

Castellanza, 4 maggio 2017

## Aspetti clinici dell'alimentazione in RSA: la specificità delle problematiche degli ospiti

**Marco Trabucchi**

Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia  
Associazione Italiana Psicogeriatrica  
Università di Roma "Tor Vergata"

1

Il mondo delle RSA è al centro di continue evoluzioni, perché occupa una posizione centrale nel sistema di welfare dell'anziano.

Di fronte all'evoluzione del bisogno (in termini clinici, psicologici e sociali) non c'è stata un'adeguata elaborazione delle modalità di risposta.

2

## **Mancano politiche coerenti sul ruolo ed il finanziamento delle residenze per anziani.**

3

Per la prima volta nella storia italiana la copertura dei servizi e degli interventi per anziani non autosufficienti presenta segnali negativi. Ad esempio, gli ospiti delle strutture residenziali tra il 2009 e il 2013 sono diminuiti del 9.1%; quelli che fruiscono dell'indennità di accompagnamento sono scesi dal 12.6% del 2011 al 12% del 2013. La spesa per servizi sociali per anziani di regioni e comuni dal 2009 al 2013 è diminuita del 7.9%.

4

Le soluzioni alternative come le comunità residenziali sono utili sul piano generale, perché permettono l'assistenza di persone comunque bisognose di supporto, ma rischiano di aggravare il carico assistenziale delle residenze, senza un adeguato incremento dei finanziamenti.

5

**Le incertezze della clinica e dell'organizzazione nella cura delle persone anziane fragili.**

6

## Tracce per una qualità possibile nelle residenze

- Il servizio alle persone anziane fragili deve essere calibrato sulle condizioni del fruitore, per offrire modelli assistenziali adeguati, dalle fasi iniziali di perdita dell'autosufficienza fino alle fasi più avanzate, prestando -se opportuno- assistenza palliativa nella parte terminale della malattia. Questo atteggiamento deve essere costruito con una continua attenzione alle effettive disponibilità economiche della struttura residenziale.
- Il servizio deve essere organizzato in modo elastico, così da potersi adattare alla mutevolezza del bisogno. L'età è un fattore di differenziazione, per cui la rigidità non solo causa costi elevati sul piano organizzativo ed economico, ma soprattutto è un ostacolo a cure mirate.

7

- Il servizio deve caratterizzare i propri comportamenti operativi sul rispetto della volontà del cittadino, il quale chiede una risposta tecnicamente adeguata, ma anche attenta alle sue attese, speranze, timori. Se la volontà dell'ospite non può essere espressa per problematiche cognitive, la famiglia rappresenta il punto di riferimento.
- Il servizio deve dichiarare i risultati che si prefigge, indicando le modalità per rilevarli. Devono essere chiari prima di tutto a chi opera ad ogni livello, per impostare il proprio lavoro, ma anche a chi fruisce dell'assistenza (in particolare le famiglie, che vivono un equilibrio difficile tra critiche aprioristiche e un'accettazione silenziosa della realtà).

8

-Il servizio deve garantire la cura delle malattie e dei sintomi attraverso la presenza di operatori che sappiano agire con atteggiamento proattivo, attenti in particolare alla progressiva perdita di autonomia funzionale.

- Il servizio non deve provocare danni diretti o indiretti alla salute del cittadino; si devono quindi evitare atti espliciti, quali, ad esempio, maltrattamenti o contenzioni, ma anche manchevolezze nell'attenzione all'alimentazione, al tono dell'umore, alle cadute, all'ambiente vitale, ecc.

- Il servizio deve limitare al massimo le transizioni tra segmenti diversi della rete assistenziale, perché provocano stress nell'ospite e spesso danni alla sua salute (ad esempio, l'abuso immotivato del ricovero ospedaliero per condizioni cliniche trattabili all'interno della residenza). I diversi e mutevoli bisogni devono poter trovare risposta, fino dove possibile, in un'unica struttura modulare con un completo portafoglio di servizi.

- Il servizio deve prendersi cura del "tempo" degli ospiti, riducendo al massimo la sensazione di solitudine e di abbandono.

- Il servizio deve essere valutato per i risultati raggiunti sul piano della qualità della vita degli ospiti, allentando al massimo da parte delle autorità programmatiche e di controllo il carico burocratico attorno a problematiche prive di reali ricadute sul benessere degli ospiti.

