

ISSN 1723 - 7750

Anno XIII - N. 4  
Dicembre 2015  
TRIMESTRALE

# I luoghi della cura

4/2015

Poste Italiane S.p.A.  
In caso di mancato recapito, rinviare a Roma Romanina Stampe, per la restituzione al mittente  
previo addebito pagamento resi



  
SOCIETÀ ITALIANA  
DI GERONTOLOGIA  
E GERIATRIA

ORGANO UFFICIALE DELLA  
SOCIETÀ ITALIANA DI GERONTOLOGIA E GERIATRIA



**CIC** Edizioni Internazionali

# I luoghi della cura



SOCIETÀ ITALIANA  
DI GERONTOLOGIA  
E GERIATRIA

ORGANO UFFICIALE DELLA SOCIETÀ ITALIANA  
DI GERONTOLOGIA E GERIATRIA

*Un periodico scientifico-professionale,  
che affronta gli argomenti più rilevanti riguardanti  
l'assistenza alla persona anziana nelle diverse condizioni di vita,  
in particolare quando il bisogno rende necessario  
un supporto organizzato.*

#### DIREZIONE SCIENTIFICA

Antonio Guaita, Francesco Landi, Ermellina Zanetti

#### COMITATO EDITORIALE

Renzo Bagarolo, Stefano Boffelli, Anna Castaldo, Chiara Ciglia,  
Mauro Colombo, Carla Facchini, Antonino Frustaglia, Cristiano Gori,  
Gianbattista Guerrini, Renzo Rozzini, Marco Trabucchi, Daniele Villani



## ABBONATEVI

Abbonamento annuo (4 numeri) € 10.00

Ritagliare e spedire in busta chiusa ed affrancata o via fax a CIC Edizioni Internazionali - Lungotevere Michelangelo 9 - 00192 Roma  
Tel. 06 8412673 - Fax 06 8412688 - abbonamenti@gruppocic.it

Nome .....

Cognome .....

Indirizzo .....

Città ..... CAP .....

E-mail .....

Desidero abbonarmi a *I luoghi della cura*

Allego assegno bancario non trasferibile di € 10,00  
Intestato a: CIC EDIZIONI INTERNAZIONALI s.r.l.

Allego ricevuta del versamento sul c.c. postale n° 77628006

Vi autorizzo ad addebitare l'importo di € 10,00  
sulla mia Carta di Credito

VISA  AMERICAN EXPRESS  DINERS CLUB  EUROCARD  MASTER CARD

N° Carta | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Data di scadenza | | | | |

Dlgs n. 196/03. La informiamo che i dati forniti saranno oggetto di trattamento (Art. 13); saranno altresì adottate le misure di sicurezza previste dalla legge per garantirne la riservatezza (Art. 31). I dati saranno gestiti internamente e non verranno ceduti a terzi, ma potranno essere comunicati ai propri fornitori, ove impiegati per l'adempimento di obblighi contrattuali (ad es. le Poste Italiane). La informiamo inoltre che ha diritto (Art. 7) di richiedere la cancellazione o l'aggiornamento dei dati ed opporsi al trattamento per altre finalità con comunicazione scritta. Reso edotto dalle informazioni riportate, lei esprime il consenso al trattamento con la compilazione, la firma e l'invio del presente modulo.

Data e firma .....

## SOMMARIO

### Direzione scientifica:

Antonio Guaita, Francesco Landi, Ermellina Zanetti

### Comitato editoriale:

Renzo Bagarolo, Stefano Boffelli, Anna Castaldo, Chiara Ciglia, Mauro Colombo, Carla Facchini, Antonino Frustaglia, Cristiano Gori, Gianbattista Guerrini, Renzo Rozzini, Marco Trabucchi, Daniele Villani

### Direttore responsabile

Andrea Salvati

### Segreteria di redazione

Antonella Onori - onori@gruppcic.it

### Area pubblicità

Patrizia Arcangioli, responsabile  
arcangioli@gruppcic.it

CIC EDIZIONI INTERNAZIONALI s.r.l.

### Direzione, Redazione, Amministrazione:

Lungotevere Michelangelo, 9 - 00192 Roma  
Tel. 06/8412673 r.a. - Fax 06/8412688  
E-mail: info@gruppcic.it  
Sito web: www.gruppcic.com

Trimestrale

Reg. Trib. di Roma n. 101/2003 del 17/03/2003  
R.O.C.: 6905/128611

Stampa: LITOGRAFTODI srl - Todi (Perugia)

Abbonamento annuo: Italia € 10,00 (una copia € 3,50) - Estero € 20,00. L'IVA condensata nel prezzo di vendita è assolta dall'Editore ai sensi dell'art. 74, primo comma, lett. c), D.P.R. 633/72 e D.M. 29/12/89. Il giornale viene anche inviato in omaggio ad un indirizzario di specialisti predisposto dall'Editore.

Finito di stampare nel mese di novembre 2015

Ai sensi del Decreto Legislativo 30/06/03 n. 196 (Art. 13) informiamo che l'Editore è il Titolare del trattamento e che i dati in nostro possesso sono oggetto di trattamenti informatici e manuali; sono altresì adottate, ai sensi dell'Art. 31, le misure di sicurezza previste dalla legge per garantirne la riservatezza. I dati sono gestiti internamente e non vengono mai ceduti a terzi, possono esclusivamente essere comunicati ai propri fornitori, ove impiegati per l'adempimento di obblighi contrattuali (ad es. le Poste Italiane). Informiamo inoltre che in qualsiasi momento, ai sensi dell'Art. 7, si può richiedere la conferma dell'esistenza dei dati trattati e richiederne la cancellazione, la trasformazione, l'aggiornamento ed opporsi al trattamento per finalità commerciali o di ricerca di mercato con comunicazione scritta.

Il contenuto degli articoli rispecchia esclusivamente l'esperienza degli autori. La pubblicazione dei testi e delle immagini pubblicitarie è subordinata all'approvazione della direzione dei giornali ed in ogni caso non coinvolge la responsabilità dell'Editore.

Ogni possibile sforzo è stato compiuto nel soddisfare i diritti di riproduzione. L'Editore è tuttavia disponibile per considerare eventuali richieste di aventi diritto.

La massima cura possibile è stata prestata per la corretta indicazione dei dosaggi dei farmaci eventualmente citati nel testo, ma i lettori sono ugualmente pregati di consultare gli schemi posologici contenuti nelle schede tecniche approvate dal Ministero della Salute.

© Copyright 2015



CIC Edizioni Internazionali

## EDITORIALE

L'invecchiamento della popolazione in Europa:  
**trend e sfide per il futuro**

*Daniele Zaccaria, 4*

## QUADRO DI RIFERIMENTO

L'alimentazione che aiuta a star bene

*Giovanni Allegro, 7*

## ASPETTI CLINICO ASSISTENZIALI

L'alimentazione nell'anziano cardiopatico

*Antonino Frustaglia, 12*

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

*Catena Di Stefano, Anna Castaldo, Luisa Pancheri,  
Miriam Magri, Loris Bonetti, 16*

## MATERIALI DI LAVORO

Ausili tecnici e persone anziane

*Renzo Andrich, 22*

## SPUNTI DI DIBATTITO

Anziani e alimentazione: uno sguardo d'insieme

*Carla Facchini, 27*

# L'invecchiamento della popolazione in Europa: *trend* e sfide per il futuro

Daniele Zaccaria

Fondazione Golgi Cenci, Abbiategrosso (MI)

L'ormai noto processo di invecchiamento della popolazione europea comporta la necessità di una nuova prospettiva di gestione delle politiche pubbliche: l'attenzione per il livello di salute pubblica, le cure di lungo periodo per i malati cronici, la gestione delle malattie acute impongono, alla luce del *trend* demografico in atto, la necessità per i sistemi di *welfare* nazionali di affrontare sfide vecchie e nuove con una prospettiva diversa rispetto al passato.

Nel pieno della crisi economica che ha investito il mondo occidentale, l'Europa si è trovata ad essere anche consapevole di un grosso cambiamento demografico, con le conseguenti ripercussioni per l'economia, la sanità e la coesione sociale. Nei paesi dell'Unione Europea negli ultimi decenni è cresciuto il peso delle persone anziane a causa della combinazione di due fenomeni: la bassa fertilità e l'allungamento delle aspettative di vita, seppur con un diverso impatto di questi nei differenti contesti nazionali. Ancor di più che il declino della fertilità, socialmente più rilevante e più dibattuto dai *policy makers*, il contributo più rilevante all'invecchiamento della popolazione europea è stato però fornito dalla diminuzione del tasso di mortalità della popolazione anziana. A questo riguardo basti pensare alla notevole diminuzione della mortalità per problemi cardiovascolari, data dal miglioramento delle abitudini di vita, dalla prevenzione dei comportamenti a rischio e dal progresso medico-scientifico e farmacologico (1). Tenendo in conto questi fattori si può allora affermare come l'invecchiamento della popolazione rappresenti contemporaneamente sia un risultato di quanto avvenuto in passato sia una nuova sfida per i sistemi sanitari e di protezione sociale europei.

L'indice di dipendenza strutturale degli anziani (il rapporto tra gli over 65 e la popolazione tra i 15 e i 64 anni) è destinato nei prossimi decenni a crescere, fino ad arrivare a più del 50% secondo le stime

Eurostat (2). Tuttavia, mentre questo indice risulta particolarmente rilevante per le previsioni sulla difficile sostenibilità dei sistemi pensionistici, coglie in misura minore gli effetti sui sistemi sanitari e di *welfare*: la crescita dell'aspettativa di vita porta con sé un maggior rischio di periodi più lunghi in cattiva salute o più semplicemente pospone la fase della vita caratterizzata da limitazioni funzionali e disabilità? Tre diverse ipotesi sono state formulate a riguardo. La prima prevede che la maggior aspettativa di vita, insieme al progresso delle cure mediche, porti alla progressiva riduzione degli anni vissuti in cattiva salute (3). Di contro, secondo i sostenitori della teoria dell'espansione delle patologie, proprio il progresso medico scientifico permetterebbe una sopravvivenza più lunga alle persone più fragili, incrementando quindi gli anni di vita in cattiva salute (4). L'ipotesi dell'equilibrio dinamico infine propone uno scenario in cui l'allungamento dell'aspettativa di vita proietta in avanti anche il periodo caratterizzato da maggior fragilità fisica, mantenendo sostanzialmente invariata la durata, ma con un peso relativo minore (5).

In generale quello che si può osservare in Europa negli ultimi anni è una minor frequenza dei livelli più gravi di disabilità fisica mentre, di contro, sembrano essere più comuni patologie lievi. I dati sulla salute prodotti da Eurostat inoltre evidenziano come sia cresciuta più rapidamente l'aspettativa di vita di quanto invece abbia fatto l'aspettativa di vita in buona salute, contraddicendo quanto affermano i sostenitori della riduzione degli anni di fragilità fisica. Alcuni studi condotti nei paesi scandinavi e nell'Europa occidentale dimostrano come, pur in presenza di una crescita dell'aspettativa di vita, non ci sia un peggioramento consistente della comorbidità nella popolazione anziana (6).

Nonostante nessuna delle tre ipotesi trovi completa conferma, non bisogna tuttavia sottovalutare la por-

tata del fenomeno poiché alcune previsioni sottolineano come assai probabilmente ci si troverà di fronte ad uno scenario in cui molte più persone saranno affette da patologie tipiche dell'età anziana (cancro, fratture, demenza) (7-9). L'aumento del peso relativo degli anziani malati sul totale della popolazione è una sfida per i sistemi sanitari nazionali: la presenza di comorbidità, seppur non severa, causerà maggiore e più frequente richiesta di cure e la necessità di una rete solida di sostegno pubblico e privato per i meno autosufficienti al fine di garantire una soglia minima di qualità della vita.

