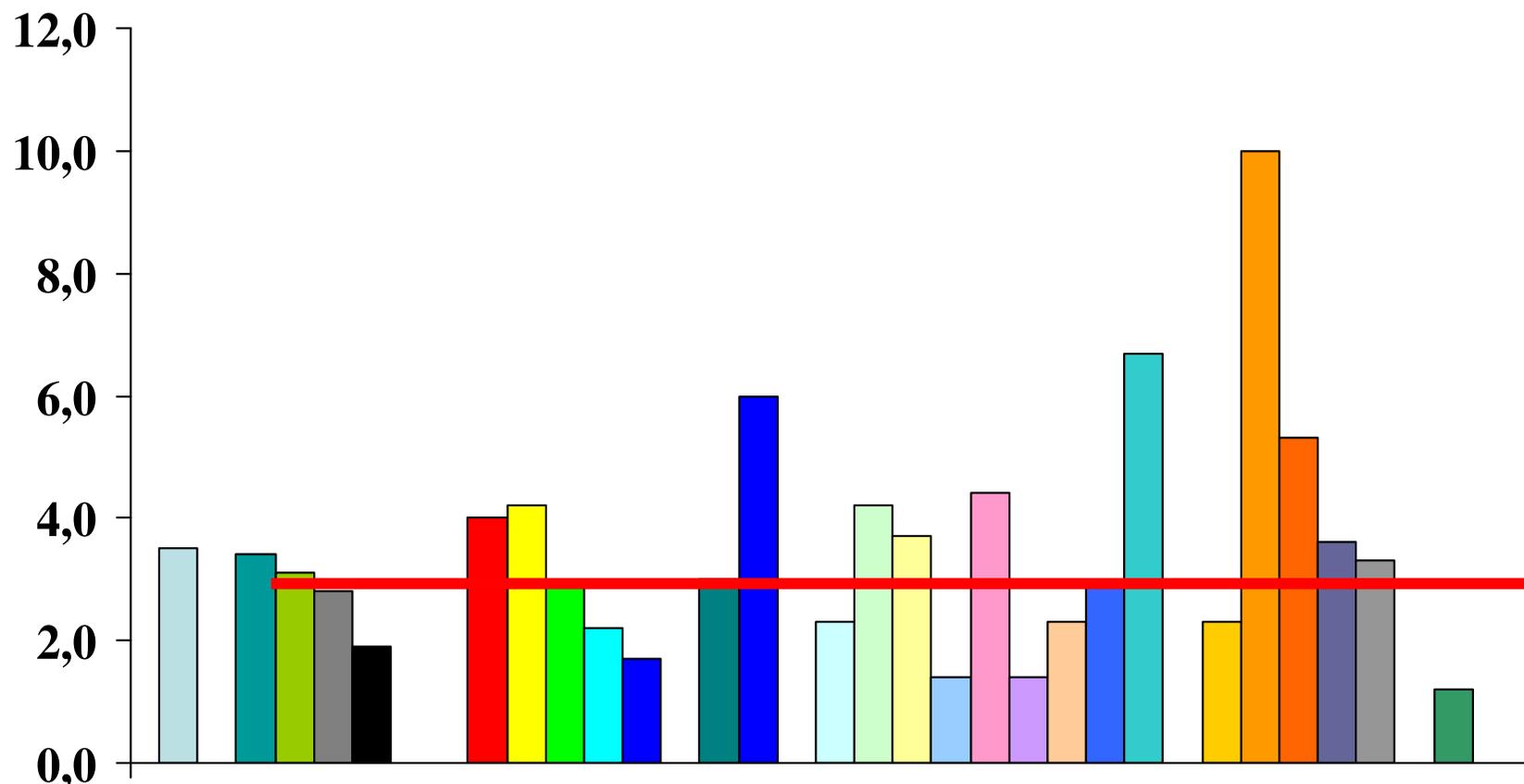
Consumi 2004



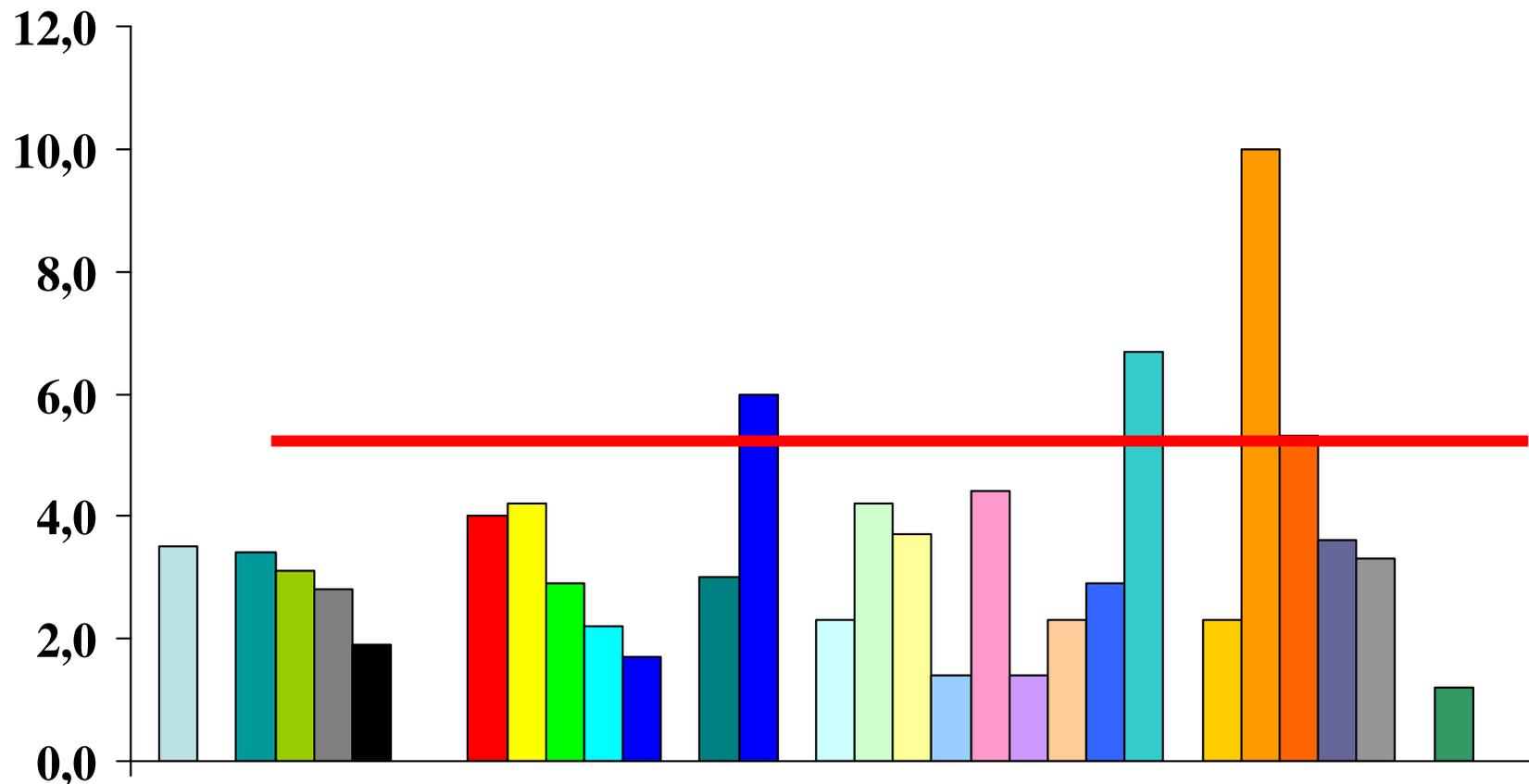
Consumi 2004



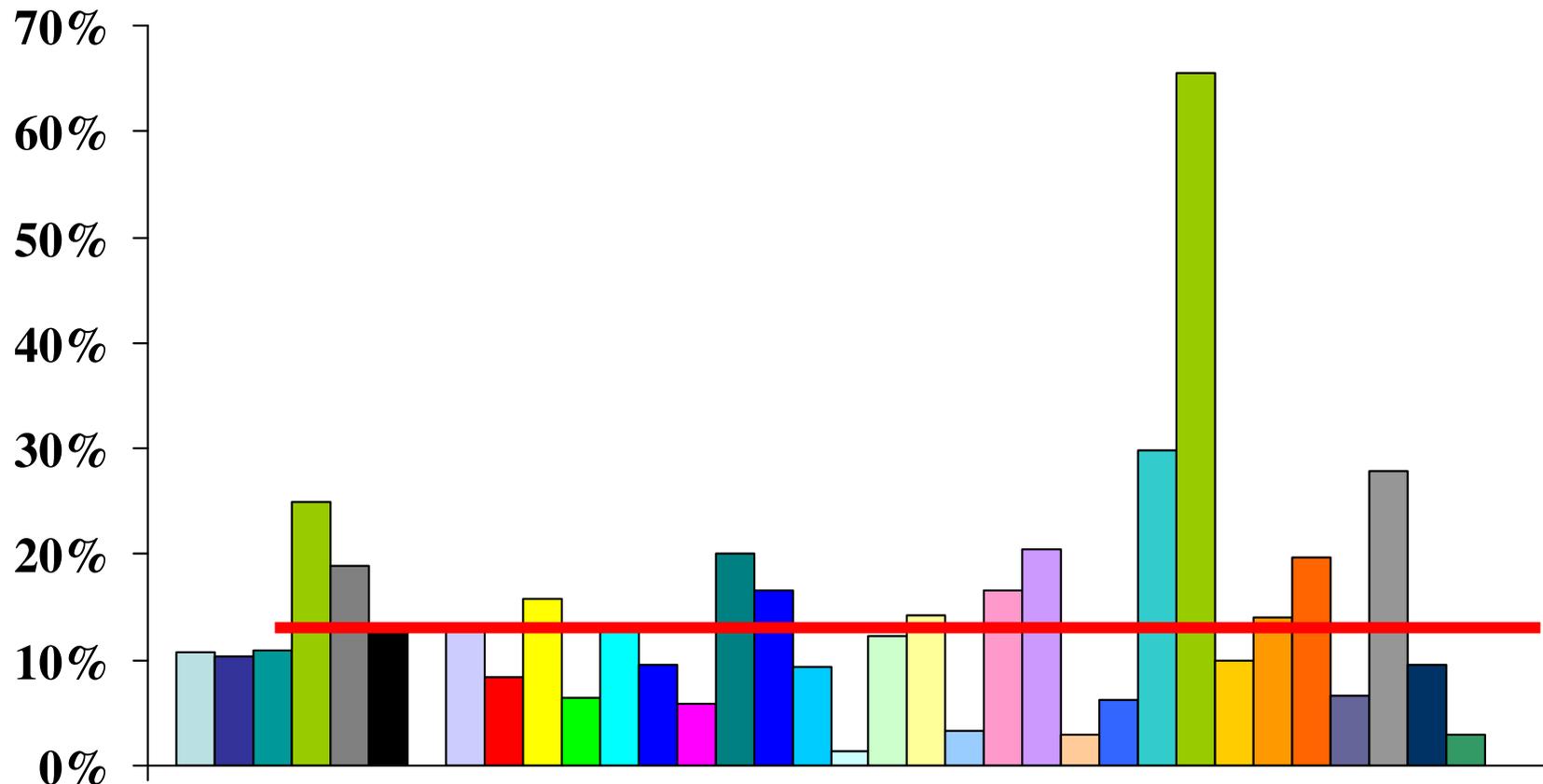
% residenti in RSA in Nutrizione Enterale rispetto ai degenti



% residenti in RSA che utilizzano integratori



% residenti in RSA che utilizzano “pasto frullato”



Conclusione

- Dai dati di consumo appare evidente come in realtà notevolmente omogenee emergano comportamenti clinici e di consumo di presidi nutrizionali piuttosto diversi

Caratteristiche “ideali” di un indicatore nutrizionale

- **Alterati nei pz con MPE (alta sensibilità)**
- **Normali nei pz senza MPE (alta specificità)**
- **Poco influenzati da fattori non nutrizionali**
- **Riproducibili**
- **Valutabili con indagini poco costose, sicure e poco invasive**
- **Sensibili alla terapia nutrizionale**
- **Dotati di un valore predittivo**

- Nessun indice ha tutte queste prerogative
 - eterogeneità quadri clinici
 - evoluzione MPE in stadi successivi
 - diversa specificità e sensibilità (cerco i sani o i malati?) (talora meglio la specificità che la sensibilità)

Principali indicatori laboratoristici nutrizionali

	Valori normali	Entità malnutrizione		
		Lieve	Moderata	Grave
Albumina	3,5 -4 g/dl	2,8 – 3,4 g/dl	2,1 – 2,7 g/dl	<2,1 g/dl
Prealbumina	20 – 50 mg/dl		<20mgdl	
Transferrina	220- 350 mg/dl	150-200	100-10	< 100



