

L'assistenza nutrizionale agli anziani: uno studio osservazionale presso una struttura residenziale per anziani a Milano

Catena Di Stefano¹, Anna Castaldo², Luisa Pancheri³, Miriam Magri⁴, Loris Bonetti⁵

¹Centro siciliano di nefrologia e dialisi, Cefalù (Pa)

²Formazione e URP, Provincia Religiosa di San Marziano di Don Orione, Milano

³Corso di Laurea in Infermieristica, Università degli Studi di Milano, Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori

⁴Collegio Ispasvi Milano-Lodi, Monza e Brianza

⁵Corso di Laurea in Infermieristica, Università degli Studi di Milano, Azienda Ospedaliera Polo Universitario L. Sacco, Collegio Ispasvi di Milano-Lodi, Monza e Brianza

INTRODUZIONE

Le persone anziane, soprattutto se istituzionalizzate, sono maggiormente colpite dalla malnutrizione anche nei paesi industrializzati. La malnutrizione nell'anziano è in gran parte correlata all'ambiente in cui vive: la prevalenza è del 4-10% quando vive in casa, del 20-40% in ospedale e del 70% nelle lungodegenze (1). La genesi della malnutrizione nell'anziano è multifattoriale e i fattori che la causano sono:

- fattori nutrizionali (abitudini e consumi alimentari inadeguati o insufficienti, diminuzione dell'appetito, interazione farmaci-nutrienti, prescrizioni dietetiche restrittive e/o inadeguate);
- fattori clinici (edentulia e cattiva gestione della protesi, nausea/vomito, malassorbimento, diarrea protratta, patologie croniche);
- fattori neuropsichiatrici (*delirium*, depressione, deficit funzionali, disfagia, demenza e altri disturbi neurologici);
- fattori sociali (livello culturale, povertà, istituzionalizzazione, assistenza inadeguata ai pasti) (1,2).

Diversi studi hanno dimostrato che l'atmosfera del pasto può essere facilmente modulata (2), attraverso la creazione di un ambiente confortevole e accogliente (presenza di piante e fiori, musica di sottofondo, temperatura ambientale adeguata, pareti colorate, ecc.) e un'assistenza adeguata (almeno un infer-

miere o volontario per tavolo, consumazione del pasto con tempi adeguati e senza interruzioni, compresa la somministrazione della terapia, ecc.) (1-6).

L'assistenza infermieristica è fondamentale affinché i pazienti ricevano il sostegno necessario per mantenere un adeguato stato nutrizionale, attraverso una valutazione periodica della capacità di alimentarsi e del rischio nutrizionale e un piano di assistenza nutrizionale individualizzato per i pazienti malnutriti o a rischio, che tenga conto delle loro abitudini e preferenze (4,7,8).

Tuttavia la nutrizione è spesso considerata un problema secondario, frequentemente sottovalutato e trascurato, rispetto ad altre attività di assistenza. L'atteggiamento degli infermieri e degli altri operatori coinvolti nell'assistenza nutrizionale è pertanto un elemento fondamentale per attuare strategie nutrizionali adeguate (9-13).

Nell'attuale contesto delle RSA, come già in altri Paesi, la valutazione e il trattamento della malnutrizione sono assunti come un indicatore di appropriatezza nell'ambito del processo assistenziale (14,15).

OBIETTIVI

È stato condotto uno studio osservazionale i cui obiettivi erano quelli di conoscere:

1. la prevalenza della malnutrizione in difetto e del rischio di malnutrizione in anziani accolti nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) e le caratteristiche demografiche e cliniche delle persone malnutrite o a rischio di malnutrizione, rispetto a quelle normonutrite;
2. le caratteristiche ambientali e i fattori organizzativi correlati all'assistenza nutrizionale degli anziani accolti in RSA;
3. gli atteggiamenti degli operatori riguardo l'assistenza durante l'alimentazione negli anziani accolti in RSA.

MATERIALI E METODI

Lo studio è stato condotto presso una RSA dell'Istituto Don Orione di Milano in un periodo compreso tra settembre e ottobre 2014. Coerentemente agli obiettivi, lo studio è stato suddiviso in 3 fasi, per ognuna delle quali è stata attuata una procedura di rilevazione.