In Europa si possono individuare tre modelli di supporto alle responsabilità di cura: *defamilizzazione*, tipica dei paesi scandinavi, con un'ampia rete di assistenza pubblica con servizi di qualità pagati attraverso un elevato prelievo fiscale; *familismo supportato*, che caratterizza l'Europa Centro-Occidentale, con livelli medi di tassazione, servizi pubblici per i meno abbienti e aiuti finanziari alle famiglie per far fronte alle necessità di assistenza; *familismo completo*, tipico dei paesi Mediterranei di tradizione cattolica, dove le responsabilità di cura sono per la maggior parte ancora demandate alla famiglia.

L'invecchiamento della popolazione porterà secondo le proiezioni dell'OCSE ad incrementare la spesa pubblica per la salute anche nei paesi familistici, tanto che in Europa lo scenario nel 2060 vedrebbe ribaltarsi i rapporti tra *under 65* e *over 65*, con il peso relativo di questi ultimi che inciderebbe maggiormente sulla spesa totale, a differenza di quanto registrato nel 2010 (10). Se è vero che le generazioni attuali di anziani sono più istruite che in passato e che hanno anche aspettative più alte rispetto alla qualità della vita, questi fattori socio-economici porteranno anche ad un importante incremento nella richiesta di cure e soprattutto di esami di *screening* e visite specialistiche.

L'avanzamento tecnologico è un importante fattore capace di mitigare l'impatto dell'invecchiamento della popolazione sulla spesa pubblica in sanità, ma sarà determinante soprattutto contestualizzare l'invecchiamento, ancor più che in passato, come risultato dell'intero corso di vita. La promozione durante la giovinezza e l'età adulta della prevenzione e delle abitudini di vita sane rappresenta una delle strategie più efficaci per far fronte agli esiti dell'invecchiamento progressivo della popolazione: l'obiettivo dell'invecchiamento attivo e in salute, capace di avere esiti positivi su tutti gli aspetti della vita pubblica, passa

attraverso la diffusione della consapevolezza che l'età anziana è anche il risultato della vita vissuta in precedenza. Gli sforzi dei *policy makers* devono quindi avere una visione non miope e che punti al lungo periodo: gli interventi devono essere quindi mirati alla prevenzione primaria e alla diffusione di stili di vita sani che contrastino problematiche come il fumo, il consumo eccessivo di alcolici, la vita sedentaria e abitudini alimentari di scarsa qualità, senza dimenticare l'importanza della scolarità e della corretta informazione sanitaria.

L'invecchiamento della popolazione tuttavia è un fenomeno già in atto e questo comporta la necessità che si agisca anche sulla popolazione anziana che già necessita di assistenza spesso a lungo termine perché affetta da patologie croniche o perché non autosufficiente. Se il prolungamento della vita attiva porta con sé l'inevitabile riduzione del tradizionale supporto familiare, pur con differenze ancora marcate nei diversi contesti istituzionali europei, l'obiettivo è quello di trovare nuove vie che siano in grado di rispondere all'aumento della domanda e alla necessità di non gravare eccessivamente sulla spesa sanitaria. Alcune *best practices* si registrano soprattutto nei paesi nordici dove si è puntato su interventi di automedicazione assistita e su interventi di supporto domiciliare che consentono alle persone anziane di invecchiare nel proprio ambiente prevenendo l'istituzionalizzazione presso centri di lungo-degenza (11). Al fine di ottenere i migliori risultati da questi interventi si rende però necessario un forte sforzo di cooperazione tra tutti gli attori pubblici e privati coinvolti e forse proprio questa è la sfida più importante che si pone di fronte all'Europa nei prossimi anni. Solo la capacità di saper integrare, condividere e mettere in discussione le conoscenze e le esperienze di ciascuno permetterà di poter gestire senza ripercussioni economiche e sociali uno dei fenomeni socio-demografici più importanti degli ultimi decenni.

## BIBLIOGRAFIA

1. Gleij DA, Meslé F, Vallin J. Diverging trends in life expectancy at age 50: A look at causes of death. International differences in mortality at older ages: Dimensions and sources. 2010;2-1.
2. European Commission. Ageing Report: economic and budgetary projections for the EU-27 Member States (2008-2060), Luxembourg, Office for Official Publication of the European Communities. 2009.

3. Fries JF. Aging, natural death, and the compression of morbidity. *New England journal of medicine*. 1980;303(3):130-135.
4. Olshansky SJ, Rudberg MA, Carnes BA, Cassel CK, Brody JA. (1991). Trading Off Longer Life for Worsening Health The Expansion of Morbidity Hypothesis. *Journal of aging and health*. 1991;3(2):194-216.
5. Manton KG. Changing concepts of morbidity and mortality in the elderly population. *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society*. 1982;183-244.
6. Parker MG, Ahacic K, Thorslund M. Health changes among Swedish oldest old: prevalence rates from 1992 and 2002 show increasing health problems. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*. 2005;60(10):1351-1355.
7. Mistry M, Parkin DM, Ahmad AS, Sasieni P. Cancer incidence in the United Kingdom: projections to the year 2030. *British journal of cancer*. 2011;105(11):1795-1803.
8. Rathmann W, Haastert B, Icks A, Herder C, Kolb H, Holle R, Giani G. The diabetes epidemic in the elderly population in Western Europe: data from population-based studies. *Gesundheitswesen*. 2005;51 10-4.
9. Mura T, Dartigues JF, Berr C. How many dementia cases in France and Europe? Alternative projections and scenarios 2010-2050. *European Journal of Neurology*. 2010;17(2):252-259.
10. OCSE. Public spend on health and long-term care: a new set of projections, *OECD Economic Policy papers N°06*, Paris. 2013.
11. Oxley H. Policies for healthy ageing: an overview, Parigi, OECD. 2009.

## L'alimentazione che aiuta a star bene

**Giovanni Allegro**

*Scuola di cucina preventiva e adiuvante dell'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano*

**D**edicare un po' più attenzione alle nostre scelte alimentari è un gesto importante per volere e volerci bene. Qualunque articolo che parla di alimentazione, e sono davvero tanti, continua a ripeterci che il cibo, indipendentemente dall'età, è "l'elisir" che da sempre abbiamo a disposizione per mantenerci in salute e vivere una buona qualità di vita. Il mondo scientifico va riscoprendo che ciò che scegliamo di mettere nel piatto contribuisce al nostro benessere in modo ancora più importante di quanto noi immaginiamo. Gli effetti del cibo sulla nostra salute sono lenti ma inesorabilmente efficaci, sia nel migliorare le nostre condizioni sia nel contribuire ad amplificare i tanti problemi che ci possono affliggere: i problemi di salute e il declino sono imputabili solo in minima parte all'invecchiamento, la maggior parte del lavoro lo fanno le cattive abitudini sanitarie e alimentari di tutta una vita.

Per avere le massime possibilità di avere un'energia soddisfacente e dare il nostro fondamentale contributo al mantenimento della salute, dobbiamo migliorare il nostro stile di vita. Cambiare alimentazione potrebbe sembrare complicato, spesso siamo incerti e molte domande affiorano alla nostra mente. Qual è l'alimentazione più adatta per l'essere umano? Dobbiamo forse scegliere qualcuna delle innumerevoli diete che vengono proposte incessantemente dai media? Come si fa a cambiare alimentazione dopo anni di consolidate abitudini? Gli anziani devono nutrirsi in un modo differente da chi ha un'età più giovane?

Le raccomandazioni scientifiche

Negli ultimi decenni, molti ricercatori di diversi Istituti si sono dati da fare per comprendere il ruolo dell'alimentazione nella prevenzione di alcuni importanti problemi di salute che ci affliggono, come le malattie cardiovascolari, quelle metaboliche e i tumori. I meccanismi con cui il sovrappeso e la sedentarietà aumentano il rischio delle condizioni citate sono abba-

stanza ben conosciuti. Un eccesso di grasso depositato nell'addome determina livelli più alti, nel sangue, di **insulina**, di **glucosio**, di **fattori di crescita**, di **fattori dell'infiammazione** e, nelle donne, di **ormoni sessuali**. Chi ha questi fattori alti si ammala e si riammala di più: si tratta di fattori che con diversi meccanismi stimolano la proliferazione cellulare. Tale stimolazione sarebbe del tutto naturale e indispensabile in normali eventi che la richiedono, ad esempio durante la crescita dei bambini o per la riparazione di tessuti danneggiati da ferite o malattie. Se invece questi fattori sono in eccesso senza che un vero motivo fisiologico lo richieda, possono favorire lo sviluppo delle malattie. Ed è in particolare con i tumori che le sorprese sono state maggiori; in pochi pensavano all'inizio degli studi che l'alimentazione avesse un ruolo preventivo anche nei confronti di questo autentico flagello dei tempi moderni. Oggi si stima che almeno il 30% dei tumori possa essere prevenuto con una corretta alimentazione: una percentuale straordinaria! Quali sono i consigli dei ricercatori? Le raccomandazioni del recente *Codice europeo contro il cancro* coincidono con quelle formulate dai ricercatori del *Fondo Mondiale per la Ricerca sul Cancro* (WCRF) che hanno valutato tutti gli studi scientifici sul rapporto fra dieta e tumori: "basate la dieta quotidiana prevalentemente su cibi di provenienza vegetale non industrialmente raffinati, con un'ampia varietà di cereali integrali, legumi, verdure e frutta".

Il WCRF raccomanda inoltre di:

- limitare i cibi ad alta densità calorica ed evitare le bevande zuccherate;
- limitare il consumo di carni rosse ed evitare il consumo di carni conservate.

Queste raccomandazioni sono supportate da studi recenti. Ad esempio la crescita del consumo di bevande zuccherate è considerata una delle cause principali dell'epidemia di obesità nel mondo (1); negli Stati Uniti si stima che vengano spesi ogni anno 190 miliardi di dollari per il trattamento di condizioni di

salute legate all'obesità. Poco più di mezzo litro di bevanda zuccherata, gassata o meno, contiene circa 18 cucchiaini di zucchero, circa 240 calorie che prese in forma liquida non danno la sazietà delle stesse prese in forma solida e che non vengono quindi compensate mangiando di meno (2). Sul fronte oncologico uno studio dell'Università di Harvard (3) pubblicato lo scorso anno conclude che un alto consumo di bevande zuccherate fa crescere l'incidenza di metastasi nei pazienti operati per cancro del colon. Sempre per questo tumore, un altro studio americano precedente evidenziava come lo stile alimentare possa influenzare l'esito clinico dei pazienti operati, evidenziando che l'incidenza di metastasi cresce con il crescere dell'aderenza ad uno stile "occidentale" caratterizzato da un'alimentazione ricca di formaggi, carni fresche e conservate, dolciumi e farine raffinate (4). Riassumendo in parole semplici: troppi zuccheri, troppa carne, troppi cibi industrialmente raffinati aumentano il rischio di ammalarci, mentre cereali integrali e verdure ci proteggono.