Diagnosi malnutrizione a seconda del criterio impiegato

	N/123	%
MNA breve (< 11)	98	79,67
MNA < 17	43	34,96
MNA < 17 + MNA 17 – 23,5	114	92,68
Albumina ≤ 3,5 gr/dl	60	48,78
Transferrina ≤ 2,0 g/l)	18	14,63
BMI ≤ 18,4	29	23,58
Prealbumina ≤ 0,18	73	59,35

Indicatori nutrizionali

- Indicatori a lungo termine (p. es. BIA)
- Indicatori a breve termine (p. es. bilancio proteico o energetico, proteine sieriche a rapido turn - over)

***Shenkin A. Proc. Nutr Soc 1997;
56:433- 441***

Anamnesi ed esame obiettivo

- Individuazione di fattori di rischio e fattori etiologici
- Malattie concomitanti e complicanze legate alla malnutrizione
- Esame obiettivo come momento irrinunciabile della pratica clinica

Valutazione dell'introito di nutrienti

- Indagini anamnestiche o retrospettive
 - 24h recall
 - intervista dietetica o inchiesta alimentare (uso di modelli tridimensionali, tavole, atlanti)
- Indagini di tipo prospettico o di registrazione simultanea
 - diario dietetico
 - metodo della pesata

Indici antropometrici/1

- Semplici misurazioni che consentono di seguire nel tempo componenti del corpo umano rappresentative delle riserve adipose e delle proteine somatiche
- peso, altezza, BMI o indice di Quetelet
- perdita di peso involontaria $< 10\%$ non dà conseguenze cliniche o funzionali
- perdita di peso $\geq 10 - 20\%$ sptt a breve (3 - 6 mesi) ha rilevanti implicazioni prognostiche