1. Caratteristiche cliniche del campione e prevalenza della malnutrizione

È stata analizzata la documentazione clinica di 128 residenti al fine di conoscere i dati **demografici** (età, sesso), **clinici** (stato cognitivo- attraverso il *Mini Mental State Examination*, grado di autonomia nelle attività di vita quotidiane attraverso l'indice di Barthel, e la comorbilità attraverso il *Cumulative Illness Rating Scale*), e **nutrizionali** (dati antropometrici, valutazione stato nutrizionale attraverso il *Malnutrition Universal Screening Tool - Must*, la presenza di un diario alimentare, regime dietetico e consistenza alimenti, livello di assistenza).

2. Caratteristiche ambientali, organizzative e assistenziali

Per conoscere le **caratteristiche dell'ambiente** (esistenza di una sala da pranzo comune, colore pareti, arredamento della sala, rilevazione temperatura cibi, criteri per richieste dei menù), dei **fattori organizzativi** (numero operatori presenti durante il pasto, modalità distribuzione pasti, tempi dedicati al riordino della sala), e dell'**assistenza nutrizionale** (ora inizio e fine pasto, partecipazione alla scelta del menù, interruzioni o assunzioni di farmaci durante i pasti, tipologia di assistenza ricevuta, introito alimen-

tare, ecc.) è stata utilizzata l'osservazione sistematica integrata da una breve intervista all'infermiere di nucleo. Il campione osservato è costituito da 115 ospiti, residenti nei nuclei residenziali selezionati nella prima fase dello studio, che si alimentano per os nella sala da pranzo.

3. Atteggiamento del personale

Gli atteggiamenti degli operatori riguardo la nutrizione sono stati indagati attraverso il questionario Sann-G ita (13). Il campione originario era costituito da 84 operatori (infermieri, medici, ASA/OSS) in organico nei nuclei osservati.

Analisi dei dati

In accordo con gli obiettivi di ciascuna fase dello studio e con i rispettivi strumenti di rilevazione, sono state effettuate specifiche analisi statistiche. Sono state calcolate la prevalenza, le frequenze assolute/relative e per le variabili continue, media, deviazione standard, mediana, 1° e 3° quartile, minimo e massimo. Sono state inoltre verificate eventuali differenze tra gruppi attraverso il confronto delle medie (*Test di Student*) per le variabili continue e attraverso il test Chi quadrato di Pearson (o il test esatto di Fisher) per proporzioni derivanti da variabili ordinali o discrete. In alcuni casi il confronto di alcune variabili ordinali e continue tra due gruppi è stato verificato e/o confermato attraverso il test delle mediane o il test U- Mann Whitney (test non parametrici). I risultati sono stati considerati significativi ad un livello di $p = 0,05$ e un intervallo di confidenza del 95%.

RISULTATI

1. Caratteristiche cliniche del campione e prevalenza della malnutrizione

Il campione è rappresentato prevalentemente da donne (113/128), con un'età media di 82,4 (DS $\pm 10,1$). La maggior parte dei residenti presentava pluripatologie di gravità moderata, dipendenza totale o grave nelle ADL e deficit cognitivo di grado medio-grave (Tab. 1) e i due terzi (68%: 87/128) necessitavano di assistenza per poter soddisfare il bisogno di alimentazione, attraverso interventi di supporto (tagliare o sminuzzare gli alimenti: 54/128), compensatori (imboccamento: 23/128) o sostitutivi (nutrizione enterale: 10/128).

Tabella I - Caratteristiche demografiche e funzionali e indici antropometrici dei residenti.

	Media	DS	Mediana	Min	Max
Età	82,4	10,1	83,5	58	102
Giorni di degenza	3730,3	6045,2	1404,2	7,7	27219,7
Alimentazione (Barthel)	5,5	3,4	5	0	10
ADL (Barthel)	38,4	33,2	30,5	0	100
MMSE	12,6	10,5	12,5	0	30
Indice di comorbilità (CIRS)	5,2	2,2	5,5	0	10
Indice di massa corporea (BMI)	24,8	4,6	24,6	15,2	37,4

Legenda: DS: deviazione standard; Min: Minimo; Max: Massimo; MMSE, Mini Mental State Examination. CIRS, Cumulative Illness Rating Scale.

I residenti osservati avevano mediamente un BMI normale (Tab. I) anche se il 13,3% (17/128) presentava un rischio di malnutrizione medio-alto identificato attraverso il MUST.