## PRIMO PASSO: PIÙ CEREALI INTEGRALI

Il primo cambiamento alimentare importante che dobbiamo affrontare è quello di incominciare a utilizzare **più spesso cereali integrali** al posto di quelli raffinati e a ridurre in generale tutti gli alimenti che contengono carboidrati che vengono assorbiti troppo rapidamente. Questo aiuta a **tenere bassa la glicemia**, una questione fondamentale nella prevenzione. Quindi evitare le farine raffinate (00 e 0), il pane bianco, i dolciumi commerciali, le patate, il riso bianco, i fiocchi di mais, la frutta molto zuccherina. Evitare inoltre lo zucchero, lo sciroppo di glucosio e fruttosio, e abituarsi progressivamente a gusti meno dolci. Può sembrare difficile, ma in realtà ci si abitua in poche settimane e si apprezzano le cose moderatamente dolci esattamente come prima. Mangiare invece regolarmente cereali integrali, meglio se associati a legumi, verdure, semi e frutti oleaginosi: i cereali sono da sempre la base del nostro sostentamento e già la loro semplice vista ci dona una sensazione di pace e benessere. Questi preziosi chicchi costituiscono di fatto un ingrediente di primo piano della maggior parte delle cucine nazionali del mondo, al punto che la loro produzione mondiale

dagli anni '60 è quasi triplicata. Vale la pena ricordare che, all'interno di un'alimentazione sana ed equilibrata, i cereali sono molto importanti, perché dai carboidrati complessi che essi apportano il nostro organismo ricava l'energia che ci serve per vivere. Nei cereali non raffinati ci sono anche fibre, vitamine, minerali, un poco di grassi buoni e una discreta quantità di proteine: una vera manna nutrizionale. In Italia, oltre al riso e al mais consumiamo principalmente il frumento, il cereale di fatto più coltivato al mondo. Il frumento potrebbe anche essere consumato in chicchi, ma questa non sembra essere la sua miglior attitudine visto che storicamente si è sempre cercato di trasformarlo in farina, in modo da renderne il consumo più comodo e appetibile. In particolare si utilizza il grano duro trasformato in semola per fare la pasta o il pane di grano duro e il grano tenero sempre per panificare, ma anche per pizza e altri prodotti da forno. Senza voler nulla togliere al nostro chicco nazionale di cereali ne esistono tanti e oggi stiamo assistendo ad un'interessante riscoperta di quelli già noti in passato che erano stati un po' dimenticati per varie ragioni, come ad esempio il farro, l'orzo e il miglio. Molti di questi, pur sempre riducibili in farina, si prestano maggiormente a essere consumati direttamente in chicchi, un modo che garantisce senza dubbio maggiore freschezza e vitalità rispetto alla macinazione e trasformazione in farina. Come si preparano? Molte persone, timorose di non saperli preparare, rinunciano ad assaporare dei piatti con il miglio, oppure il farro, la quinoa o il grano saraceno. Ma i cereali si preparano tutti alla stessa semplice maniera, è cioè si lessano in acqua leggermente salata. Proprio come facciamo con la pasta. Con una differenza però: anziché portare in ebollizione tanta acqua e usare tanto sale per salarla tutta, modalità che sembra essere irrinunciabile per lessare bene la pasta, si porta in ebollizione l'acqua giusta, quella che a termine cottura sarà stata assorbita completamente dal cereale. Questo modo è quello che si utilizza in tutto il mondo per preparare il riso, il farro, il miglio, la quinoa, l'amaranto, l'orzo, l'avena e il grano saraceno, ed è il più efficace e anche il più ecologico: si risparmiano gas, acqua e sale. Il riso integrale, il farro, l'orzo e l'avena si prestano molto bene alla cottura a pressione, che dà degli ottimi risultati e riduce ulteriormente consumi e tempi. I cereali in chicchi possono anche essere cotti tostandoli con delle verdure dapprima rosolate o stufate e aggiun-

## QUADRO DI RIFERIMENTO

gendo un poco alla volta dell'acqua bollente o del brodo, come per il risotto.

### **SECONDO PASSO: LE VERDURE NON DEVONO MAI MANCARE**

Il secondo alimento che non deve mai mancare nella nostra tavola, secondo come quantità non certo come importanza, sono le verdure, un alimento basilare per la nostra salute e per una vita positiva. All'origine del termine 'vegetale' vi è la parola latina *vegetu(m)*, che significa vivo, vigoroso, animato. Le verdure, nella loro grande varietà e nel susseguirsi stagionale, consentono di assicurare al corpo e alla mente l'insieme complesso di nutrienti di cui hanno bisogno, attraverso l'apporto di centinaia di sostanze protettive note (fibre, acido folico e altre vitamine, potassio, magnesio, calcio e ferro e altri minerali importanti) e meno note (flavonoidi, monoterpeni, carotenoidi, allilsolfuri, isotiocianati). Una cucina a base di verdure non è solo sinonimo di una fonte varia ed abbondante di nutrimento: gli ortaggi assicurano anche il raggiungimento di un perfetto equilibrio psico-fisico. Oltre alle componenti chimiche del cibo vegetale, è importante considerare anche la sua qualità energetica, la "vitalità" che è in grado di esprimere. Come gli elementi fisici alimentano il nostro corpo, la sottile energia dell'elemento vegetale nutre il nostro campo energetico, un aspetto che dovrà essere approfondito negli studi futuri: mangiando verdure ci nutriamo dell'energia della terra, dell'acqua e del sole in maniera pacifica, affermando il nostro essere al mondo: rimane sempre attualissimo il detto di Feuerbach "siamo quello che mangiamo".

#### **Non solo stracotte**

Per garantire l'apporto degli elementi benefici contenuti nelle verdure è necessario utilizzare tecniche di cottura adeguate. La cottura svolge infatti un ruolo fondamentale nella preparazione dei nostri piatti, perché – spesso lo si sottovaluta – la diversa cottura di un alimento può influire sul sapore e sull'aspetto del piatto finale. Inoltre, i vari metodi ci consentono di adattare il cibo, attraverso l'acqua, il fuoco e il tem-

po di cottura ai nostri scopi, condizioni fisiche e necessità. Ad esempio, una cottura prolungata ad oltre 50 gradi centigradi comporta la completa distruzione delle vitamine termolabili e degli enzimi contenuti negli ortaggi. Non dovremmo quindi mangiare sempre solo verdure stracotte: temperatura e tempo di cottura sono due variabili importanti da prendere in considerazione. La bollitura veloce è uno tra i più antichi e tradizionali metodi di cottura che lascia inalterato il sapore. Il tempo di cottura è variabile, da pochi secondi fino a un massimo di 20' per le verdure più resistenti. La cottura a vapore, con l'apposito cestello di acciaio a ombrello, ha un effetto simile alla bollitura rapida, e permette di mantenere il gusto riducendo la dispersione nell'acqua di alcuni nutrienti. Un altro metodo valido è il "sauter" ovvero saltare le verdure in padella, con poco olio. Se ben eseguito, il risultato finale sarà una leggera croccantezza e colori brillanti, tecnica ideale quando si desidera portare in tavola un piatto vivace e allegro. In inverno si può utilizzare la stufatura, il *nishime* come lo chiamano i giapponesi, ossia la cottura a fuoco lento e lungo, in una casseruola coperta, con poca acqua e il condimento aggiunto a crudo a fine cottura, oppure la cottura al forno, sempre benvenuta nelle fredde giornate invernali. Entrambi questi stili renderanno i nostri piatti energetici e riscaldanti. Non va dimenticato che è importante consumare anche delle verdure crude tutti i giorni, meno nella stagione fredda, aumentandole invece quando fa caldo: la quantità dipende dal contesto ambientale in cui si vive. Le verdure crude sono infatti un naturale alimento dell'uomo e la migliore via per garantirsi uno stato di salute ottimale, in quanto ricche di nutrienti delicati altrimenti difficili da introdurre.

Le verdure insieme ad altri cibi vegetali contribuiscono a **tenere bassi i livelli di infiammazione**<sup>1</sup>: favoriscono invece l'infiammazione lo zucchero, i cibi ad alto indice glicemico e tutti i cibi animali, eccetto il pesce: privilegiare però i pesci piccoli, perché quelli grandi possono contenere più metalli pesanti in quanto l'inquinamento nelle catene alimentari si concentra negli ultimi anelli della catena, e nel mare sono i pesci di taglia grossa. Hanno invece azione an-

<sup>1</sup> Livelli alti di proteina reattiva C (PCR), espressione di stato infiammatorio cronico pur all'interno dell'intervallo di normalità, sono associati a cattiva prognosi dei tumori. Alti livelli di PRC indicano cattiva prognosi di numerosi tumori.

ti-infiammatoria i cereali integrali, e molti altri alimenti vegetali, in particolare quelli che contengono grassi omega-3, come i semi di lino, la soia, le erbe selvatiche, e inoltre le cipolle, le mele, e in generale, le verdure, con l'eccezione delle solanacee (pomodori, melanzane, peperoni) il cui consumo andrebbe evitato quando ci sono problemi infiammatori.

## TERZO PASSO: RISCOPRIAMO I LEGUMI

Per limitare il consumo di prodotti di origine animale, i legumi sono l'alimento per eccellenza per sostituire piatti di carne, uova o insaccati. Questo contribuisce a **tenere bassa l'insulina** (5, 6), come spiega l'epidemiologo Franco Berrino dell'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano: oltre ai cibi ad alto indice glicemico è meglio ridurre il consumo di latte, che fa aumentare l'insulina anche se non fa salire la glicemia, e i cibi ad alto contenuto di grassi saturi (salumi, carni rosse, formaggi) che ostacolano il buon funzionamento dell'insulina. Anche lo zucchero (saccarosio) ha un effetto diretto sull'insulina indipendente dalla glicemia.

Aiutando a diminuire il consumo di carne, i legumi contribuiscono a **tenere bassi i fattori di crescita**<sup>2</sup>: numerosi studi riscontrano che chi è stato operato di cancro del colon o della mammella, se ha valori alti di questi fattori, ha un rischio più alto di recidive. Ridurre latte e latticini, e in generale i cibi molto ricchi di proteine animali, costituisce il migliore strumento per raggiungere questo scopo. Anche le proteine vegetali tuttavia sono da mangiare con moderazione: la porzione di legumi, quindi, pur presente in ogni pasto, non deve essere esagerata. Le proteine vegetali sono più povere di metionina, un aminoacido essenziale, da cui i tumori sono dipendenti, che stimolerebbe particolarmente la sintesi del fattore di crescita IGF-I.

### I legumi in cucina

I legumi, quando ben preparati, sono un cibo squisito. In ogni epoca e parte del mondo, i legumi sono stati sempre tenuti in grande considerazione: solo in tempi relativamente recenti, questo piccolo alimen-

to dai colori variegati ha perso poco alla volta popolarità, lasciando spazio sempre più a carne, pollame e agli altri alimenti di origine animale. Un esempio di parabola discendente: da cibo sacro nell'antico Egitto, utilizzato nei rituali, a cibo magico in epoca romana, le donne spesso adornavano collane e bracciali con ciondoli a forma di fagiolo per attirare a sé amore e ricchezza, a... cibo dimenticato! Eppure sono tanti gli aspetti che rendono i legumi un cibo davvero interessante. L'antica simbologia legata ai fagioli nasce dal fatto che questi semi, una volta immersi in acqua, riacquistano freschezza e vitalità, si rigenerano realmente, con radici e foglie che si sviluppano velocemente. I legumi hanno circa lo stesso apporto calorico dei cereali, ma contengono il doppio e anche più delle proteine. Prepararli è davvero semplice: quando secchi, i legumi vanno sempre ammollati, anche solo mezz'ora quelli più piccoli come le lenticchie, gli azuki, i fagioli mung. Preferibilmente tutta la notte tutti gli altri (cannellini, borlotti, ceci, piselli secchi, cicerchie...): quando fa caldo è consigliabile riporre il contenitore di ammollo in frigorifero per evitare fermentazioni. Dopo l'ammollo, si rinnova l'acqua e si cuociono a fuoco lento finché diventano teneri, di solito insaporendo con l'alloro o dell'aglio vestito. Ottima anche la cottura in pentola a pressione: è sempre utile porre sotto la pentola una piastra rompifiamma di ghisa per migliorare la distribuzione del calore e quindi la cottura e per evitare che con un calore eccessivo i legumi possano attaccarsi sul fondo. Una volta cotti, i tempi di cottura variano a seconda delle dimensioni del fagiolo, ma, a parte ceci, soia gialla e fave secche, che richiedono una cottura più prolungata, in genere non si superano i 60 minuti. Possono essere conservati in frigorifero per alcuni giorni, e consumati insieme a riso, pasta, ridotti a patè con crostini, sformati ripassati al forno, polpette e anche sotto forma di dolci.

