

LA MALNUTRIZIONE OSPEDALIERA

FRATELLI

OSPEDALE

Lorenzo M. Donini, Claudia Savina*,
Emanuela Castellaneta*

"Sapienza" Università di Roma
Dipartimento di Fisiopatologia Medica
Sezione di Scienza dell'Alimentazione

* Istituto Clinico Riabilitativo
"Villa delle Querce" - Nemi (RM)

Siamo abituati a pensare alla Malnutrizione (M) (da carente apporto di energia e nutrienti) come ad un fenomeno che riguarda unicamente i Paesi più poveri del nostro pianeta. In realtà questa è anche presente nei Paesi Industrializzati, in particolare tra i pazienti ospedalizzati o istituzionalizzati, soprattutto se anziani.

Il combinarsi dell'invecchiamento, delle patologie che portano al ricovero e, non ultima, della noncuranza con la quale si affronta la ristorazione ospeda-

liera è la causa principale di tale fenomeno.

Dimensione del problema

Sin dagli anni '70 sono state compiute indagini sulla prevalenza della M nei pazienti ospedalizzati. I lavori storici di Bistran BR e Blackburn GL nel 1974 e 1975 per primi 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 40-85% nelle strutture di ricovero a seconda delle casistiche e dei parametri utilizzati.

Cause di Malnutrizione

La M ospedaliera è provocata dal combinarsi di diversi fenomeni (fisiologici e non):

- fenomeni di senescenza con la comparsa di problemi odontoiatrici, alterazioni del gusto e dell'olfatto, disturbi della deglutizione e della motilità intestinale, ridotta efficienza della funzione enzimatica digestiva
- le stesse malattie causa del ricovero (con aumentate perdite di nutrienti ipercatabolismo proteico, interferenza diretta sulla funzione digestiva o sull'assunzione degli alimenti) e/o la terapia farmacologica (che può provocare riduzione dell'appetito, minore efficienza della funzione digestiva, alterazioni dell'equilibrio idroelettrolitico)

- lo stato depressivo che consegue al ricovero (sofferenza fisica e psichica legata alla privazione degli affetti, alla perdita dell'autosufficienza o alla malattia stessa)

Infine, paradossalmente, il ricovero in ambiente ospedaliero può favorire la comparsa di uno stato di M a causa di un minor "cura" dell'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 (comunque non addestrati adeguatamente) o di competenza unicamente di un "superspecialista" quale sta diventando il medico-nutrizionista (il ricorso alla nutrizione artificiale è spesso conseguenza di un mancato controllo precedente sulla normale alimentazione del paziente).

Anche laddove si investono risorse nella ristorazione ospedaliera, spesso si tende a trascurare gli aspetti nutrizionali a favore dell'aspetto "alberghiero". Si pensa che dare più scelte al paziente, senza adeguatamente guidarle, sia sufficiente a migliorare il suo stato di nutrizione. Così le hostess sostituiscono le dietiste ed il paziente rimane solo a dover gestire un problema, che va ben oltre le sue capacità e che avrà importanti ripercussioni sul suo stato di salute.

Di fatto, 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. Queste sono da riferirsi ine-



vitabilmente, 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", ...) 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 stato di nutrizione o dei reali introiti quotidiani alimentari, la non considerazione di situazioni di maggior

fabbisogno proteico energetico, il ritardo nell'intervento nutrizionale sono le cause principali, e costanti nel tempo, dell'elevata incidenza di M nei soggetti ospedalizzati soprattutto in età geriatrica.

In merito all'ultimo punto, c'è da notare che l'intervento nutrizionale, comunque sia effettuato (integrazione per os, dieta ricettata, *nutrizione artificiale*), deve essere gestito da personale qualificato in ambito nutrizionale per essere efficace evitando spreco di risorse.



Conseguenze della Malnutrizione

Le conseguenze della M si manifestano in tutti gli organi ed apparati con limitazioni funzionali e ridotte interazioni con l'ambiente esterno, deterioramento cognitivo (da alterata sintesi di neurotrasmettitori), ridotta immuno-competenza (maggiore suscettibilità a contrarre infezioni e ridotta capacità di risposta a queste), osteoporosi, ridotta efficienza degli apparati digerente e respiratorio, lesioni da decubito, alterata farmacocinetica.

E' da notare come ognuna delle conseguenze della M precedentemente descritte finisce per innescare un circolo vizioso in cui la M e la conseguenza della stessa M finiscono per alimentarsi a vicenda. Così, ad esempio, la comparsa di uno stato settico, facilitato nella sua insorgenza da uno stato M, finisce per aggravare la M stessa attraverso un aumento dei fabbisogni in energia e nutrienti.

In definitiva, un cattivo stato di nutrizione condiziona in maniera determinante lo stato di salute e la qualità di vita del paziente con importanti ripercussioni su durata del ricovero, incidenza di eventi acuti e complicanze, prognosi (nei pazienti affetti da M la mortalità è decisamente più elevata).

Approccio nutrizionale al paziente ospedalizzato

E' quindi importante essere, prima di tutto, "sensibili" al problema malnutrizione anche perché l'esito di qualsiasi intervento terapeutico o riabilitativo

è meno buono in presenza di uno stato di M. E' quindi necessario:

- effettuare una valutazione di minima dello stato di nutrizione al momento del ricovero (andamento del peso e dell'alimentazione, almeno)
- valutare attentamente i fabbisogni nutrizionali del paziente, soprattutto in situazioni di stress (traumi scheletrici, infezioni,...)



- intervenire precocemente in caso di rischio o di stato di M
- limitare l'uso dei farmaci soprattutto nel paziente anziano
- sensibilizzare ed addestrare il personale di assistenza a:
 - controllo dell'alimentazione del paziente.
 - interventi di emergenza (disfagia, rigurgiti nella via aerea,...)

- fornire al paziente, soprattutto se anziano, un'assistenza al momento del pasto,
- effettuare un controllo sull'organizzazione e sull'efficienza del servizio di alimentazione ospedaliero : se il paziente non è soddisfatto del menu o dell'ambiente nel quale è ricoverato, molto spesso non protesta, si limita a non mangiare. Andranno quindi valutati e/o corretti:

- ◆ dietetici non adeguati e obsoleti (diete blande, diete in bianco, ...)
- ◆ orari incongrui con intervalli o troppo lunghi o troppo corti tra i pasti
- ◆ menu poco rispondenti alle esigenze e/o alle abitudini dei pazienti
- ◆ qualità organolettiche degli alimenti (sapore, temperatura,...)
- ◆ scarti del vitto (la cui valutazione consente di effettuare, al contempo, un oggettivo controllo sulla qualità del servizio di alimentazione e sulle ingestie del singolo paziente)
- far ricorso all'integrazione per os o alla nutrizione artificiale solo in caso di effettiva necessità e sotto indicazione e controllo di personale specialistico.

Per fare tutto ciò, diventa indispensabile avere a disposizione un'équipe nutrizionale (medico-nutrizionista e dietista), che sia in grado di interagire con il paziente, con l'équipe assistenziale e con i parenti del paziente. Ciò al fine di far sì che le esigenze cliniche e nutrizionali possano efficacemente combinarsi con gli aspetti legati al piacere nel mangiare. ■