Il rischio di malnutrizione era maggiore nei maschi (4/15) rispetto alle donne (13/113), anche se la differenza non era statisticamente significativa (Test esatto di Fisher: $p=0,115$). La maggior parte dei residenti a rischio di malnutrizione presentava una dipendenza totale nelle ADL (70,6%. 12/17) e un deficit cognitivo grave (64,7%. 11/17); tuttavia le differenze osservate, attraverso il test U di Mann-Whitney, tra le persone a rischio e quelle normonutrite erano statisticamente significative per il livello di dipendenza ($p=0,002$), ma non per il livello cognitivo ($p=0,36$). Inoltre non sono state osservate differenze significative tra la comorbilità e il rischio di malnutrizione (Test U di Mann-Whitney). Tra gli ospiti a rischio di malnutrizione la maggior parte si alimentava per os (82,2%; 15/17) e l'11,8% (2/17) si alimentava con nutrizione enterale.

2. Caratteristiche ambientali, organizzative e assistenziali

2a. Caratteristiche dell'ambiente e dei fattori organizzativi

Per quanto concerne le caratteristiche ambientali e organizzative, tutti i nuclei selezionati avevano una sala da pranzo, con un'adeguata illuminazione e pareti colorate, ma solo in alcuni di essi erano presenti elementi decorativi come tende, piante, fiori e ornamenti vari. Il menù giornaliero era affisso quotidianamente in una bacheca collocata nella sala da pran-

zo e visibile a tutti i residenti. Generalmente la richiesta dei pasti veniva effettuata quotidianamente dall'infermiere, tenendo conto delle preferenze e delle condizioni cliniche e nutrizionali degli ospiti. Tuttavia durante la distribuzione dei pasti la maggior parte degli ospiti aveva la possibilità di scegliere delle alternative alle portate del menù del giorno.

2b. Caratteristiche dell'assistenza nutrizionale

Dall'osservazione, durante i pasti, dei 118 ospiti che si alimentavano per os, è emerso che circa 1/3 di essi riceveva un intervento assistenziale compensatorio sia a pranzo sia a cena, e che i 2/3 degli ospiti assumevano farmaci contemporaneamente al consumo del pasto.

Durante la distribuzione dei pasti c'era una presenza mediana di 5 operatori (prevalentemente ausiliari socio assistenziali) a pranzo e 3 durante la cena e da 1 a 3 volontari/familiari, soprattutto durante la cena.

Dall'osservazione dei pasti è emerso che ha ricevuto assistenza il 27,8% degli ospiti (32/115) durante il pranzo e il 29,8% (34/114) durante la cena. Alla maggior parte degli ospiti era erogato un intervento assistenziale compensatorio, cioè veniva imboccato rispettivamente il 62,6% (20/32) degli ospiti a pranzo e il 61,7% (22/34) a cena. Tra gli ospiti con un rischio medio-alto di malnutrizione (MUST ≥ 1), il 64,3% (9/14) riceveva assistenza in entrambi i pasti e la differenza osservata rispetto alla proporzione delle persone a rischio basso è risultata significativa (test di Fisher; $p=0,005$).

Non sono state osservate interruzioni durante i pasti, anche se 2/3 dei residenti assumevano farmaci

durante i pasti (pranzo: 66,1%, 76/115; cena: 65,8%, 75/114).

In entrambi i pasti gli ospiti mediamente consumavano più della metà delle portate servite; le persone a medio-alto rischio di malnutrizione avevano un introito alimentare (soprattutto del secondo piatto) minore rispetto alle persone a basso rischio ($p \leq 0,000$; test U di Mann-Whitney).

Il tempo medio dedicato al consumo dei pasti era in media 26,3 minuti ($DS \pm 10,0$) durante il pranzo e 24,7 minuti ($DS \pm 7,5$) a cena. Gli ospiti con un rischio di malnutrizione medio-alto impiegava un minuto in meno per consumare i pasti rispetto a quelli a basso rischio, benché tale differenza non risulti essere statisticamente significativa.

3. Atteggiamento del personale

Sono stati distribuiti 73 questionari e ne sono ritornati 72, anche se alcuni partecipanti non hanno risposto a tutte le domande. Il campione è rappresentato prevalentemente da donne (87,5%: 63/69) con un'età media di 45 anni ($DS \pm 7,7$; Range 28-62 anni; 13 operatori non hanno specificato la propria età) e un'anzianità di servizio media di 16 anni ($DS \pm 6$ anni; esclusi 8 operatori che non hanno specificato l'anzianità).

Il 70,6% (48/68) dei rispondenti era costituito da operatori di supporto (prevalentemente ASA), il 26,5% (18/68) da infermieri e il restante 2,9% (2/68) da medici. Escludendo 8 partecipanti che non hanno specificato la propria nazionalità, più della metà (54,7%: 35/64) degli operatori (prevalentemente ASA) non aveva nazionalità italiana.