Indici antropometrici/2

- Plicometria: misurazione del deposito adiposo in punti di repere
- Presuppongono un rapporto costante tra spessore della plica scelta e spessore medio di tutto il grasso sottocutaneo e il grasso corporeo totale
- Grasso sottocutaneo: notevole variabilità (dal 20 al 70% in rapporto a sesso, età, condizioni parafisiologiche, stati patologici, etc)

Indici antropometrici/3

- **Aree e circonferenze muscolari**
- **Utilizzo di semplici formule geometriche (comprese plica tricipitale e plica della coscia) consente di misurare circonferenze ed aree muscolari (indici di riserva proteica somatica) e aree del grasso degli arti**
- **In seguito confronto dei valori con tabelle nazionali di riferimento**
- **Dalla plicometria mediante curve di regressione è possibile calcolare la densità corporea e quindi la massa adiposa**

Indici biochimici/1

- Creatininuria: indice di massa muscolare;
- Indice creatininuria - altezza (rapporto % fra creatininuria 24/h e valore ideale da tabella)
- Concentrazione di proteine sieriche: indicatore diagnostico e/o prognostico dello stato nutrizionale e della massa proteica viscerale

Indici biochimici/2

- **Interferenze non nutrizionali sulle proteine sieriche (assorbimento, sintesi, stato di catabolismo, escrezione proteica, “stress metabolico”)**
- **Bilancio dell’azoto: spesso nel malnutrito vi è un adattamento (riduzione delle riserve di proteine corporee)**
- **Dosaggio Aa plasmatici con HPLC (p. es. 3 - metil - istidina urinaria, marker di catabolismo del m scheletrico)**

Proteine sieriche utilizzate/1

	Emivita	Vantaggi	Limiti
Albumina	20 gg	Es. routinario, indicatore di prognosi, valutazione a lungo termine	Lento turn – over, 60% del pool è extra – vascolare, ↑ disidratazione, ↓ epatopatie, CHF, ustioni, etc
Transferrina	8 – 10 gg	Es. routinario, pool corporeo piccolo	↑ an. ferroprive, ipossia, HRT, ↓ infezioni cr, ep.cr., sdr nefrosica, enteropatie, inf acute, etc
Prealbumina	2 – 3 gg	Rapido turn – over, sensibile variazioni a breve termine	↑ IR, ↓ epatopatie, stati acuti, ipertiroidismo, fibrosi cistica, etc

Proteine sieriche utilizzate/2

	Emivita	Vantaggi	Limiti
RBP	12 h	Rapido turn – over, sensibile variazioni a breve termine	↑ IR, ↓ epatopatie, stati acuti, ipertiroidismo, fibrosi cistica, etc
IGF – 1	2 – 4 h	Rapido turn – over, non influenzato da stati acuti, correlazione positiva con stato azotato	↑ insulina, ↓ ipotiroidismo epatopatie, HRT
Fibronectina	12 – 15 h	Rapido turn – over, non influenzato da stati acuti, correlazione positiva con stato azotato	Sintetizzata anche da cell. Endoteliali e fibroblasti,

Indici funzionali

- **Immunità: influenzata non solo da stato nutrizionale, ma anche da malattia di base, stress metabolici, farmaci**
- **Parametri utilizzati**
 - linfociti totali (patologici < 1500/ml)
 - prove di ipersen. ritardata
 - forza della muscolatura scheletrica: dinamometro, stimolazione contrazione dell'adduttore pollice tramite n. ulnare, "hand grip", etc
 - profilo psicologico

Valutazione composizione corporea

- E' indispensabile per valutare l'adeguatezza o meno dello stato nutrizionale della persona in esame
- fattori non solo nutrizionali, ma anche genetici, legati anche agli stili di vita (attività fisica), età (diminuzione in età geriatrica di FFM ed aumento FM)

Valutazione composizione corporea

- Modello bicompartimentale
 - FM + FFM
 - caratteristiche FFM: densità 1,1 Kg/l, H₂O 73%, K 68,1 mEq/l
- Modello pluricompartimentale
 - atomico
 - molecolare
 - cellulare
 - tessutale
 - corporeo totale

Tecniche valutazione composizione corporea: livello atomico

- Whole body counter
 - K corporeo totale
 - ^1H , ^{13}C , ^{23}Na , ^{39}K , ^{15}N
- RNM “imaging”
 - P totale, potenz. Fosforilazione
- RMN (spettroscopia)
 - N, C, Ca, Na, Cl corporei totali
- Attivazione neutronica in vivo

Impedenziometria (BIA)

- Misura l'impedenza (cioè la resistenza) dei tessuti corporei al passaggio di una corrente elettrica secondo un percorso
- La misurazione della resistenza è inversamente proporzionale al contenuto in acqua ed elettroliti nei tessuti (pertanto è influenzata prevalentemente dalla massa magra -> t. adiposo è per lo più anidro e quindi cattivo conduttore)

Valutazione clinica dello stato nutrizionale: soggettiva

- Anamnesi
 - ponderale
 - nutrizionale
 - funzionale
 - farmacologica
- Esame obiettivo

Valutazione clinica dello stato nutrizionale: oggettiva

- Composizione corporea
- Indagini di laboratorio
- Prove funzionali strumentali
- Presenza di stress metabolico

Valutazione clinica dello stato nutrizionale:sistemi di valutazione a punteggio

- SGA (subjective global assessment)
- MNA (mini nutritional assessment)
- ADL (Activity of daily living)
- APACHE (Acute Physiology And Chronic Health Evaluation)*
- ISS (Injury severity score)*
- TISS (Therapeutic intervention Scoring System)*