## BIBLIOGRAFIA

1. Institute of Medicine. Accelerating Progress in Obesity Prevention: Solving the Weight of the Nation. Washington, DC: National Academies Press; 2012.

<sup>2</sup> Praticamente tutti i tumori sono sensibili agli effetti proliferativi e antiapoptotici dell'IGF-I; in molti casi è stato dimostrato che la presenza di recettori per l'IGF-I nelle cellule tumorali e la concentrazione intratumorale di IGF-I sono fattori di cattiva prognosi.

## QUADRO DI RIFERIMENTO

2. Pan A, Hu FB. Effects of carbohydrates on satiety: differences between liquid and solid food. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*. 2011;14:385-90.
3. Fuchs MA, Sato K, Niedzwiecki D, et al. Sugar-sweetened beverage intake and cancer recurrence and survival in CALGB 89803 (Alliance). *PLoS One*. 2014 Jun 17;9(6):e99816.
4. Meyerhardt JA, Niedzwiecki D, Hollis D, et al. Association of Dietary Patterns With Cancer Recurrence and Survival in Patients With Stage III Colon Cancer. *JAMA*. 2007;298(7):754-764.
5. Goodwin PJ, Ennis M, Pritchard K, et al. Fasting Insulin and Outcome in Early-Stage Breast Cancer: Results of a Prospective Cohort Study. *J Clin Oncol*. 2002;20(1):42-51.
6. Wolpin BM, Meyerhardt JA, Chan AT, et al. Insulin, the insulin-like growth factor axis, and mortality in patients with nonmetastatic colorectal cancer. *J Clin Oncol*. 2009 Jan 10;27(2):176-85.

# L'alimentazione nell'anziano cardiopatico

**Antonino Frustaglia**

Istituto P. Redaelli, Vimodrone (MI)

## PREMESSA

Le malattie cardiovascolari sono la causa più frequente di mortalità e morbilità nel mondo industrializzato, e sono responsabili ogni anno di circa il 50% delle morti. Nella popolazione anziana il rischio cardiovascolare è proporzionale all'età. I fattori che influenzano principalmente l'insorgenza delle cardiopatie nella popolazione anziana sono lo stile di vita che si è tenuto in passato (fumo, attività fisica, regolarità dei ritmi biologici, episodi stressanti, *abitus* mentale e caratteriale, attività lavorativa affaticante, traumi, ecc.). L'attività fisica costante e l'alimentazione rappresentano i pilastri su cui si basa in buona parte la longevità di successo. Sono sempre più numerosi gli studi che documentano la possibilità di migliorare qualità e quantità di vita, nonché la tolleranza all'esercizio fisico e il miglioramento dello stato psicologico di benessere correlato a detta attività, senza aumentare i rischi di complicanze significative. Negli Stati Uniti quasi il 40% dei pazienti che hanno manifestato un evento coronarico acuto partecipa sistematicamente ad un programma di riabilitazione, ad un cambio di stile di vita e ad un riordino alimentare indipendentemente dall'età. Questo vale per le malattie cardiovascolari quanto per patologie di rilievo come il cancro (1).

È noto che negli anziani avvengono modificazioni fisiologiche, quali il rallentamento del metabolismo basale e la diminuzione della muscolatura scheletrica, cambiamenti dello stile di vita, come la ridotta attività fisica, che riducono il fabbisogno energetico, ma che richiedono un giusto apporto di nutrienti. L'orientamento della moderna dietologia propende per una contrazione dell'apporto calorico nell'anziano rispetto alle altre fasce di età. Infatti oltre i 40 an-

ni, l'occorrente di calorie e di proteine diminuisce gradualmente di circa il 5% ogni 10 anni sino ai 60 anni d'età; dai 60 ai 70 anni il calo è del 10%, e un'altra riduzione del 10% avviene dopo i 70 anni. Il problema nell'anziano non è l'apporto calorico, bensì quello di un regime alimentare equilibrato e completo dei principali nutrienti.

## L'ANZIANO CON CARDIOPATIA ISCHEMICA

È noto che la cardiopatia ischemica nell'anziano si può presentare, da un punto di vista clinico, in modo difforme rispetto all'adulto con episodi di tipo confusionale rispetto al classico dolore precordiale o come epigastralgia aspecifica o dorsalgia (attribuita a cedimenti vertebrali dorsali) in caso di coronaropatie della sede inferiore o posteriore del cuore. Nell'anziano aumenta la probabilità della complicanza clinica dello scompenso cardiaco postinfartuale (2-4).

Questi sintomi confusivi rispetto al quadro clinico dell'adulto spesso inducono ad una sottostima della sintomatologia, con conseguente rilievo degli esiti dell'evento acuto in occasione di altre indagini che includono l'analisi del quadro cardiovascolare. Accanto alla variabilità della manifestazione clinica i fattori predisponenti sono l'ipercolesterolemia, l'ipertensione arteriosa, l'obesità, il diabete mellito, l'ipermocisteinemia e altri fattori che nelle età precedenti hanno acquisito la caratteristica di spia biomorale, tra le quali rientra la sindrome metabolica definita "la madre di tutti i fattori di rischio". La sindrome metabolica è caratterizzata dalla presenza di 3 o più di questi segni "ipertensione arteriosa, dislipidemia, iperglicemia, obesità addominale (5).

L'adozione di un adeguato programma alimentare è volto a contrastare il rischio di sarcopenia, col mantenimento della massa magra, o a contenere l'eccesso di massa grassa congiuntamente all'attività fisica adattata al contesto e al controllo delle comorbidità associate. In questa prospettiva, l'adozione di scelte alimentari appropriate appare ormai da tempo una componente centrale del progetto di cura per la prevenzione e riduzione di nuovi eventi cardiovascolari. L'attenzione agli aspetti nutrizionali e alla modificazione dello stile di vita sono oltretutto essenziali per ridurre i fattori di rischio, quali obesità, diabete, ipertensione e dislipidemia, spesso coesistenti.

È necessario quindi valutare e comunicare all'anziano la sua potenzialità residua, sia per renderlo consapevole delle difficoltà oggettive di una disabilità fisica o funzionale sia per offrire la speranza di un possibile miglioramento, insistendo su alcuni aspetti fondamentali di chiarezza e onestà nella relazione tra sanitari e pazienti.

In questa prospettiva è bene che l'anziano sia informato in merito ai seguenti aspetti:

- a) ogni cambiamento è un percorso complesso, presenta diverse difficoltà e richiede motivazione, tempo, pazienza, disponibilità. Per cambiare è necessario porsi obiettivi raggiungibili, avere fiducia nelle proprie capacità e, magari, avere accanto persone (familiari, professionisti sanitari) in grado di supportare e sostenere la fatica del cambiamento;
- b) è difficile cambiare le proprie abitudini alimentari: esse si sono costruite nel tempo, hanno a che fare con la storia personale e dipendono da tanti elementi quali il bisogno di alimentarsi: infatti nutrirsi non è soltanto una necessità del corpo, ma è condizionato da fattori economici, sociali, ambientali, psicologici, affettivi;
- c) è possibile cambiare abitudini alimentari: in particolare, cercando un equilibrio tra senso della misura e gusto, evitare, dove possibile, di identificare il benessere alimentare come risultato di divieti e prescrizioni.

## INDICAZIONI PER UNA CORRETTA ALIMENTAZIONE NELL'ANZIANO CARDIOPATICO

La dieta ideale nel cardiopatico anziano deve coprire in modo armonico ed equilibrato i fabbisogni nu-

trizionali; molto schematicamente deve essere impostata assicurando un apporto calorico totale di circa 2.100 calorie e l'energia deve essere fornita dai carboidrati per il 50-60%, dalle proteine per il 12-14%, dai lipidi per il 30-35%. È importante la quantità di liquidi assunti che può variare secondo il problema cardiologico presente. In caso di scompenso cardiaco, in particolare, si dovrebbero assumere 30 ml/kg o 1 ml/Kcal assunta. In merito alla qualità sono da preferire acque con residuo fisso a 180° < di 500 mg/l e con un pH alcalino (> di 7,4) al fine di favorire il mantenimento dell'omeostasi nel sangue il cui pH è di norma 7,36.

Nella cardiopatia ischemica sarebbe opportuno ridurre notevolmente la quota di lipidi (privilegiando l'assunzione di olio extravergine di oliva) poiché gli oli tenderebbero a interferire con la produzione di nitrossido d'azoto e ossido nitrico (potente vasodilatatore naturale!) a livello endoteliale riducendo la possibilità di avere una protezione vascolare preziosa nel paziente affetto da ischemia miocardica (6).

Nei pazienti anziani con patologia cardiovascolare, come nelle altre fasce di età, è stato da tempo dimostrato l'effetto protettivo della dieta mediterranea (7) basata fondamentalmente sul dominante apporto di verdure e cereali, preferibilmente di tipo integrale (per conservare tutta la componente proteica e dei sali minerali essenziali), e l'apporto proteico è affidato prevalentemente alla consumazione di legumi mentre la componente proteica di origine animale è complementare. La popolazione dei paesi coinvolti nello studio EPIC che includeva anche una parte di soggetti con una precedente diagnosi di infarto del miocardio e seguiti per un periodo di *follow-up* di circa 7 anni, ha mostrato che coloro che presentavano un incremento di due unità nel punteggio di aderenza alla dieta mediterranea avevano una riduzione del 18% di mortalità (1). Ne è seguita una serie di considerazioni che hanno portato a consigliare anche agli anziani, al momento della dimissione dopo Sindrome Coronarica Acuta, alcune semplici e fruibili indicazioni per una sana alimentazione, come quelle proposte dall'Associazione Nazionale dei Dietisti:

- ad ogni pasto principale inserire almeno una porzione di cereali e derivati (pane, pasta, riso, mais, grano saraceno, orzo, avena, miglio, ecc.) privilegiando prodotti integrali e a ridotto contenuto di grassi;

- a tavola ricordarsi di non far mai mancare 2 o più porzioni tra frutta (assumibile preferibilmente lontano dai pasti) e verdura, per un totale di 4-5 porzioni al giorno, dando la preferenza a prodotto di stagione possibilmente a filiera corta;
- limitare il consumo di prodotti di origine animale quali carne rossa, affettati, insaccati a 2-3 volte al mese. A pranzo e a cena, alternare la varietà di secondi piatti privilegiando il pesce (ottimo quello azzurro) 2-3 volte, la carne bianca massimo 3 volte, le uova 1 volta e i formaggi 1-2 volte alla settimana;
- introdurre nell'alimentazione i legumi secchi o freschi (ceci, fagioli, lenticchie, fave, piselli) almeno 3-4 volte la settimana; comporre 1-2 volte la settimana un piatto vegetariano che utilizzi insieme ai cereali, frutta secca oleosa come noci, pinoli, pistacchi, mandorle secondo i gusti e che, accompagnato da una porzione di verdura e frutta fresca, possa rappresentare un pasto completo;
- preferire a dosi molto contenute l'olio extra vergine di oliva sia per la cottura sia come condimento a crudo;
- inoltre, se possibile, ricordare di leggere gli ingredienti e le etichette nutrizionali dei prodotti confezionati (soprattutto precotti/surgelati e dolci industriali) che possono contenere grassi idrogenati e grassi saturi che, ovviamente non sono da privilegiare;
- pianificare, per quanto possibile, il menù settimanale e fare la spesa seguendo una lista degli acquisti preparata a casa. Non lasciarsi suggestionare dalle campagne di marketing che invitano ad acquistare sottocosto prodotti alimentari non realmente necessari;
- ridurre al minimo il consumo di bevande e cibi con zucchero aggiunto (spesso sono prodotti acidificati e acidificanti non utili a mantenere un corretto ph del sangue) e preparare le pietanze con poco sale;
- se si fa uso di alcool, farlo con moderazione. Ricordarsi che la quantità massima di vino al giorno per gli uomini è di un bicchiere a pasto e di mezzo bicchiere a pasto per le donne;
- non saltare i pasti se non previa consultazione sanitaria;
- controllare le quantità cercando di non superare le porzioni consigliate.