L'analisi degli *item* della SANN G si riferisce a 66 questionari validi: sono stati eliminati 6 questionari poiché mancava più del 30% delle risposte. Dall'analisi emerge un punteggio mediano totale di 61 (Q1-Q3: 54-69) che corrisponde ad un'attitudine neutra da parte del personale nei confronti della nutrizione.

Gli operatori sanitari (medici e infermieri) mostrano un'attitudine più positiva rispetto agli operatori di supporto (ASA e OSS) con delle differenze statisticamente significative in tutte le sottodimensioni della scala, ad eccezione delle abitudini circa le preferenze alimentari dei pazienti, e l'importanza di adottare un approccio individualizzato (Tab. 2).

L'atteggiamento positivo nei confronti della nutrizione (valori compresi tra 72 e 85) era presente soprattutto tra gli operatori italiani (48,2%) rispetto agli operatori con nazionalità europea o extraeuropea (21,9%); tuttavia le differenze osservate tra i due gruppi di popolazioni non sono risultate statisticamente significative (Chi quadrato di Pearson: $P=0,139$).

DISCUSSIONI E CONCLUSIONI

Il presente studio ha fornito una prima fotografia dell'assistenza nutrizionale con l'ambizione di indagare in modo combinato la complessità della nutrizione degli anziani istituzionalizzati: l'entità delle persone a rischio di malnutrizione e le rispettive caratteristiche cliniche, nonché le caratteristiche ambientali,

Tabella 2 - Confronto SANN-G operatori sanitari e di supporto.

Dimensione (Punteggio min-Max)	Operatori sanitari	Operatori di supporto	P value*
	Mediana (Q1, Q3)	Mediana (Q1, Q3)	
Totale punteggi (18-90)	66 (61,5-76)	59 (50,7-68)	0,006
Norme (5-25)	17 (13-18)	13 (9-17)	0,022
Abitudini (4-20)	16 (14-17)	15 (12-16,2)	NS
Valutazione (4-20)	16 (14-17)	14 (10,7-16)	0,013
Interventi (3-15)	12 (12-11)	10 (8-11,25)	0,011
Personalizzazione (2-10)	10 (7-10)	8 (8-6)	NS

* Test di U- Mann Whitney

organizzative e assistenziali e l'atteggiamento dagli operatori riguardo la nutrizione.

La prevalenza della malnutrizione osservata è inferiore rispetto a quella rilevata da altri Autori (7, 16,17), mentre, similmente ad altri studi, le persone a medio-alto rischio di malnutrizione presentavano un elevato livello di dipendenza nelle ADL e di compromissione cognitiva (16-18).

Dai risultati emerge che a ricevere maggiore assistenza durante il pasto sono gli ospiti con basso rischio di malnutrizione; verosimilmente questo è dovuto al fatto che l'assistenza al pasto non è legata esclusivamente al rischio di malnutrizione, ma è garantita maggiormente agli ospiti che presentano diversi gradi di dipendenza.

Gli ospiti ad alto rischio di malnutrizione mediamente impiegavano meno tempo per consumare il pasto rispetto a quelli a basso rischio: verosimilmente questo può essere collegato al consumo del piatto unico oppure all'imboccamento.

Il fatto che alcuni operatori non erano completamente dedicati all'imboccamento degli ospiti potrebbe essere correlato a un numero insufficiente di personale durante i pasti, rispetto agli ospiti da imboccare, ma anche al tipo di organizzazione e alle abitudini e all'atteggiamento degli operatori (19).

All'interno della struttura era presente una sala da pranzo dedicata che permetteva di consumare i pasti in maniera conviviale con gli altri residenti, anche se non in tutti i nuclei era dedicata molta attenzione ai complementi d'arredo o elementi decorativi al suo interno. Tuttavia non è possibile confermare se e quale impatto possa avere l'ambiente sugli esiti nutrizionali, come rilevato in altri studi (3, 6, 17-19).

Per quanto concerne gli atteggiamenti degli operatori nei confronti della nutrizione sono emerse delle differenze significative tra operatori sanitari e operatori di supporto; questi ultimi hanno rivelato un'attitudine maggiormente negativa rispetto agli operatori sanitari, come già riportato da altri Autori (9, 12,13).

Considerato che gli operatori di supporto sono maggiormente implicati nell'assistenza ai pasti degli ospiti, l'attitudine potrebbe sensibilmente migliorare attraverso il loro coinvolgimento in percorsi formativi.