* *Indicatori di stress metabolico acuto*



- **Enea**
- **Anchise**
- **Ascanio**

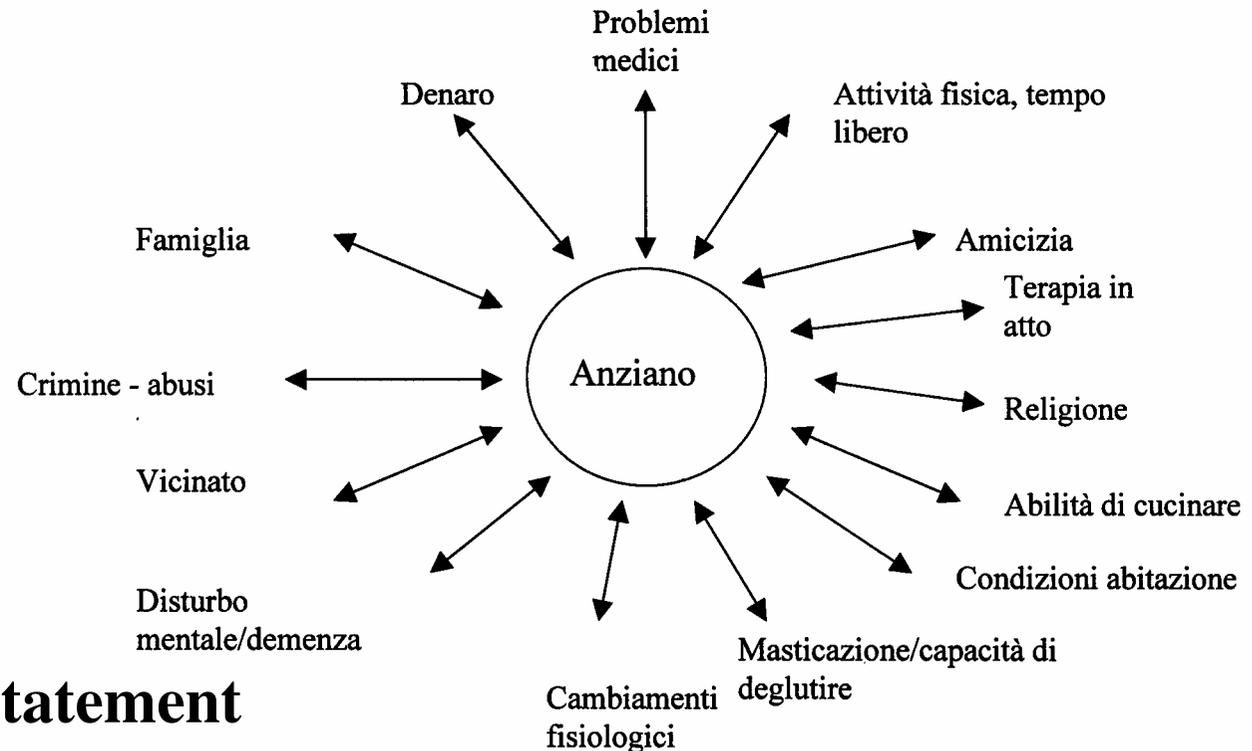


A proposito di Enea, Anchise ed Ascanio.....

L'aumento della speranza di vita e la riduzione delle nascite hanno creato una convivenza nella quale un adulto si trova a portare sulle spalle tre o quattro anziani, oberato dal peso dell'assistenza che impedisce un rapporto significativo, e senza nessuno per mano...

Prof. Marco Trabucchi 2003

Anziano e nutrizione: interazioni



ADA, Position Statement

J Am Diet Assoc 2000;100:580 - 595, modificata

Approccio alla nutrizione

**Approccio medico alla nutrizione
come processo bifasico:**

- 1. valutazione nutrizionale
(screening, seguito poi da
valutazione nutrizionale
individuale vera e propria)**
- 2. piano dietetico d'intervento
individualizzato**

MNA: composizione

Composto di 18 items

- **I primi 6 sono detti di screening: massimo score parziale possibile 14 pts; se si totalizzano 12 o più, normalità nutrizionale, se 11 punti o meno necessità di proseguire con le altre domande (valutazione globale)**
- **Valutazione globale (12 items): max 16 punti**

Mini Nutritional Assessment (MNA)

- Comprende 18 punti così suddivisi:
 - **Misure antropometriche** [peso, altezza (o altezza ginocchio – tallone) e perdita di peso], IMC, circonferenza brachiale e del polpaccio
 - **Valutazione globale** (vita autonoma a domicilio, n. di medicinali assunti, movimento, stress psicofisico – malattie acute, problemi neuropsicologici [demenza e/o depressione])
 - **Questionario dietetico** (n. pasti completi, consumo singoli cibi, frutta, verdura, idratazione, assistenza al pasto)
 - **Valutazione soggettiva** (autovalutazione stato di nutrizione,)

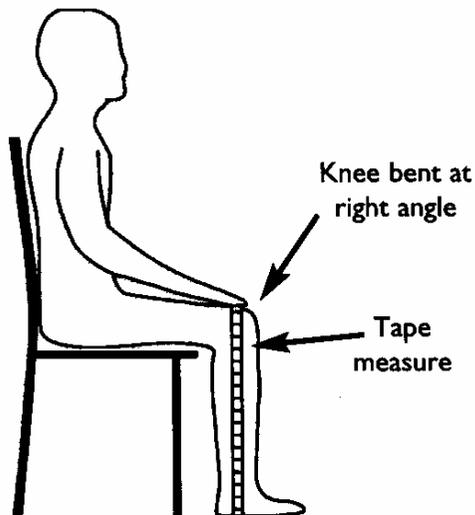
MNA

- Il punteggio massimo totale raggiungibile è di 30 punti
- Griglia di valutazione:
 - Punti 30 – 24 : paziente ben nutrito
 - Punti 23,5 –17: paziente a rischio malnutrizione
 - Punti < 17: paziente malnutrito

MNA

- Dati contenuti nella schermata principale
- Nome, Cognome, data compilazione, età, peso in Kg, Altezza in cm, altezza del ginocchio in cm

Altezza: misura tallone - ginocchio

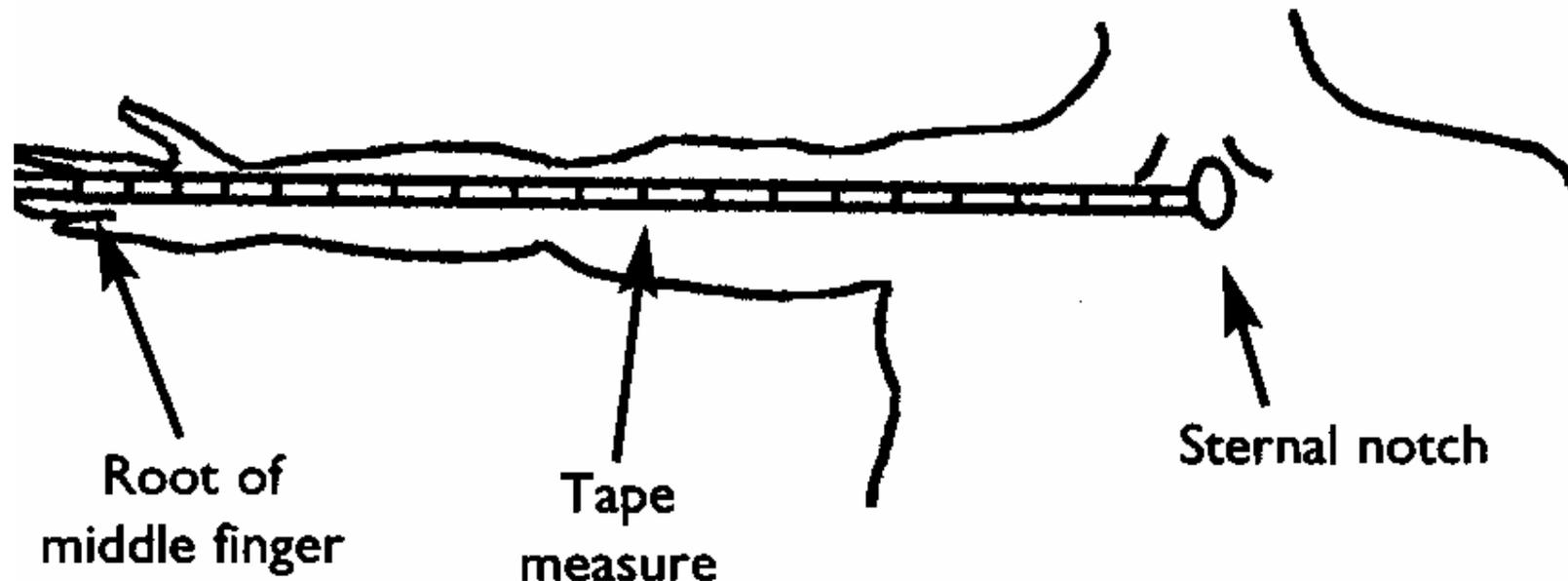


MAG, BAPEN, Nov. 2000

Uomini: altezza (cm) = (2,08 x altezza del ginocchio) + 59,01

Donne: altezza (cm) = (1,91 x altezza del ginocchio) + 75

Misure dell'altezza dal demispan



MAG, BAPEN, Nov. 2000

Uomini: altezza (cm) = 2,12 x demispan (cm)