Nei soggetti in dimissione dopo un evento cardiovascolare acuto si ritiene fondamentale:

1. informare tutti i pazienti sulla corretta alimentazione;
2. rilevare le abitudini o le difficoltà alle modifiche (ad es. situazione socio-economica);
3. fornire indicazioni semplici, ma specifiche, sulla scelta degli alimenti;
4. non prescrivere diete (8).

Al fine di favorire l'adozione da parte dei clinici ad un approccio sistemico complessivo che includa nella prescrizione terapeutica, oltre ai farmaci, indicazioni in merito allo stile di vita e all'alimentazione, alcune società scientifiche propongono di attuare congiuntamente la comunicazione sulla natura della malattia e la necessità di queste terapie da continuare anche dopo il superamento della fase critica (momento della massima motivazione al cambiamento). È utile fornire indicazioni dettagliate sulla terapia prescritta (farmacologica, dietologica e di attività motoria) e le modalità di controllo nel tempo direttamente al paziente in accordo coi sanitari (specialisti e medico di medicina generale). Ne deriva l'importanza di una buona comunicazione tra il paziente e gli operatori sanitari, non lasciata al caso ma adeguatamente prevista e preparata: strutturare il colloquio pre-dimissione, proporre una cadenza di controlli a breve e medio termine, creare un accesso diretto o telefonico nel caso di problemi e utilizzare il *recall* telefonico soprattutto nei soggetti ad elevato rischio trombotico.

## CONCLUSIONI

Accanto alle indicazioni dietetiche dobbiamo considerare la complessità di cura di un anziano che necessita di un sistema integrato di approcci terapeutici. L'attività fisica, l'alimentazione, lo stile di vita, la prevenzione, il trattamento delle comorbidità, associate alle terapie specifiche determinano, insieme ad un equilibrato sostegno psicologico, un supporto in grado di determinare potenzialmente un cambiamento significativo o la stabilizzazione di un quadro clinico minaccioso per la vita dell'anziano affetto da cardiopatia. Ne deriva che la formazione avanzata del personale sanitario volta a comprendere globalmente la complessità degli aspetti clinici psicologici ed esistenziali del paziente, consente un approccio in grado di migliorare l'aderenza alle cure. Ogni sanitario che ma-

tura interiormente la convinzione che un consiglio sentito sull'importanza dell'attività fisica, l'alimentazione, lo stile di vita, l'uso appropriato dei farmaci proposti associati allo stimolo alla riflessione sulle potenzialità e opportunità del proprio esistere può consentire la possibilità di una nuova speranza di prosecuzione attiva e serena della vita del paziente.

## BIBLIOGRAFIA

1. EPIC study. The European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition. 2014.
2. Ezekowitz JA, Kaul P, Bakal JA, Armstrong PW, Welsh RC, McAlister FA. Declining in hospital mortality and increasing heart failure incidence in elderly patients with first myocardial infarction. *J Am Coll Cardiol.* 2009;53:13-20.
3. Velazetti RS, Pencina MJ, Murabito MJ, et al. Long-term trends in the incidence of heart failure after myocardial infarction. *Circulation.* 2008;118:2057-62.
4. Shafazand M, Rosengren A, Lappas G, Swedberg K, Schaufelberger M. Decreasing trends in the incidence of heart failure after acute myocardial infarction from 1993-2004: a study of 175216 patients with a first acute myocardial infarction in Sweden. *J Heart Fail.* 2001;13:135-41.
5. Berrino F. *Il cibo dell'uomo.* Ed. FrancoAngeli. 2015;167.
6. Vogel R, Corretti M, Plotnick G. The postprandial effect of components of the mediterranean diet on endothelial function, in "Journal of American College of Cardiology", 2000.
7. De Lorgeril M, et al. Mediterranean diet, traditional risk factors and the rate of cardiovascular complications after myocardial infarction; final report of the Lyon Diet Heart Study, in "Circulation" 16.02.1999.
8. *Giornale Italiano di Cardiologia.* Vol 15 - Suppl. I al n° 1 pag.19-205. Il pensiero scientifico Ed. Gennaio 2014.

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

Catena Di Stefano<sup>1</sup>, Anna Castaldo<sup>2</sup>, Luisa Pancheri<sup>3</sup>, Miriam Magri<sup>4</sup>, Loris Bonetti<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Centro siciliano di nefrologia e dialisi, Cefalù (Pa)

<sup>2</sup>Formazione e URP, Provincia Religiosa di San Marziano di Don Orione, Milano

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

<sup>4</sup>Collegio Ispasvi Milano-Lodi, Monza e Brianza

<sup>5</sup>Corso 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  $\geq 1$ ), 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. Pappartotto 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.

## Ausili tecnici e persone anziane

**Renzo Andrich**

IRCCS Fondazione Don Carlo Gnocchi, Milano

### INTRODUZIONE

Scorrendo gli atti di alcuni convegni tenutisi alla fine degli anni '70, quando l'allora "Commissione delle Comunità Europee" dava avvio ai primi programmi di azione sociale nel campo della disabilità, colpiscono le discussioni su quale dovesse essere il termine più opportuno per indicare quegli oggetti che oggi in italiano chiamiamo "ausili tecnici" (1).

Tali discussioni avevano per oggetto non tanto i dispositivi *protesici* (quelli che sostituiscono funzioni corporee assenti, come ad esempio una protesi di arto) o *ortesci* (quelli che migliorano la funzionalità di una funzione corporea compromessa, come ad esempio un tutore, un corsetto, un occhiale o un apparecchio acustico) – allora già ben noti agli addetti ai lavori e considerati di competenza strettamente sanitaria – ma piuttosto gli strumenti utili a risolvere quella miriade di problemi pratici che la persona incontra nella vita quotidiana quando le sue funzionalità motorie, sensoriali o cognitive sono compromesse o semplicemente "non sono più come un tempo": mangiare, bere, preparare i pasti, aprire barattoli, vestirsi, infilarsi le calze, gestire autonomamente le operazioni d'igiene personale, rigovernare la casa, telefonare, chiamare aiuto in caso di bisogno ecc... Per definire questi dispositivi, di valenza considerata prevalentemente sociale, alcuni Autori proponevano il termine *tools for living* (utensili per la vita), altri *daily living equipment* (strumenti per la vita quotidiana); l'utenza emblematica che essi avevano in mente comprendeva in primo luogo le persone con difficoltà dovute al declino funzionale legato all'invecchiamento, più che le persone più giovani con disabilità congenite o acquisite. Il binomio *ausilio - persona anziana* è dunque ben più antico di quanto non si pensi (2).

A quei tempi pochi italiani partecipavano al dibattito: da noi si stava appena iniziando a usare il termine "ausilio", nella mente degli "addetti ai lavori" associato per

lo più alle protesi, alle ortesi e a qualche ausilio per la mobilità, e come utenza emblematica alle persone "in riabilitazione". Pochi avevano in mente l'enorme potenzialità che tanti ausili, anche semplici, possono offrire per la qualità di vita della persona anziana.

Negli ultimi decenni il pensiero in materia si è ovviamente evoluto, grazie alle nuove conoscenze acquisite in campo medico-riabilitativo, al grande sviluppo nei modelli di cura e assistenza e soprattutto al progresso tecnologico, che oggi rende possibili soluzioni inimmaginabili tempo addietro. Oggi il termine italiano "ausili" – come il suo corrispondente internazionale *assistive technology products* – è comunemente usato per indicare tutti gli strumenti in qualche modo utili a favorire l'autonomia nelle attività della vita quotidiana e la sostenibilità assistenziale delle persone con disabilità e delle persone anziane (3). È acquisito anche il concetto, mutuato dal modello ICF dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, che l'obiettivo dell'ausilio è alleviare o rimuovere le situazioni "disabilitanti" in cui la persona si trova, agendo sulla funzione, sull'attività o sulla partecipazione a seconda di come esso è contestualizzato nel progetto riabilitativo, assistenziale o educativo individuale.

In questa evoluzione, tuttavia, non sempre si è tenuto in adeguata considerazione il fatto che questo concetto riguarda qualsiasi livello di disabilità, anche quelle disabilità "minori" legate al processo d'invecchiamento. Nel panorama italiano degli interventi socio-assistenziali per le persone anziane, la consapevolezza delle potenzialità degli ausili non sembra essere così diffusa e "messa a sistema" come nei paesi anglosassoni e scandinavi, ove è invece penetrata nella cultura e nell'organizzazione dei servizi, come si evince dalla disponibilità di letteratura in materia e dalla numerosità dei *daily living equipment centres* ai quali le persone anziane possono rivolgersi.

Su questo tema ci attendiamo nei prossimi anni un decisivo impulso da parte dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. Nell'appena varata iniziativa GATE

(*Global Collaboration on Assistive Health Products*) l'OMS presenta gli ausili come il "quarto pilastro" – accanto ai vaccini, ai farmaci e ai dispositivi medici – sul quale fondare le future strategie per la salute e la qualità di vita (4). Nel ventunesimo secolo, precisa l'OMS, l'invecchiamento della popolazione – con la conseguente esplosione demografica delle persone anziane a rischio di fragilità – e l'aumento percentuale delle situazioni di cronicità renderà sempre più urgente la disponibilità di ausili che consentano di convivere con la disabilità rimanendo nel proprio ambiente di vita e limitando il più possibile il ricorso a strutture socio sanitarie il cui costo nel tempo potrebbe divenire insostenibile.

Vi è infine un'altra frontiera non ancora adeguatamente esplorata: il contesto delle cure di fine vita. In esso, spesso caratterizzato da complesse situazioni di disabilità e fragilità, gli ausili possono svolgere un ruolo essenziale a supporto dell'indipendenza personale, della comunicazione, delle operazioni di assistenza e della sicurezza; possono aiutare a creare attorno all'assistito un ambiente confortevole e abilitante, ove questi possa godere di migliore indipendenza e libertà e i familiari possano sentirsi più a loro agio, meno schiacciati dalle fatiche fisiche e cognitive dell'impegno assistenziale (5).