Lo studio presenta alcuni limiti, tra cui la soggettività dell'osservatore, la presenza dello stesso durante il pasto; inoltre il campione esiguo di ospiti e di ope-

ratori osservato non consente la generalizzabilità dei risultati. Esso tuttavia rappresenta un punto di partenza per studi multicentrici che includano anche la percezione dei residenti circa la qualità dell'assistenza ricevuta e per nuove ipotesi di studio sulla prevenzione e il trattamento della malnutrizione in RSA.

BIBLIOGRAFIA

1. Ministero Salute - Dipartimento per la sanità pubblica veterinaria, la nutrizione e la sicurezza degli alimenti direzione generale della sicurezza degli alimenti e della nutrizione, Linee di indirizzo nazionale per la ristorazione ospedaliera ed assistenziale. Ministero Salute, 2010. Intesa Conferenza Stato Regioni del 16/12/2010. GU n. 37 del 15/02/2011
2. Nijs K, et al. Malnutrition and mealtime ambiance in nursing homes. *J Am Med Dir Assoc.* 2009;10(4):226-229.
3. Mathey MF, et al. Health effect of improved meal ambiance in a Dutch nursing home a 1-year intervention study. *Prev Med.* 2001;32(5):416-423.
4. Baptistee F, et al. Geriatric rehabilitation patients' perceptions of unit dining locations. *Can geriatr J.* 2014;17(3):38-44.
5. Palacios-Cena D, et al. Is the mealtime experience in nursing homes understood? A qualitative study. *Geriatr Gerontol Int.* 2013;13(2):482-489.
6. Strobele N, et al. Effect of ambience on food intake and food choice. *Nutrition.* 2004;20(9):821-838.
7. Papparotto C, et al. Risk factors associated with malnutrition in old people living in Italian nursing homes: a cross-sectional study. *Gerontol Nurs.* 2013;6(3):187-97.
8. Kofod J, Birkkemose A. Meals in nursing homes. *Scand J Caring Sci.* 2004;18(2):128-134.
9. Bonetti L, Bagnasco A, Aleo G, Sasso L. The transit of the food trolley-malnutrition in older people and nurses' perception of the problem. *Scand J Caring Sci.* 2013;27(2):440-8.
10. Jefferies D, Johnson M, Ravens J. Nurturing and nourishing: the nurses' role in nutritional care. *J Clin Nurs.* 2011;20(3-4):317-30.
11. Christensson L, et al. Adapting "the Staff Attitudes to Nutritional Nursing Care scale" to geriatric nursing care. *J Nutr Health Aging.* 2009;13(2):102-7.
12. Christensson L, et al. Attitudes of nursing staff working with older people towards nutritional nursing care. *J Clin Nurs.* 2007;16(11):2007-14.
13. Bonetti L, Bagnasco A, Aleo G, Sasso L. Validation of the Staff Attitudes to nutritional Nursing Care Geriatric scale in Italian. *International Nursing Review.* 2013;60:389-396.
14. Delibera della Giunta Regionale della Lombardia X/1975 del 08/05/2014. Il sistema dei controlli in ambito sociosanitario: definizione degli indicatori di appropriatezza in attuazione della DGR X/1185 del 20/12/2013.
15. Department of Health and Human Services Centers For Medicare &

- Medicaid Services, Dining Observation, FORM CMS-20053 (2/2013): <https://www.cms.gov/Medicare/Provider-Enrollment-and-Certification/SurveyCertificationGenInfo/Downloads/Dining-Observation.pdf>, consultato il 7 agosto 2014.
16. Tominz R, et al. Valutazione dello stato nutrizionale di anziani ospiti di strutture residenziali a Trieste. *Epidemiol Prev.* 2012;36(5):263-272 (abstract).
 17. Orsitto G, et al. Prevalenza della malnutrizione in pazienti anziani ospedalizzati affetti da mild cognitive impairment. *Geriatr Gerontol.* 2009;57:125-131.
 18. Donini LM, Neri B, De Chiara S, Poggiogalle E, Muscaritoli M. Nutritional Care in a nursing home in Italy *PLoS One.* 2013;8(2).
 19. Abbott RA, Whear R, Thompson-Coon J, Ukoumunne OC, Rogers M, Bethel A, Hemsley A, Stein K. Effectiveness of mealtime interventions on nutritional outcomes for the elderly living in residential care: a systematic review and meta-analysis. *Ageing Res Rev.* 2013 Sep;12(4):967-81.