Donne: altezza (cm) = 2,15 x demispan (cm)

MNA: test di screening (6 items)

- **Presenta perdita dell'appetito? Ha mangiato meno negli ultimi 3 mesi?**
 - 0=anoressia grave
 - 1= anoressia moderata
 - 2 = nessuna anoressia
- **Perdita di peso recente:**
 - 0 = > 3 Kg
 - 1 = non sa
 - 2 = > 1 < 3 Kg
 - 3 = nessuna perdita
- **Motricità:**
 - 0 = dal letto alla poltrona
 - 1 = autonomo a domicilio
 - 2 = esce di casa
- **Nei recenti 3 mesi m. acute o stress psicologici?**
 - 0 = si 2 = no
- **Problemi neuropsicologici**
 - 0 = demenza o depressione grave
 - 1 = demenza o depressione moderata
 - 2 = nessun problema psicologico
- **Indice di massa corporea (BMI)**
 - 0 = BMI < 19
 - 1 = 19 ≤ BMI < 21
 - 2 = 21 ≤ BMI < 23
 - 3 = BMI ≥ 23

MNA: valutazione globale(12 items)/1

- **Vive autonomamente a domicilio?**
 - 0= no
 - 1= si
- **Prende più di 3 medicinali?**
 - 0 = si
 - 1 = no
- **Presenza di decubiti, ulcere cutanee?**
 - 0 = si
 - 1 = no
- **Quanti pasti completi al giorno?**
 - 0 = 1 pasto
 - 1 = 2 pasti
 - 2 = 3 pasti

Consuma:

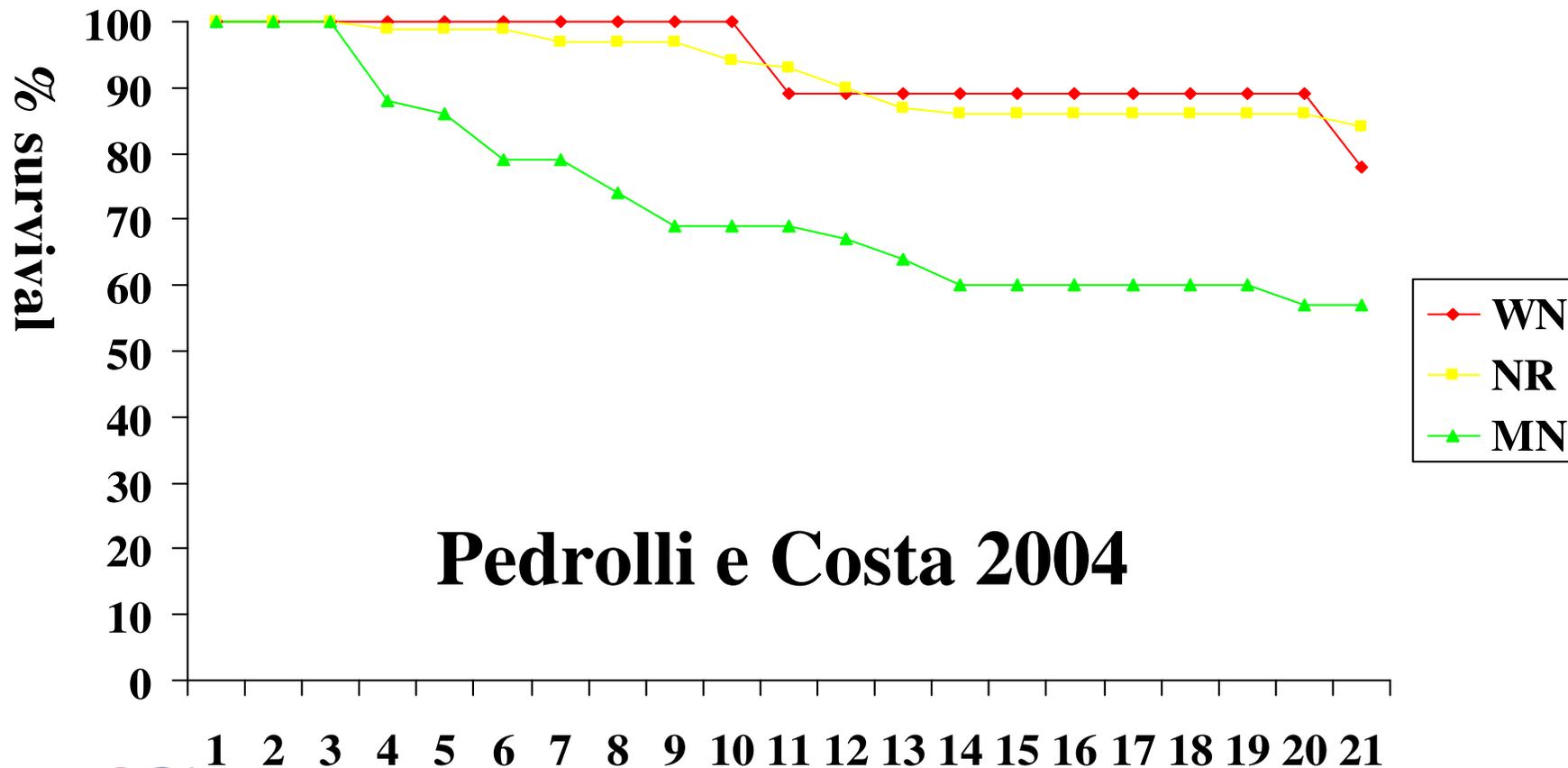
- **Almeno una volta al giorno prodotti lattiero-caseari**
 - si no
 - **Una o due volte la settimana uova o legumi**
 - si no
 - **Ogni giorno della carne, del pesce, o del pollame**
 - si no
- 0,0 = se 0 o 1 si
0,5 = se 2 si
1,0 = se 3 si
- **Consuma almeno due volte al giorno frutta o verdura?**
 - 0 = no
 - 1 = si

MNA: valutazione globale(12 items)/2

- **Quanti bicchieri beve al giorno?**
 - 0 = meno di 3 bicchieri
 - 0,5 = da 3 a 5 bicchieri
 - 1,0 = più di 5 bicchieri
- **Come si nutre?**
 - 0 = necessita assistenza
 - 1 = aut. con difficoltà
 - 2 = aut. senza difficoltà
- **Il paziente si considera ben nutrito?**
 - 0 = malnutrizione grave
 - 1 = malnutrizione moderata o non sa
 - 2 = nessun problema nutrizionale
- **Il paziente considera il suo stato di salute migliore o peggiore di altri della sua età?**
 - 0,0 = meno buono
 - 0,5 = non sa
 - 1,0 = uguale
 - 2,0 = migliore
- **Circonferenza brachiale (CB in cm)**
 - 0,0 CB < 21
 - 0,5 CB $\geq 21 \leq 22$
 - 1,0 CB > 22
- **Circonferenza del polpaccio (CP)**
 - 0 = CP < 31
 - 1 = CP ≥ 31

GRAZIE
DELL'ASCOLTO!!!!

Tabella di sopravvivenza a 21 mesi nei tre gruppi nutrizionali



SCHEDA ESPEN/1

 **NutritionDay in Europe - FOGLIO 3a** your logo
nutritionDay IN EUROPEAN HOSPITALS
Paziente numero Codice del centro Codice del reparto

Gentile paziente,
le saremmo grati se oggi volesse completare il presente questionario al fine di migliorare la assistenza nutrizionale nel nostro reparto. Vorremmo conoscere cosa mangia, come si sente, quanto è fisicamente attivo, e quante visite riceve. Per favore, marchi la risposta più adeguata

con o riempia 

GRAZIE PER IL SUO AIUTO!