## L'AUSILIO: UN FACILITATORE AMBIENTALE

Il modello ICF dell'OMS (6) classifica gli ausili tecnici tra i "facilitatori ambientali". Così Silvano Boccardi, uno dei padri della medicina della riabilitazione, ne sintetizzava il ruolo: "... *La riabilitazione di un soggetto reso disabile da un evento morboso non si riassume nel tentativo, spesso vano, di ridurre o annullare i segni patologici, ma deve mirare al recupero della persona aiutandola a raggiungere il massimo di autonomia possibile... secondo la nozione di funzionamento proposta all'inizio di questo secolo dall'OMS, che mette in primo piano il contesto ambientale e le possibilità di partecipazione, il primo come condizionante il recupero e la seconda come obiettivo finale di tutto il percorso riabilitativo...*" (7). Egli si riferiva specificamente all'intervento riabilitativo, ma le nozioni di *funzionamento* come partecipazione nel proprio ambiente di vita e di *contesto ambientale abilitante* sono validi anche in un contesto di tipo assistenziale.

Gli ausili vanno scelti in modo ragionato e proposti alla persona in modo appropriato. Come ci insegna l'ICF, un fattore ambientale può influire sulla persona in modo positivo (facilitatore) o negativo (barriera): vale il principio "*good design enables; bad design disables*" (ciò che è ben progettato produce abilità; ciò che è mal progettato produce disabilità). Se ben si guarda, molte situazioni di disabilità sono generate *non* dalle limitazioni funzionali della persona, ma dall'inadeguatezza dell'ambiente o degli strumenti. Se la mia vista è limitata, un telefono con schermo e tasti ben leggibili mi rende abile nella comunicazione; un telefono magari più "smart" ma meno leggibile mi rende *dis-abile*. E così anche un ausilio, se mal scelto, può creare problemi più che risolverli (8).

Appropriatezza significa anche che l'ausilio va visto in modo non isolato ma come componente di un sistema nel quale entrano in gioco anche altri due fattori: gli adattamenti ambientali personalizzati (ad esempio, modifiche architettoniche all'abitazione) e l'assistenza personale da parte di familiari, *caregiver* o operatori. Vale la cosiddetta "*equazione delle quattro A: ausili tecnici + assistenza personale + adattamenti ambientali individuali = autonomia*". La scelta dell'ausilio non può infatti prescindere dalle esigenze dell'assistente né dalle caratteristiche della casa o residenza ove sarà usato. Ad esempio, per gestire le operazioni d'igiene personale potrà essere necessario un ausilio sollevatore, scelto in modo da rispondere al peso e delle capacità funzionali dell'assistito ma anche delle capacità di manovra dell'assistente, degli spazi domestici (che potrebbero richiedere modifiche per essere compatibili con l'ausilio stesso), della mobilia presente e, non ultimo, dell'armonia e dell'estetica dell'appartamento. Questi tre fattori contribuiscono in modo interdipendente e sinergico a costruire quel "sistema di ausilio" capace di contrastare la disabilità e favorire l'autonomia della persona e della propria famiglia (9).

## CLASSIFICAZIONE DEGLI AUSILI

La classificazione più nota degli ausili è quella definita dallo *standard* internazionale ISO 9999:2011. Esso distingue gli ausili in dodici classi, a loro volta articolate in sottoclassi e divisioni:

- 04 - Ausili per trattamenti sanitari personali
- 05 - Ausili per l'esercizio di abilità

- 06 - Ortesi e protesi
- 09 - Ausili per la cura e la protezione personale
- 12 - Ausili per la mobilità personale
- 15 - Ausili per la cura della casa
- 18 - Mobilia e adattamenti per la casa o altri ambienti
- 22 - Ausili per comunicazione e informazione
- 24 - Ausili per manovrare oggetti o dispositivi
- 27 - Ausili per il miglioramento delle condizioni ambientali
- 28 - Ausili per l'ambito lavorativo e la formazione professionale
- 30 - Ausili per le attività di tempo libero.

A questa classificazione si rifanno tutte le più importanti banche dati nel settore, i cataloghi delle maggiori aziende, i nomenclatori dei sistemi pubblici di fornitura di ausili di vari Paesi.

Gli sviluppi tecnologici odierni ne stanno imponendo tuttavia una revisione. Nella visione tradizionale, l'ausilio è uno strumento "in mano alla persona" per muoversi, comunicare, prendere cura di sé e gestire l'ambiente. Oggi però esistono anche tecnologie capaci di rendere "intelligente" l'ambiente stesso, collaborando all'autonomia e alla sicurezza della persona e della sua famiglia. Vivere in una casa capace di garantire sicurezza e sorveglianza, di gestire autonomamente climatizzazione, illuminazione e consumi, di riconoscere i suoi abitanti e fornire a ciascuno servizi personalizzati, di ricevere comandi con le più varie modalità (voce, sensori, gesti, ecc.), dotata di elettrodomestici intelligenti e magari di robot che si occupano di varie mansioni (aspirapolvere, ecc.), è già oggi per qualcuno esperienza quotidiana, e lo sarà tra non molto per gran parte di noi. Non disponiamo ancora di un termine italiano condiviso per definire l'ambiente che si fa ausilio. Molti usano il termine *domotica*, che però di per sé indica in generale qualsiasi sistema di automazione domestica. Più corretto è il termine anglosassone *Ambient Assisted Living (AAL)*, che indica quelle "soluzioni tecnologiche destinate a rendere attivo, intelligente e cooperativo l'ambiente nel quale viviamo, efficace nel sostenere la vita indipendente, capace di fornire maggiore sicurezza, semplicità, benessere e soddisfazione nello svolgimento delle attività della vita quotidiana" (10).

Alla luce di queste considerazioni potremmo raggruppare gli ausili in sette grandi tipologie (8):

- **protesici** (che sostituiscono una funzione assente);
- **ortesci** (che compensano una funzione presente ma compromessa);
- **adattativi** (che consentono di svolgere determinate attività: ad es. una carrozzina elettronica, una posata a impugnatura facilitata, un telecomando per il controllo dell'ambiente);
- **ambientali** (che rimuovono barriere dell'ambiente: ad es. un sistema di *ambient assisted living*, un montascale per superare una scalinata in carrozzina, un *software* che consente a un cieco di navigare su Internet con il proprio smart phone);
- **assistenziali** (che rendono più sicuro e meno gravoso il compito della persona che assiste, come ad es. un sollevatore che facilita il trasferimento dalla carrozzina al letto);
- **terapeutici** (che sostengono funzioni vitali, ad es. un ventilatore polmonare portatile, o a prevenire l'insorgenza di complicanze secondarie, ad es. un letto movimentabile o un cuscino anti decubito);
- **cognitivi** (che facilitano l'autonomia in presenza di disturbi della memoria e dell'attenzione: ad es. agende portatili che in determinati orari o circostanze avvertono su cose da fare o ricordano a voce la sequenza corretta con cui compiere determinate operazioni) (11).

## L'AUSILIO: UN INTERVENTO PERSONALIZZATO

Un ausilio scelto in modo frettoloso o per "sentito dire", personalizzato in modo approssimativo, acquisito senza un adeguato addestramento all'uso, non supportato da un servizio di manutenzione all'altezza della sua tecnologia, può creare problemi più che risolverli: ad esempio, problemi medici (ad es. danni fisici conseguenti a posture scorrette), ergonomici (ad es. lentezza o fatica nell'utilizzarlo), relazionali (difficoltà di accettazione da parte dei familiari o dei propri assistenti personali), ambientali (ad es. incompatibilità con gli spazi di casa, di scuola, di lavoro). Al contrario, un ausilio ben scelto sarà percepito come utile, funzionale, pratico, comodo, bello: non stigma di disabilità, ma strumento di autonomia; non barriera che separa, ma facilitatore che unisce (Fig. 1).

La scelta di un nuovo ausilio è un passo che incide spesso profondamente sulla propria vita: può imporre modalità diverse di svolgere certe attività quotidiane o di relazionarsi con gli altri; può incidere sul-



**Figura 1** - Gli ausili, se scelti in modo intelligente e proposti in modo adeguato alla persona anziana e al suo nucleo familiare, sono spesso decisivi per conservare la massima autonomia possibile nel proprio ambiente di vita, in condizioni di sicurezza e sostenibilità.

l'immagine di sé; può richiedere una riorganizzazione dell'ambiente domestico, della vita familiare e del supporto assistenziale; impone cioè modifiche al proprio stile di vita. Sono questi aspetti che non vanno sottovalutati: se non si tiene conto dei punti di vista – sia espressi che inespressi – dell'utente, dell'atteggiamento di quest'ultimo verso la tecnologia, dell'ambiente ove essa verrà utilizzata, l'ausilio potrà risultare inefficace e verrà probabilmente abbandonato. L'utente non può essere lasciato solo in questa scelta. Scegliere un ausilio, a qualunque tipologia esso appartenga, personalizzarlo, apprenderne il corretto utilizzo, verificare a posteriori se “sul campo” risponde allo scopo per cui è stato scelto, è compito di forte pregnanza interdisciplinare che richiede l'assistenza di operatori preparati: impegna valutazioni cliniche, tecniche, psicologiche, sociali; esige chiarezza di obiettivi.

L'adozione di un ausilio è spesso parte integrante di un progetto riabilitativo, assistenziale o educativo più ampio, con il quale deve efficacemente raccordarsi e non andare in conflitto; comporta infine un impegno economico da parte delle istituzioni pubbliche o dell'utente stesso, che esige garanzia di appropriatezza.

La normativa italiana non stabilisce chi sia deputato a svolgere le valutazioni necessarie alla scelta dell'ausilio. Per gli ausili a carico del Servizio Sanitario Nazionale stabilisce in modo esclusivo solo la titolarità della prescrizione (che compete a medici specialisti) e del confezionamento e personalizzazione (che compete, per determinati ausili, ad audioprotesisti, ottici optometristi e tecnici ortopedici), mentre la facoltà di valutare gli ausili è indicata nel profilo di varie professioni sanitarie senza attribuire ad alcuna di queste una titolarità assoluta. Il più delle volte – soprattutto in situazioni complesse – è necessario l'apporto di più figure professionali in una logica di *équipe*, con un percorso di indagini, prove e osservazioni che possono richiedere anche più sedute. A tale scopo si sta diffondendo la consapevolezza dell'importanza di poter disporre di Servizi Ausili, intesi come nuclei di competenza in grado di svolgere tutte le valutazioni necessarie. Componente essenziale di un servizio ausili è l'ausilioteca, ossia un'adeguata dotazione di ausili di prova: è infatti difficile trasmettere all'utente l'idea precisa dell'ausilio che si andrà a proporgli, prevedere le abilità d'uso che egli riuscirà a raggiungere e valutare l'appropriatezza senza effettuare delle prove pratiche con qualche ausilio simile.

La Fondazione Don Gnocchi, che in questo campo è stata il pioniere italiano, dispone di una propria rete di Servizi Ausili, denominati SIVA (Servizi Informazione e Valutazione Ausili). Servizi Ausili esistono anche in altre Istituzioni, molte delle quali associate al GLIC (l'Associazione Italiana dei Centri Ausili [www.centriausili.it](http://www.centriausili.it)).

