

Rischio di malnutrizione e i determinanti psico-sociali in età geriatrica

Prof. Lorenzo Maria Donini, Dott.ssa Aida Turrini, Dott.ssa Claudia Savina, Dott.ssa Emanuela Castellaneta, Dott.ssa Paola Scardella, Dott.ssa Laura Piombo, Prof. Carlo Cannella

Nei Paesi industrializzati la Malnutrizione (M) da carente apporto di energia o nutrienti è presente quasi esclusivamente negli anziani, soprattutto se istituzionalizzati. Lo Stato di Nutrizione (SN) influisce in maniera determinante sullo stato di salute della popolazione geriatrica (maggiore incidenza di infezioni e lesioni da decubito, riduzione dei livelli di autonomia, deterioramento dello stato cognitivo).

Tali fenomeni sono amplificati nell'eventualità di un ricovero ospedaliero quando la presenza di uno stato di M condiziona in maniera determinante la prognosi, la durata del ricovero, l'incidenza di eventi acuti e complicanze. Sin dagli anni Settanta sono state compiute indagini sulla prevalenza della M nei pazienti ospedalizzati. I lavori storici di Bistran nel 1974 e 1975 lanciarono l'allarme verificando che tale prevalenza era di circa il 50% sia nei reparti di Medicina che in quelli di Chirurgia. Da allora numerosi altri studi sono stati condotti, ma la gravità del problema non è variata in maniera sostanziale. Gli studi più recenti compiuti negli USA ed in Europa segnalano una prevalenza di M del 3-5% tra i *free-living* e del 40-85% nelle strutture di ricovero a seconda delle casistiche e dei parametri utilizzati. I fenomeni di senescenza con la comparsa di problemi odontoiatrici, con le alterazioni del gusto e dell'olfatto, con i disturbi della deglutizione e della motilità intestinale, con una ridotta efficienza della funzione enzimatica digestiva sono in grado di interferire sullo stato di nutrizione. La comparsa di malattie può provocare aumentate perdite di nutrienti (broncopatie, insufficienza renale, etc.), ipercatabolismo proteico (neoplasie, infezioni, traumi) o interferire direttamente con la funzione digestiva (diabete, tabagismo, etilismo) o l'assunzione degli alimenti (malattie psichiatriche, demenza). Particolare attenzione va posta nell'individuazione e nel trattamento precoce di situazioni ipercataboliche che, attraverso vari meccanismi immunitari, comportano l'aumento di sintesi delle citochine; l'incremento di TNF ed interleuchine finisce, soprattutto, in assenza di un adeguato apporto nutrizionale, per amplificare e cronicizzare la fase ipercatabolica e per aggravare progressivamente lo stato di M. L'anziano è un grosso consumatore di farmaci. Alcuni di questi, e le stesse interazioni tra di loro, possono interferire con l'assunzione ed il metabolismo dei nutrienti attraverso una riduzione dell'appetito (digitale, teofillinici), modificando il pH gastrico (antiacidi), i tempi di transito gastrointestinale (lassativi), l'attività degli enzimi digestivi (antitumorali, antibiotici, metformina, benzodiazepine) o, infine, interferendo direttamente con il metabolismo di alcuni nutrienti (sulfamidici, inibizione della deidrosintetasi, carenza di folati). Sono di frequente riscontro alterazioni dell'equilibrio idroelettrolitico in concomitanza con l'assunzione di diuretici, di deficit di vitamine liposolubili per abuso di oli minerali a scopo lassativo, di anoressia o perdita del gusto per colpa di farmaci antineoplastici, di carenze di calcio o fosforo in relazione all'assunzione di antiacidi. Anche le situazioni socio-ambientali possono influire sullo SN. Ostacoli ad una corretta alimentazione sono le barriere architettoniche, la circolazione automobilistica, la distanza dai centri di approvvigionamento, l'inefficienza dei servizi pubblici di trasporto che obbligano l'anziano a rifornirsi meno frequentemente di alimenti freschi e a selezionare con cura ciò che deve acquistare e, poi, trasportare a casa. Infine, le scarse conoscenze in campo nutrizionale, solo parzialmente e spesso erroneamente integrate dall'informazione dei mass media, fanno sì che l'anziano acquisisca facilmente abitudini alimentari scorrette. La perdita di un ruolo sociale attivo, la privazione degli affetti, la perdita dell'autosufficienza e, infine, l'istituzionalizzazione possono indurre uno stato depressivo che clinicamente può manifestarsi con anoressia. La realtà viene spesso percepita dall'anziano con senso di inutilità e vissuta con atteggiamenti di passività, con una sedentarietà sempre più grave, con una sofferta chiusura verso gli altri. L'anziano che non ha più la possibilità di affermarsi nel manifestare le proprie scelte e la propria volontà, spesso rivolge la sua aggressività contro di sé. La prima manifestazione di questa depressione è il disinteresse per il cibo. S'instaura, così, un circolo vizioso in cui la malnutrizione e, un progressivo deterioramento mentale, si alimentano a vicenda. Tra i fattori di rischio riconducibili alle situazioni socio-ambientali, grande rilievo riveste la povertà (1-3). Le scarse risorse economiche limitano la disponibilità di accesso al cibo e l'anziano povero si trova spesso nella condizione di dover decidere a quali alimenti dare la priorità di acquisto, a sfavore di una dieta bilanciata in macro e micronutrienti (4, 5). Ad esempio, alimenti come ortaggi e frutta, ricchi di nutrienti preziosi per la salute quali vitamine, sali minerali, antiossidanti, possono avere un prezzo di acquisto troppo elevato da limitarne il consumo da parte dell'anziano che non può, quindi, usufruire del ruolo protettivo di questi alimenti (2, 6). A peggiorare la situazione è lo stato fisiologico tipico dell'età geriatrica, caratterizzato da una naturale diminuzione delle difese immunitarie. Entrambi gli aspetti concorrono ad aumentare i rischi per la salu-