Iniziali - Nome Cognome Anno di nascita

Sesso (m/f) **Peso corporeo 5 anni fa** kg Non so

Ha perso peso involontariamente durante gli ultimi 3 mesi?

SI NO NO, sono aumentato di peso Non so

Se SI, quanti chili ha perso?

- 1-2 kg 4-5 kg 7-8 kg 10-11 kg 13-14 kg Non so
 2-3 kg 5-6 kg 8-9 kg 11-12 kg 14-15 kg
 3-4 kg 6-7 kg 9-10 kg 12-13 kg più di 15 kg

Quanto ha mangiato nella scorsa settimana?

- normalmente
 un po' meno del normale
 meno della metà del normale
 da meno di un quarto del normale a quasi nulla

Ho mangiato di meno perché:

- perdita dell'appetito nausea
 difficoltà a masticare/inghiottire altre cause (descrivere per favore) _____

SCHEDA ESPEN/2

Le sembra oggi di avere l'appetito di sempre?

SI NO

Se NO, Non ho fame Ho problemi ad inghiottire/masticare
 Ho nausea altro (descrivere per favore) _____

Mangia null'altro, oltre il vitto ospedaliero?

SI NO,

Se SI, che cosa mangia?

dolci frutta fresca panini prodotti caseari
 biscotti succhi di frutta altro (descrivere per favore) _____

Riceve visite in ospedale?

SI, ogni giorno SI, a giorni alterni SI, una volta a settimana raramente o mai

E' in grado di camminare senza aiuto?

SI NO, solo con un aiuto NO, rimango sempre a letto

Se SI, dove cammina?

nella stanza di degenza nel corridoio del reparto fino al bar dell'ospedale

Quante compresse e farmaci in forma liquida assume ogni giorno (numero totale)?

nessuna 1-2 3-5 più di 5 Non so

Ha avuto bisogno di aiuto nel compilare questo questionario? SI NO

NUTRITION DAY ESPEN

FOGLIO 3b Paziente N. Iniziali Nome Cognome Codice del centro Codice del reparto

Per favore, indichi quanto ha mangiato della porzione ricevuta ad ogni pasto e quanto ha bevuto nella giornata.

Esempio

numero

tutto 1/2 1/4 niente

Ho mangiato di meno/niente perché (per favore indichi)

- No ho fame
- Ho nausea/ vomito.
- Non dovevo mangiare
- Non posso mangiare senza aiuto
- Avevo un esame/ intervento chirurgico e ho saltato il pasto
- Avevo ordinato una porzione più piccola
- Sono stanco
- Di solito mangio di meno
- Non mi piaceva l'odore
- Non mi piaceva il sapore

nutritionDay
EUROPEAN HOSPITAL

your logo

Bevande Integratori

Numero

~ 200ml

MATTINA

tutto 1/2 1/4 niente

Ho mangiato di meno/niente perché: (per favore indichi)

- No ho fame
- Ho nausea/ vomito.
- Non dovevo mangiare
- Non posso mangiare senza aiuto
- Avevo un esame/ intervento chirurgico e ho saltato il pasto
- Avevo ordinato una porzione più piccola
- Sono stanco
- Di solito mangio di meno
- Non mi piaceva l'odore
- Non mi piaceva il sapore

SPUNTINO

biscotti frutta fresca panini dolci prodotti caseari niente altro

PRANZO

tutto 1/2 1/4 niente

Ho mangiato di meno/niente perché:

- No ho fame
- Ho nausea/ vomito.
- Non dovevo mangiare
- Non posso mangiare senza aiuto
- Avevo un esame/ intervento chirurgico e ho saltato il pasto
- Avevo ordinato una porzione più piccola
- Sono stanco
- Di solito mangio di meno
- Non mi piaceva l'odore
- Non mi piaceva il sapore

MERENDA

biscotti frutta fresca panini dolci prodotti caseari niente altro

CENA

tutto 1/2 1/4 niente

Ho mangiato di meno/niente perché:

- No ho fame
- Ho nausea/ vomito.
- Non dovevo mangiare
- Non posso mangiare senza aiuto
- Avevo un esame/ intervento chirurgico e ho saltato il pasto
- Avevo ordinato una porzione più piccola
- Sono stanco
- Di solito mangio di meno
- Non mi piaceva l'odore
- Non mi piaceva il sapore

DOPO CENA

biscotti frutta fresca panini dolci prodotti caseari niente altro

Che tipo di bevande assume? acqua latte succo di frutta tè, caffè bevande analcoliche

Cosa sembra veramente importante?

- Caratteristiche cliniche e ponderali prima dell'arrivo in RSA (pregressi ricoveri in ospedale, malattie cataboliche, cinetica ponderale, etc)
- Impostare una frequenza di determinazione di parametri di laboratorio e/o clinici in reazione al rischio nutrizionale presente

Cosa manca?

- Un approccio sequenziale e sistematico che pertenga la nutrizione del paziente
- In RSA manca uno strumento veramente globale di valutazione del paziente (troppe scale poco coordinate tra di loro) (ADL, Barthel, Tinetti, Mini Mental, etc. & etc)
- Non esiste un vero gold standard nutrizionale