## L'INFORMAZIONE SUGLI AUSILI: I PORTALI SIVA ED EASTIN

Prerequisito fondamentale per una scelta appropriata degli ausili è la disponibilità d'informazioni sugli ausili disponibili sul mercato complete, aggiornate e non influenzate da interessi commerciali. Per questo scopo in vari Paesi esistono dei sistemi informativi nazionali. In Italia l'iniziativa fu presa dalla Fondazio-

ne Don Gnocchi già trentacinque anni fa, con l'istituzione della Banca Dati SIVA, evolutasi nel **Portale SIVA** ([www.portale.siva.it](http://www.portale.siva.it)), che è la più autorevole fonte di informazione sugli ausili disponibili sul mercato italiano. Il Portale contiene cinque banche dati (Ausili, Aziende, Centri, Idee e biblioteca), ciascuna dotata di varie funzioni di ricerca, e vari servizi.

Per quanto riguarda invece l'informazione sugli ausili disponibili sul mercato europeo, da una decina di anni è in funzione il Portale EASTIN (*European Assistive Technology Network*: [www.eastin.eu](http://www.eastin.eu)), anch'esso promosso dalla Fondazione Don Gnocchi, con il contributo della Commissione Europea che ne ha finanziato parzialmente la realizzazione. Esso aggrega e integra i principali dati presenti nel Portale SIVA e nei Portali nazionali d'informazione sugli ausili di altri paesi europei (Regno Unito, Danimarca, Germania, Francia, Belgio, Olanda, Spagna). Grazie ad avanzate tecnologie linguistiche, le rende disponibili in tutte le lingue dell'Unione Europea, offrendo in questo modo un prezioso servizio anche ai cittadini di quei Paesi che non dispongono di un sistema informativo nazionale.

## BIBLIOGRAFIA

1. AA.VV. The use of technology in the care of the elderly and the han-

dicapped. Proceedings of the EEC Workshops (London 23-25/10/1979; Berlin 19-20/11/1979). Pinter Publisher: London 1980.

2. Wolff HS. Tools for living: a personal view of new status for aids for the disabled in society. *Journal Biomedical Engineering*. 1981;(3).
3. Andrich R. Valutare, consigliare, prescrivere gli ausili: tecnologie al servizio delle persone con disabilità, guida per operatori della riabilitazione. Quaderni Fondazione Don Gnocchi (8). Milano 2015. <http://www.dongnocchi.it/comunicazioni/i-quaderni>
4. [http://www.who.int/phi/implementation/assistive\\_technology/phi\\_gate/en/](http://www.who.int/phi/implementation/assistive_technology/phi_gate/en/) Consultato 20/08/2015
5. Andrich R. Quale aiuto dalla tecnologia (Sostenibilità delle cure di fine vita, tra cultura e organizzazione). *Giornale di Gerontologia* (in press).
6. Organizzazione Mondiale della Sanità. ICF, classificazione internazionale della disabilità, del funzionamento e della salute. Erickson: Trento 2001.
7. Andrich R (a cura di). Progettare per l'autonomia: ausili e ambiente per la qualità della vita. Giunti OS: Firenze 2008.
8. Andrich R. Concetti Generali sugli ausili. In: Caracciolo A, Redaelli T, Valsecchi L (eds). *Terapia Occupazionale: ausili e metodologie per l'autonomia*. pp 105-138. Raffaello Cortina, Milano 2008.
9. Andrich R, Mathiassen NE, Hoogerwerf EJ, Gelderblom GJ: Service delivery systems for assistive technology in Europe: an AAATE / EASTIN position paper: *Technology and Disability*. 2013; 25(3):127-146.
10. <http://www.foritaal2012.unipr.it/ambient-assisted-living> Consultato 20/08/2015.
11. Bringolf J (ed). *Helpful handbook for memory loss*. Independent Living Centre NSW. Sydney 2007. <http://portale.siva.it/it-IT/databases/libraries/detail/id-453>

# Anziani e alimentazione: uno sguardo d'insieme

**Carla Facchini**

*Dipartimento di Sociologia e Ricerca Sociale, Università di Milano Bicocca*

## PREMESSA

Molte ricerche hanno evidenziato, da un lato, l'impatto negativo che una cattiva alimentazione ha sulle condizioni di salute degli anziani (1), dall'altro, come gli stili alimentari degli anziani siano condizionati dall'età, dal sesso, e dalla condizione sociale. In particolare, si è rilevato sia che i soggetti più anziani tendono a prestare minor attenzione all'alimentazione, mangiando meno e in modo meno differenziato (2); sia che, anche tra gli anziani, le donne consumano maggiormente alimenti quali latte e latticini, gli uomini carni rosse e bevande alcoliche (3).

In questo quadro, può essere interessante verificare quali siano i modelli alimentari degli anziani italiani e se essi si differenzino rispetto alla popolazione tardo adulta e, al loro interno, a seconda delle specifiche classi di età, del sesso e della condizione sociale.

A tal fine utilizzeremo i dati della ricerca Multiscopo condotta dall'Istat nel 2010<sup>1</sup>, che ha prestato una specifica attenzione alle abitudini alimentari degli intervistati. Nel questionario sono, infatti, presenti domande relative alla frequenza con cui si consumano i principali alimenti – pane, pasta, riso, carne, pesce, uova, latticini, salumi; frutta e verdura – e bevande, alcoliche e non. L'insieme di queste informazioni permette quindi di delineare i profili alimentari degli intervistati e, specificamente, di cogliere le caratteristiche di chi non consuma mai, o quasi mai, determinati alimenti. Nello stesso tempo, poiché nel questiona-

rio si sono chiesti peso e altezza degli intervistati, è possibile calcolare il loro indice di massa corporea che, come noto, è un buon indicatore sintetico del complessivo modello nutrizionale.

## Generazioni sostanzialmente omogenee?

Consideriamo, anzitutto, i dati relativi alla frequenza con cui si consumano i vari alimenti, mettendo a confronto le diverse classi di età (decennali) degli intervistati a partire dai 50 anni, così da cogliere non solo le differenze tra anziani ed età tardo adulte, ma anche quelle tra le diverse età anziane.

Come le Tabelle 1, 2 e 3 evidenziano, si rileva, in primo luogo, un diffuso consumo di tutti i principali alimenti indagati: quasi la totalità degli intervistati consuma infatti, almeno settimanalmente<sup>2</sup>, pane, riso o pasta e frutta; circa il 90% i vari tipi di verdura; circa l'80% carni bianche, latte e latticini; circa il 65-70% carni bovine e patate. Meno diffuso, ma, comunque rilevante, il consumo almeno settimanale di pesce e uova (55%), legumi in scatola (50%), carne suina e salumi (40%).

Nel loro complesso, i dati disegnano quindi un quadro connotato non solo dalla sostanziale presenza di tutti i principali elementi nutritivi, ma anche da una forte articolazione interna. Tale quadro non viene ridimensionato dal fatto che l'analisi fattoriale faccia emergere alcuni principali modelli di dieta: una che associa il consumo (o, ovviamente, il mancato consumo...) di carni bovine, suine e salumi; un'altra che

<sup>1</sup> L'indagine ha riguardato complessivamente 48.336 persone, di cui 13.143 anziani (5.905 tra i 60-69 anni, 4.544 tra i 70 e i 79 e 2.694 oltre gli 80), tutti abitanti a domicilio. La consistenza del campione rende quindi possibile dettagliate analisi differenziando a seconda delle principali caratteristiche degli intervistati.

<sup>2</sup> Le risposte presenti nel database sono, in realtà, più dettagliate: più di una volta al giorno, quotidianamente, più volte alla settimana, meno di una volta alla settimana, mai. Tuttavia, per semplicità di lettura, nelle Tabelle abbiamo aggregato le prime tre risposte (anche perché nella maggior parte dei casi i valori erano concentrati sulla terza modalità), inserendo come dato la somma risultante. In realtà, sia per pane, pasta o riso sia per frutta e verdure, il consumo quotidiano riguarda quasi il 90% degli intervistati.

**Tabella 1** - Incidenza percentuale di consumo almeno settimanale di carboidrati per classe di età.

Alimenti	Classi di età			
	50-59	60-69	70-79	80 e +
Pane, pasta, riso	98,4%	98,8%	98,7%	98,3%
Snack salati	12,4%	7,3%	5,0%	3,6%
Dolci	44,1%	37,1%	31,8%	31,5%

**Tabella 2** - Incidenza percentuale di consumo almeno settimanale di proteine animali per classe di età.

Alimenti	Classi di età			
	50-59	60-69	70-79	80 e +
Carne bovina	72,2%	69,1%	67,0%	64,0%
Carne suina	48,6%	47,1%	44,9%	38,6%
Carni bianche	80,5%	81,6%	81,6%	80,4%
Pesce	63,1%	65,2%	61,7%	56,2%
Salumi	63,4%	58,3%	53,6%	42,6%
Uova	57,0%	58,1%	59,1%	54,4%
Latticini	83,1%	82,7%	81,5%	79,8%
Latte	68,5%	69,5%	75,3%	78,8%

**Tabella 3** - Incidenza percentuale di consumo almeno settimanale di frutta e verdura per classe di età.

Alimenti	Classi di età			
	50-59	60-69	70-79	80 e +
Verdure a foglia larga	94,0%	94,8%	94,1%	92,6%
Altre verdure	93,4%	93,9%	93,6%	91,1%
Patate	71,6%	73,2%	73,7%	71,9%
Legumi in scatola	52,3%	53,0%	50,9%	48,5%
Frutta	95,9%	96,6%	97,1%	97,1%

collega il consumo delle diverse verdure e – pur se in misura molto minore –, di frutta; una terza centra sul consumo di dolci; una che accomuna patate e legumi in scatola e un'ultima basata sul latte (Tab. 4). Quello che però, in questa sede, ci interessa rimarcare è che le differenze in base all'età (sia tra anziani e adulti, che tra le diverse classi di età degli anziani) risultano relativamente contenute per quasi tutti gli alimenti considerati: le eccezioni, che vedono differenze massime attorno a 10 punti percentuali, riguardano da un lato salumi, carne bovina e suina, dall'altro

alcuni alimenti di secondaria importanza nutrizionale come gli snack salati e i dolci: in tutti questi casi, infatti, il consumo diventa progressivamente meno frequente al progredire della classe di età. Sostanzialmente simili risultano, d'altro canto, le frequenze di consumo dei diversi alimenti tra uomini e donne e a seconda del livello di scolarità (che possiamo considerare un ottimo indicatore delle complessive condizioni sociali). Certo, anche parità di classe di età, gli uomini consumano più frequentemente carni bovine, suine e salumi (e vedono, con-

**Tabella 4** - Analisi fattoriale sui consumi alimentari della popolazione con almeno 50 anni.

Alimenti	Carni rosse	Frutta e verdura	Dolci	Patate e legumi	Latte
Pane, pasta, riso	,312		,242	-,176	
Salumi	<b>,527</b>	-,343	,159	-,272	-,143
Carni bianche	,464		-,439	-,198	
Carni bovine	<b>,552</b>	-,251	-,378	-,284	
Carni di maiale	<b>,569</b>	-,332	-,257	-,178	
Latte	,190	,190	,295		<b>,639</b>
Latticini	,428		,469	-,188	,397
Uova	,508	-,118		,123	,362
Pesce	,336	,134	-,405	,270	
Verdure in foglia	,318	<b>,761</b>			-,188
Altre verdure	,354	<b>,723</b>			-,198
Frutta	,245	<b>,595</b>			
Legumi in scatola	,364		-,103	<b>,684</b>	
Patate	,434		,108	<b>,502</b>	
Snack salati	,325	-,282	,340	,159	-,392
Dolci	,361	-,123	<b>,477</b>		-,382

seguentemente, una maggior diffusione della dieta centrata sulle 'carni rosse'); le donne, latte e latticini (con una speculare diffusione di diete centrate su tali alimenti), i soggetti meno scolarizzati, i dolci. Tuttavia, anche in questi casi, le differenze risultano abbastanza contenute, non superando i 10-15 punti percentuali.