te dell'anziano stesso (7). Nonostante l'aspettativa di vita media mondiale stia aumentando, tuttavia, è in crescita anche il numero dei poveri: secondo l'Organizzazione delle Nazioni Unite, un miliardo e 140 milioni di abitanti della terra sono, praticamente, senza futuro, senza possibilità di lavoro, senza un'accettabile condizione igienico-sanitaria e maggiormente colpiti sono le donne, i bambini, gli anziani (8). Anche in Italia, sebbene Paese tecnologicamente avanzato, esiste la povertà: secondo i dati dell'Istat, nel nostro Paese 975 mila famiglie si trovano in condizioni di povertà: ciò significa che 2 milioni e 427 mila persone hanno una spesa mensile pari o inferiore al valore di soglia per acquisire beni e servizi essenziali a conseguire uno standard di vita minimamente accettabile (9, 10). La soglia di povertà viene definita in base all'ampiezza familiare, in relazione alla zona di residenza, al numero e all'età dei componenti. Il fenomeno è maggiormente diffuso nel Sud e nelle Isole, dove l'incidenza di povertà (5,8%) è circa due volte superiore a quella osservata nel resto del Paese. Anche tra le famiglie con componenti anziani i valori di incidenza sono superiori alla media, soprattutto se si tratta di anziani soli. In particolare, se l'anziano è la persona di riferimento, l'incidenza è pari al 5,6% e sale al 6,6% tra gli anziani soli che mostrano un valore più elevato di quello osservato non solo tra i *single* più giovani (3,2%), ma anche tra le coppie di anziani (3,7%). La povertà è, anche, fortemente associata a bassi livelli di istruzione, a bassi profili professionali (*working poor*) e all'esclusione dal mercato del lavoro (9, 10). Il nuovo metodo di stima per il calcolo della povertà assoluta, rispondendo a standard condivisi a livello internazionale, si basa sulla valutazione di tre aree principali: i beni e servizi (sanità, istruzione, abbigliamento, trasporto, comunicazioni), l'abitazione (riscaldata e dotata degli elettrodomestici essenziali) e l'alimentazione, appunto, con la definizione del fabbisogno minimo nutrizionale (9, 10). Infine, il ricovero in ambiente ospedaliero può favorire la comparsa di uno stato di M sia in relazione alla comparsa di uno "stato depressivo da ricovero" sia, paradossalmente, a causa di un minor controllo sull'alimentazione del paziente. Si ha l'impressione che le problematiche alimentari non siano più di interesse dell'*équipe* medica, ma vengano o negate o demandate a parenti (spesso assenti e, comunque, non addestrati adeguatamente) o di competenza unicamente di un "superspecialista" quale sta diventando il nutrizionista. Il ricorso alla nutrizione artificiale è spesso conseguenza di un mancato controllo precedente sulla normale alimentazione del paziente. Ad ogni decennio ci si interroga sul perché di un'alta prevalenza di M nelle popolazioni ospedalizzate e si individuano le cause di tale fenomeno; tali cause sono da riferirsi, inevitabilmente, in buona parte dei casi, ad un difetto nell'organizzazione assistenziale della struttura ospedaliera. La mancata trasformazione del pasto in un momento di socializzazione (sale mensa confortevoli, ambienti "familiari", etc.) la scarsa attenzione all'appetibilità dei cibi, l'incongruità degli orari dei pasti, la mancata individuazione di segni premonitori di M, l'assenza di protocolli di valutazione di minima dello SN o dei reali introiti quotidiani alimentari, la non considerazione di situazioni di maggior fabbisogno proteico energetico, il ritardo nell'intervento nutrizionale, che non necessariamente deve essere ultrasofisticato ma può passare attraverso l'uso di supplementi orali o una dieta ricettata *ad personam*, sono le cause principali e costanti nel tempo dell'elevata incidenza di M nei soggetti ospedalizzati soprattutto in età geriatrica (11-13). Per un maggiore approfondimento saranno successivamente presi in esame gli studi di popolazione realizzati in Europa.