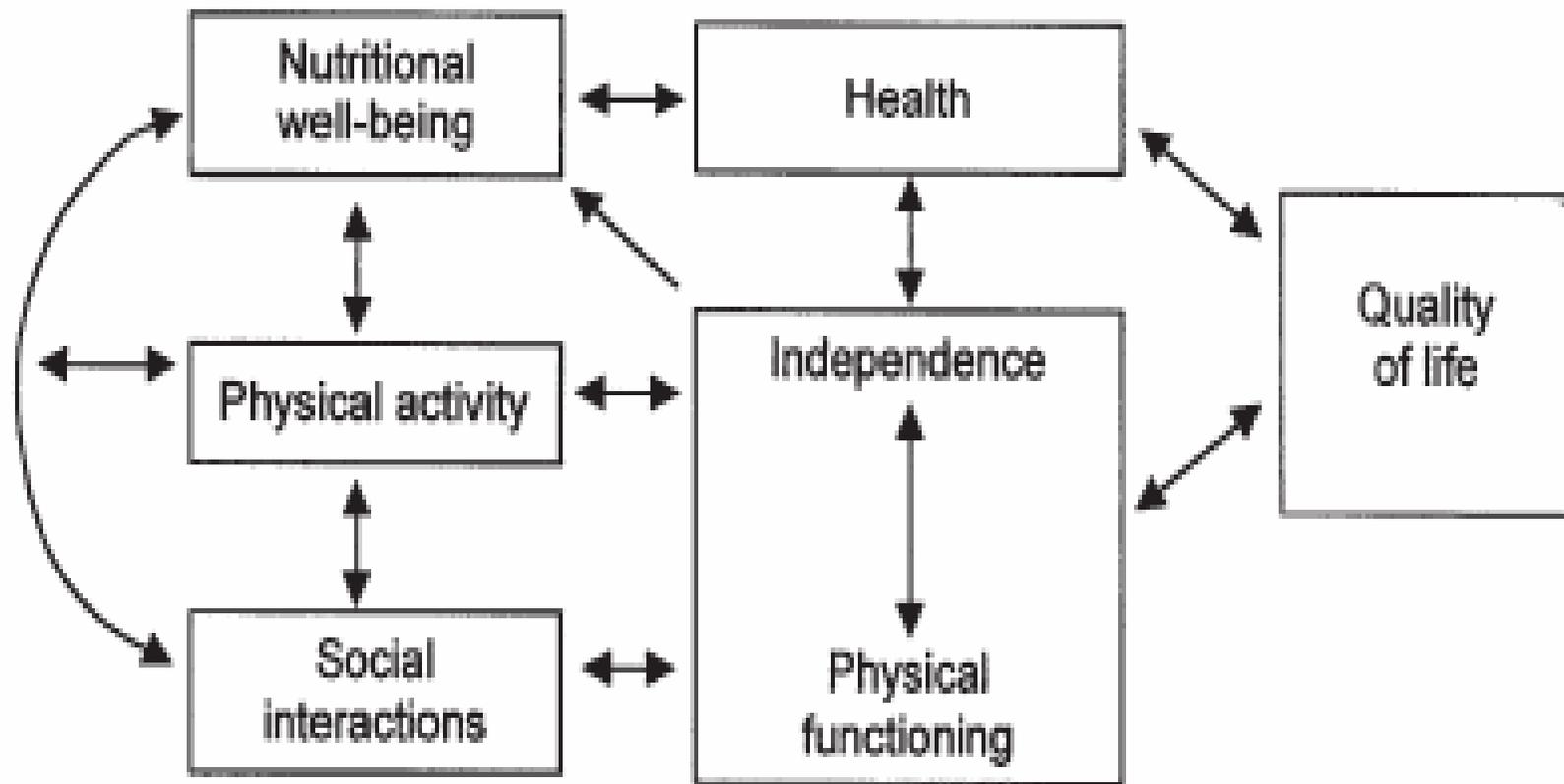


FIG 8. Simplified model of the relationship of nutrition, physical activity, and social interactions on quality of life

Malnutrizione Ospedaliera e delle istituzioni sanitarie

AGE
Concern

Hungry to be Heard

The scandal of malnourished older people in hospital



Hungry to be Heard:
The voices of older people and their families



Il puzzle non è sempre un gioco....



Comunicazione ed ascolto



- Quando un cibo viene rifiutato da un residente viene segnalato come una sua scelta
- Molti hanno bisogno di essere incoraggiati a mangiare
- E' vero che spesso l'Ospedale non dà informazioni sulla dieta e il supporto nutrizionale praticato in Ospedale, ma è altrettanto vero che molto raramente la RSA invia in Ospedale notizie riguardo le sue abitudini alimentari

La nutrizione non è responsabilità di una singola categoria professionale



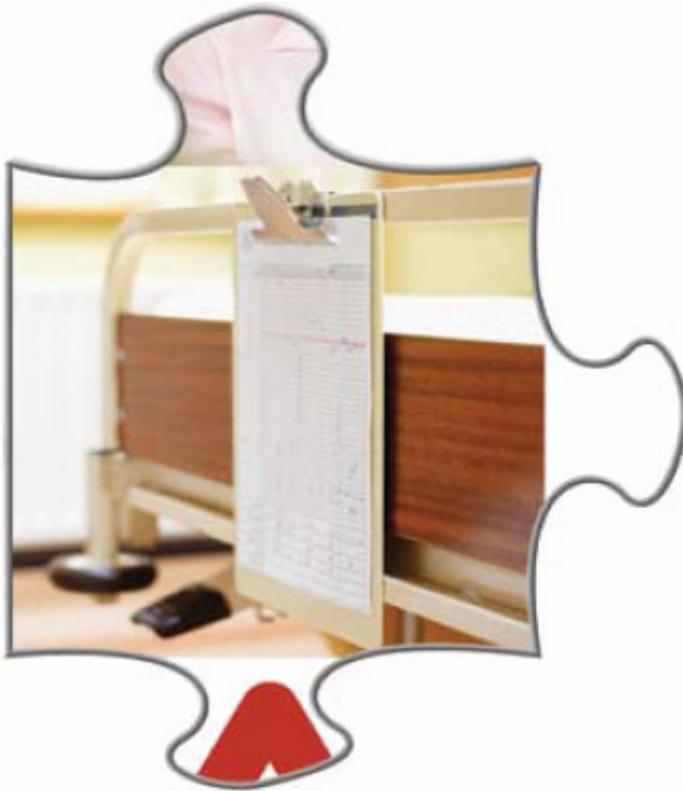
- Ognuno al suo livello lavorativo, ci può dare informazioni interessanti
- Tutti possono dire e dare qualche cosa nel campo della nutrizione del residente in RSA (medici, infermiere, OSA, personale dell'animazione, care givers, parenti, etc.
- In determinati contesti può essere utile responsabilizzare una categoria più di altre, ma comunque le informazioni vanno condivise
- Una corretta alimentazione influenza il lavoro di tutti e, in prima battuta, la qualità della vita (QoL) del Residente

Non sempre medicalizzare e tecnicizzare è la risposta corretta



- Spesso viene spontaneo utilizzare tecniche mutuare dalla pediatria che tuttavia non rispettano sufficientemente la dignità delle persone sptt se sono cognitivamente intatte
- Spesso problemi apparentemente non solubili lo sono avendo semplicemente più tempo a disposizione

Fare degli screening approfonditi all'ingresso dei residenti anche sul versante nutrizionale e impostare per tempo la loro frequenza



- Utilizzare misure seriate del peso, del BMI
- Trasformare il peso da una seccatura in una guida per prendere e/o modificare decisioni cliniche
- Scegliere una strada (MNA, SGA, altri indici nutrizionali anche più semplici e non strutturati)
- Avere il coraggio di cambiare o di non effettuare la determinazione di scale o punteggi che poi non si dimostrino in grado di modificare i nostri comportamenti clinici e/o assistenziali

Introdurre il concetto di “pasto protetto”



- Interrompere tutte le attività non urgenti durante i pasti
- Le attività da interrompere sono sia di tipo sanitario che di tipo ricreativo
- Il pasto è protetto anche se avviene in un ambiente che il residente riconosce come suo, che gli è abituale e familiare

Trovare il modo per “segnalare” le esigenze del paziente



- Il segnale deve essere facilmente riconoscibile da tutto lo staff ma nel contempo non essere lesivo della dignità del residente
- Può essere un portatovagliolo, una tovaglia, un segnaposto, che in modo non verbale indichi le necessità assistenziali e/o mediche di un paziente

Utilizzare il volontariato formato e motivato



- Particolarmente utile per chi ha problemi di vista, problemi a tagliare il cibo e di portarlo alla bocca
- Possono anche aiutare solo nella motivazione a mangiare chi non è molto propenso
- Il volontario deve essere non giudicato, ma utilizzato in modo che possa dare il meglio di sè

Una buona idea.....