## RISCHIO DI OBESITÀ, RISCHIO DI ESSERE SOTTOPESO

A fronte di una relativa omogeneità della frequenza dei diversi consumi alimentari, si rilevano però interessanti differenze per quel che riguarda l'indice di massa corporea (IMC).

Anzitutto, i dati evidenziano due diverse problematiche. La prima, più contenuta, riguarda i soggetti sottopeso (il 5% delle donne meno anziane, ma il 9%

delle ultraottantenni, contro i corrispondenti 1,2-2% degli uomini<sup>3</sup>). La seconda è, invece, rappresentata dalla condizione di sovrappeso, che riguarda circa la metà degli uomini (contro il 40% circa delle donne) e, ancor più di obesità, che riguarda circa il 10-15% degli intervistati, ma, in questo caso con ridotte differenze a seconda del sesso e dell'età. In tutti e tre i casi, inoltre, le condizioni di problematicità risultano più presenti nei soggetti con più basso livello scolare. Data la rilevanza riconosciuta all'IMC come predittore delle condizioni di salute (4) e dato che nella popolazione anziana vi è una forte connessione tra età elevata, sesso femminile e bassa scolarità, abbiamo calcolato, mediante una regressione lineare, il ruolo specifico giocato da ognuna di queste variabili<sup>4</sup> sia sul rischio di essere sottopeso, sia su quello di essere obesi.

La Tabella 5 mostra come, a parità di altre condizioni, il rischio di essere sottopeso riguardi maggior-

<sup>3</sup> Praticamente nulla, invece, la presenza di anoressia, che riguarda meno dello 0,1% degli intervistati – quasi esclusivamente donne.

<sup>4</sup> Per quanto riguarda il livello scolare, abbiamo dicotomizzato tra chi ha, al massimo, la licenza elementare e chi ha una scolarità almeno media.

mente i più anziani e i meno scolarizzati, ma soprattutto le donne (che, al riguardo, hanno quasi 4 volte più probabilità rispetto agli uomini). Il rischio di essere obesi (Tab. 6) riguarda, invece, maggiormente i meno anziani e, di nuovo, seppur di poco, le donne; ma, in questo caso, il ruolo maggiore è giocato dal livello di scolarità: chi ha al massimo la licenza elementare ha circa il 70% di probabilità in più di essere obeso rispetto a chi ha, almeno, la licenza media. Questi dati confermano quanto rilevato in altre ricerche e, specificamente, il ruolo svolto dalle condizioni sociali. Certo, i dati italiani sembrano meno problematici – specie per quanto riguarda la diffusione di obesità – rispetto a quello degli altri paesi occidentali (5); tuttavia fanno intravedere, dietro alla relativa omogeneità dei modelli alimentari delineata nel paragrafo precedente, sia differenze sociali, sia loro possibili evoluzioni.

## SPUNTI PER UN DIBATTITO

Ripercorriamo ora i dati presentati, il cui intreccio suggerisce alcune ipotesi e considerazioni. In primo luogo, si è rimarcata la sostanziale omogeneità della frequenza dei principali consumi alimentari tra classi di età, tra uomini e donne e a seconda del titolo

di studio. Certo, tale omogeneità non può essere letta, di per sé, come un indicatore di diete del tutto simili: non conosciamo, infatti, né la quantità dei cibi consumati, né le modalità della loro preparazione, ossia elementi il cui intreccio può essere assai differenziato a seconda delle caratteristiche dei soggetti, con ovvie ripercussioni sui loro complessivi modelli alimentari. Tuttavia, la sostanziale somiglianza delle frequenze con cui si consumano i principali alimenti suggerisce la presenza di un modello relativamente omogeneo sia tra la popolazione tardo adulta e quella anziana, sia tra le specifiche classi di età, sia tra uomini e donne.

Diversi i fattori che sono, presumibilmente, alla base di tale almeno relativa omogeneità. In primo luogo, una larga condivisione del modello culturale sottostante la 'dieta mediterranea', nella quale il consumo di pane, pasta e verdura sono il portato di una lunga tradizione, cui, specie gli anziani, sono ancora legati; quello della carne una conquista troppo recente per essere messa in discussione – di nuovo, specie dagli anziani che maggiormente lo considerano un indicatore dell' almeno relativo benessere conquistato nel corso della loro vita<sup>5</sup> (6). La condivisione di tale modello comporta, presumibilmente, che le differenze sociali agiscano, semmai, più sulla qualità dei beni consumati, che sulla loro tipologia e quantità

**Tabella 5** - Fattori di rischio di essere sottopeso.

	B	E.S.	Wald	Df	Sig.	Exp(B)
Età 60-74	-,301	,047	41,713	1	,000	,740
Bassa scolarità	,525	,094	30,976	1	,000	1,691
Donna	1,449	,117	154,541	1	,000	<b>4,259</b>
Costante	1,518	,177	73,786	1	,000	4,562

**Tabella 6** - Fattori di rischio di essere obesi.

	B	E.S.	Wald	Df	Sig.	Exp(B)
Età 60-74	,167	,033	24,760	1	,000	1,181
Bassa scolarità	,512	,055	86,930	1	,000	<b>1,669</b>
Donna	,044	,050	,776	1	,378	1,045
Costante	-2,945	,153	370,966	1	,000	,053

<sup>5</sup> Elemento, questo, che può aiutare a comprendere perché maggiori consumi si registrino proprio nei ceti sociali più modesti.

(7)<sup>6</sup>. Infine, gioca il fatto che la maggior parte delle persone, anche anziane, non viva 'da sola', ma in nuclei familiari, spesso intergenerazionali (8), al cui interno abitudini e consumi alimentari sono condivisi, attenuando quindi le possibili differenze sia a seconda della classe di età, sia tra uomini e donne.

A fronte di questo quadro sostanzialmente positivo, problematico risulta, invece, quello delineato dai dati sul rischio di obesità e di essere sottopeso.

Da un lato, non sono da sottovalutare i dati relativi alla presenza di una percentuale non piccolissima di soggetti sottopeso, dato che confermano come, con il progredire dell'età, si assista, specie per le donne, ad un minor interesse al cibo, se non a veri fenomeni di inappetenza (9); inoltre, alcune ricerche evidenziano come, specie nelle età anziane, l'essere sottopeso tenda a costituire un fattore di rischio rispetto ad alcune patologie, in particolare rispetto alla demenza. Dall'altro, preoccupanti sono anche i dati relativi all'obesità o all'essere sovrappeso. Se nella letteratura emerge un quadro non del tutto chiaro sul ruolo svolto sul rischio di demenza (10), per altri aspetti l'obesità tende comunque ad essere associata a peggiori condizioni di salute e al rischio di mortalità (11). D'altro canto, la minor diffusione di tale fenomeno nelle età anziane rispetto a quelle tardo adulte appare non tanto il portato di un suo ridimensionamento con il progredire dell'età dei soggetti, quanto un indicatore dell'affermarsi, nelle generazioni meno anziane, di modelli alimentari meno salutisti, in cui trova spazio crescente il consumo di alimenti iper-proteici se non di vero e proprio *junk food*<sup>7</sup>.

Vale a dire che, mentre a partire dagli anni '50-'60 si è assistito ad un processo di omogeneizzazione dei modelli alimentari degli italiani (prima fortemente differenziati per condizione sociale ancor più che per sesso e classe di età), sintetizzabile nell'affermazione della dieta 'mediterranea' (contrassegnata dalla presenza quotidiana di pane, pasta, latte, frutta e verdura e plurisettimanale di carni, uova e latticini) con effetti di omogeneizzazione sociale e generazionale, negli ultimi decenni si sta, presumibilmente, assistendo ad un progressivo ridimensionamento di tale modello, a favore sia di diete a marcato tenore 'salutista', sia di diete in

cui sono iper-presenti proteine (specie animali), sia, infine, di diete connotate da quei consumi *junk food* che, in Italia, si sono affermati solo negli ultimi decenni.

Poiché i dati suggeriscono che le prime due diete siano più diffuse nei ceti più scolarizzati, le seconde nei ceti più modesti, il risultato, probabile, è un ritorno a quelle forti differenziazioni che connotavano i consumi alimentari della popolazione italiana (e non solo) fino all'inizio del '900. Certo, tali differenziazioni saranno presumibilmente marcate, al contrario che nel passato, più dai complessivi modelli culturali che dal reddito 'in sé', ma non per questo saranno meno rilevanti per le ripercussioni socio-sanitarie che ne possono derivare.

## BIBLIOGRAFIA

1. de Almeida MD, Graça P, Afonso C, Kearney JM, Gibney MJ. Healthy eating in European elderly: concepts, barriers and benefits. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*. 2001;5(4):217-219.
2. Elsner RJF. Changes in eating behavior during the aging process. *Eating Behaviors*. 2002;n. 3:15-43.
3. Wansink B, Cheney MM, Chan N. Exploring comfort food preferences across age and gender. *Physiology & Behavior*. 2003;n. 79:739-747.
4. Kiesswetter E, Schrader E, Diekmann R, Sieber CC, Volkert D. Varying Associations Between Body Mass Index and Physical and Cognitive Function in Three Samples of Older Adults Living in Different Settings. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2015;70(10):1255-1261.
5. Simpson EEA, O'Connor JM, Livingstone MBE, Rae G, Stewart-Knox BJ, Andriollo-Sanchez M, Toti E, Meunier N, Ferry M, Polito A, Kelly M, Wallace JMV, Coudray C. Health and lifestyle characteristics of older European adults: the ZENITH study. *European Journal of Clinical Nutrition*. 2005;n.59(2):S13-S21. doi:10.1038/sj.ejcn.1602292
6. Neresini F. *Cibo, cultura, identità*. Carocci, Roma. 2008.
7. Censis. *Primo Rapporto sulle abitudini alimentari degli italiani*. 2010;n. 7/8; [www.censis.it/14?shadow\\_ricerca=107088](http://www.censis.it/14?shadow_ricerca=107088)
8. Facchini C. Anziani, in A. Campanini (a cura di), *Nuovo dizionario di servizio sociale*, Carocci, Roma. 2013;55-58.
9. Locher JL, Ritchie CS, Robinson CO, Roth DL, Smith West D, Burgio KL. A Multidimensional Approach to Understanding Under-Eating in Homebound Older Adults: The Importance of Social Factors. *Gerontologist*. 2008;n.48 (2):223-234.
10. Whitlock G, et al. Body-mass index and cause-specific mortality in 900,000 adults: collaborative analyses of 57 prospective studies, in *Lancet*. 2009;vol. 373, n° 9669, marzo, pp. 1083-96, DOI:10.1016/S0140-6736(09) 60318-4.

<sup>6</sup> Se, in tutti i paesi, il reddito incide sulla struttura complessiva dei consumi, comportando che, al suo aumentare, diminuisca la percentuale utilizzata per i consumi alimentari a favore di altri consumi meno 'indispensabili', attualmente, nelle società occidentali, ciò si traduce, di norma, in importi assoluti per i consumi alimentari abbastanza simili per le diverse fasce sociali.

<sup>7</sup> L'obesità risulta infatti maggiore per chi consuma più frequentemente uova, salumi, carne di maiale, dolci e snack.