Tabella 1 - Cause "non-fisiologiche" di ridotto intake alimentare/malnutrizione nell'anziano

Fattori sociali

Povertà
 Inabilità a fare acquisti
 Inabilità a preparare e cucinare i cibi
 Inabilità ad alimentarsi
 Vivere soli, isolamento sociale, mancanza di una rete di supporto sociale
 Impossibilità di accedere a cibi della propria tradizione etnica

Determinanti psicologici

Alcolismo
 Lutto
 Depressione
 Demenza

Determinanti medici (mediati da anoressia, saziazione precoce, malassorbimento, ipermetabolismo, citochine, disabilità)

Neoplasie
 Alcolismo
 Scompenso cardiaco
 Broncopatia cronica ostruttiva
 Infezioni
 Disfagia
 Artrite reumatoide
 Morbo di Parkinson
 Ipermetabolismo (es: ipertiroidismo)
 Sindromi malassorbitive
 Sintomi gastroenterici: dispepsia, gastrite atrofica, vomito, diarrea, stipsi
 Inefficace masticazione

Farmaci

Nausea/vomito
 - antibiotici, oppioidi, digossina, teofillina, FANS
 Anoressia
 - antibiotici, digossina
 Ridotto senso del gusto
 - metronidazolo, Ca-antagonisti, ACE.inibitori, metformina
 Sazietà precoce
 - farmaci anticolinergici, agenti simpaticomimetici
 Ridotta capacità di alimentarsi
 - sedative, oppioidi, agenti psicotropi
 Disfagia
 - supplementi di K, FANS, bifosfonati, prednisolone
 Stipsi
 - oppioidi, supplementi di Fe, diuretici
 Diarrea
 - lassativi, antibiotici
 Ipermetabolismo
 - tiroxina, efedrina

Fonte dei dati e anno di riferimento: Modificata da MacIntosh C, et al: The anorexia of aging. Nutrition 2000; 16: 983-995.

Riferimenti bibliografici

- (1) Webber C.B., Splett P.L. Nutrition risk factors in a home health population. Home Health Care Services Quarterly. 1995; 15: 97-110.
- (2) Wellman, NS, Weddle, DO, Kranz, S, Brain, CT. Elder insecurities: Poverty, hunger and malnutrition. Journal of the American Dietetic Association. 1997; 97: S120-2.
- (3) Sullivan D.H, Johnson L.E. Nutrition and Aging. In: In Hazzard WR., Blass JP. Halter JB. Et al Eds Principles of Geriatric Medicine & Gerontology. Fifth ed. McGraw-Hill 2003: 1.151-1.169.
- (4) Wolfe, WS, Frongillo, EA, Valois, P. Understanding the experience of food insecurity by elders suggests ways to improve its measurement. The Journal of Nutrition 2003; 133: 2.762-9.
- (5) Sun Lee, J, Frongillo, EA. Nutritional and health consequences are associated with food insecurity among US elderly persons. The Journal of Nutrition. 2001; 131:1.503-9.
- (6) Che, J, Chen, J. Food insecurity in Canadian households. Health Reports (Statistics Canada, catalogue 82-003). 2001; 12: 11-22.
- (7) WHO (2009) - Nutrition for older persons. <http://www.who.int/nutrition/topics/ageing/en/print.html>.
- (8) UNDP (2008) - Human Development Report 2008, New York, UNDP.
- (9) Istat (2009) - La povertà assoluta in Italia nel 2007. www.istat.it.
- (10) Istat 2009 - RAPPORTO ANNUALE. La situazione del Paese nel 2008. www.istat.it.
- (11) Donini, L.M., De Bernardini, L. De Felice, M.R., Savina, C., Coletti, C. & Canella, C.: Impact of nutritional status on clinical outcome in a population of geriatric rehabilitation patients. Aging Clin Exp Res 2004; 16: 132-8.
- (12) Morley JE: Decreased food intake with aging. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2001; 56: Spec No 2 (2): 81-80-663.
- (13) Thomas DR, Ashmen W, Morley JE, Evans WJ: Nutritional management in long-term care: development of a clinical guideline. Council for Nutritional Strategies in Long-Term Care. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2000; 55 (12): M725-34.