- Utilizzare degli anziani di riferimento come “benchmark”
- Old people’s champions (persone con la volontà di migliorare i servizi agli anziani e con la volontà di collaborare e di usare la loro influenza per portare avanti gli interessi degli anziani)

Effect of family style mealtimes on quality of life, physical performance, and body weight of nursing home residents: cluster randomised controlled trial

Kristel A N D Nijs, Cees de Graaf, Frans J Kok, Wija A van Staveren

*Editorial by Mills,
Aronoff and Bellar*

Wageningen
University, Division
of Human
Nutrition, PO Box
8129, 6700 EV
Wageningen,
Netherlands

Kristel A N D Nijs
PhD fellow

Cees de Graaf
professor

Frans J Kok
professor

Wija A van Staveren
professor emerita

Correspondence to:
K A N D Nijs
Kristel.Nijs@wur.nl

ISSN 2049-3002 (1180-3)

•Quello che si sapeva prima di questo studio

- Mangiare in compagnia incrementa significativamente l'introito calorico
- I pasti in un ambiente familiare migliorano l'umore dei residenti affetti da demenza

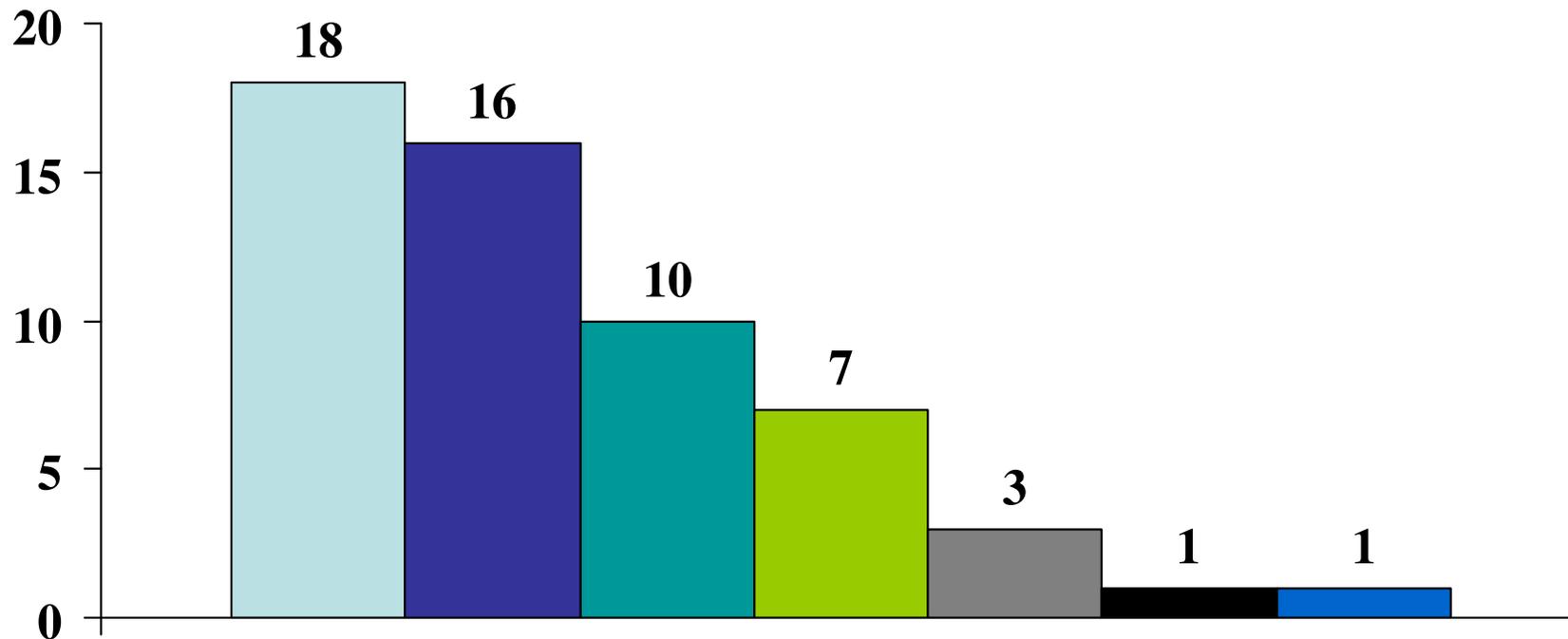
•Quello che aggiunge questo studio

- I pasti in un ambiente familiare migliorano la qualità di vita dei residenti anche non affetti da demenza
- Migliorare l'ambiente dove si consumano i pasti previene il declino della performance fisica e del peso corporeo

Quali misure nutrizionali?

Nutrizione enterale	98	3,2 %
Integratori commerciali	184	6,0 %
Pasto "frullato"	414	13,5 %
Totale	696	22,7 %

Integratori naturali indicati



Legend for the bar chart:

- Budino
- Gelato
- Succo di frutta
- Yoghurt
- Rosso d'uovo
- Miele
- Grana

Supporto nutrizionale: cosa intendiamo?

- Manipolazione dietetica che utilizzi il counselling e la “fortificazione alimentare”
- Supplementi orali (integratori) ONS
- Nutrizione Enterale (ETF)
- Nutrizione parenterale
- Combinazione di due e/o più del presente elenco

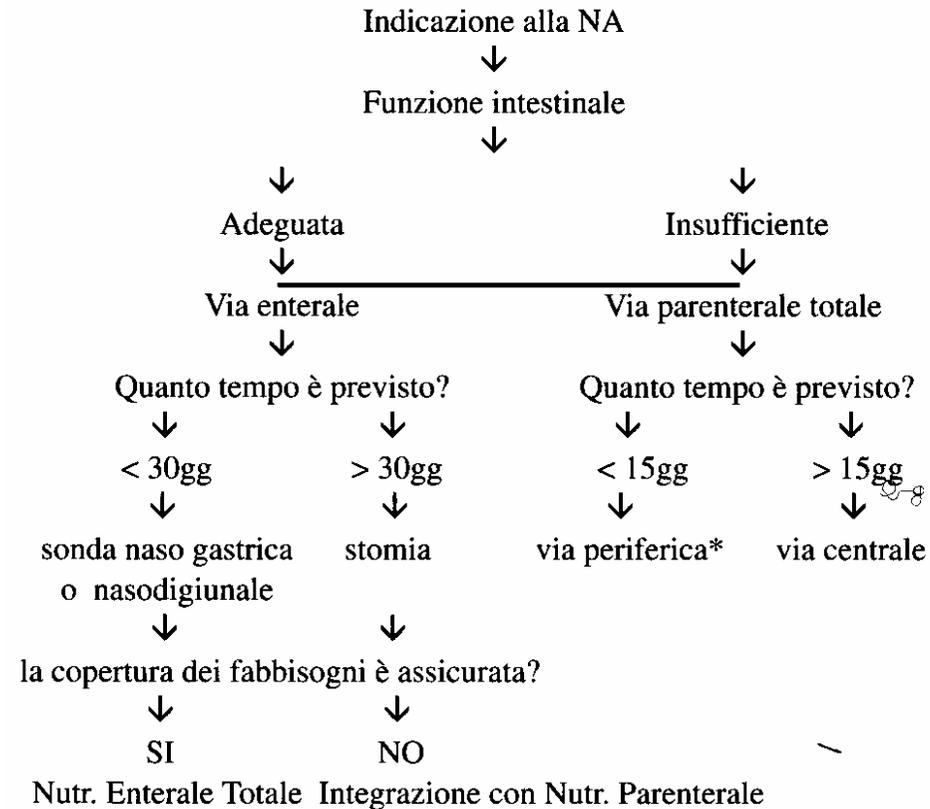
Stratton RJ, Green CJ, Elia M 2003

Due errori

- Chiedere troppo all'integrazione alimentare
- Chiedere troppo poco alla nutrizione artificiale

Linee guida

Scelta della via di somministrazione della NA



Linee Guida SINPE
NA Ospedaliera 2002

***se non vi è necessità di restrizione idrica, se le vene periferiche sono agibili, e se sono sufficienti bassi apporti nutrizionali**