-Il servizio deve disporre di operatori preparati sul piano tecnico-professionale e adeguati sul piano delle capacità relazionali, nonché in grado di affrontare le possibili frustrazioni indotte dalle crisi del singolo ospite o dell'istituzione nel suo complesso.

La definizione dei risultati dell'attività assistenziale. Dalle misure in negativo (quante contenzioni...) a quelle in positivo (tono dell'umore, peso, soggettività, ecc.)

---

## Table 1. The Modern Giants of Geriatrics

---

1. Frailty
  2. Sarcopenia
  3. Anorexia of aging
  4. Mild cognitive impairment
  5. Delirium
  6. Falls
  7. Depression
  8. Dementia
  9. Polypharmacy
  10. Fatigue
- 

(Morley JE. J Am Geriatr Soc. 2017 Feb 8. doi: 10.1111/jgs.14702)

13

## L'alimentazione in RSA

- Caratterizzazione della Tipologia ospiti in RSA
- La relazione tra stato nutrizionale e lo stato di salute (sarcopenia e morte)
- La terapia nutrizionale in RSA ed il rischio di malnutrizione:
  - > Valutazione degli aspetti funzionale: masticazione, deglutizione, autonomia della capacità di alimentarsi;
  - > Valutazione cognitiva: decadimento cognitivo, delirium, anoressia;
  - > Organizzazione del servizio ristorazione finalizzato alla garanzia del miglior apporto calorico: selezione degli alimenti, menù, tipologia dei piatti;
  - > Organizzazione della distribuzione degli alimenti in RSA: tempo riportato nel piano di lavoro, presenza di volontari e familiari, rapporto ospiti/addetti all'imboccamento;
  - > Ambiente ed alimentazione: gli ospiti si alimentano a letto o in una sala pranzo;
  - > La terapia di integrazione calorica (l'alimentazione con alimenti liofilizzati).

14

## Undernutrition: A Major Problem in Nursing Homes

*John E. Morley, MB, BCh*

JAMDA – May 2011

15

In developing countries, protein undernutrition occurs predominantly in young children, whereas in developed countries, it is most commonly seen in long-term care. Similarly, isolated vitamin deficiencies, such as pellagra, beri-beri, and Wernicke's encephalopathy, occur in developed countries, whereas these are rare in developed countries, being replaced by vitamin B<sub>12</sub> deficiency and hypovitaminosis D and a variety of complex nutritional disorders seen in older person living in long-term care. In developed countries, there are usually adequate quantities of food, so the development of undernutrition occurs because of disease or poor nutritional choices associated with anorexia of aging.

16

- ANOREXIA
- CACHEXIA AND SARCOPENIA
- NUTRITION AND CONGNITION
- HYPOVITAMINOSIS D
- DEHYDRATION
- VITAMIN B<sub>12</sub> DEFICIENCY
- ZINC DEFICIENCY

## **Il cibo nelle residenze e il suo valore psicologico (in particolare per i famigliari)**

**L'educazione del personale alla tolleranza è messa alla prova durante il pasto.**

**Un'adeguata disponibilità di tempo.**

**Il ruolo dei famigliari e dei volontari.**

**La Peg come soluzione?**

**La specificità delle problematiche della persona affetta da demenza. L'atto del cibo che non deve diventare un momento di "lotta" con gli operatori.**

- Will religious issues be honored?
- Will there be fresh water on hand at all times – in dining areas and rooms?
- Does the food served smell and look appealing?
- Are there choices offered at every meal? Is it just one item available to all?
- Do those who need help with eating get it immediately? Even when it is just a drink of water?
- Are healthy snacks available throughout the day and night?
- Are special dietary needs met?
- Are there options for eating with others as well as alone? Is it possible to take meals outdoors or in a patient room?
- Are special events or holidays honored with special foods?
- Is it possible for family or friends to enjoy meals with you?
- Are there any nutritionists on staff to support your health and wellbeing?
- Will you have any opportunity to cook?
- Will the staff be willing to bring you tea before bed or allow early morning coffee if these things are important and you cannot make them yourself?
- Is there a coffee hour?

## INVECCHIAMENTO

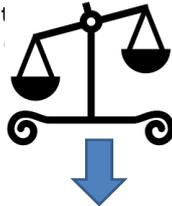
- Diminuzione del metabolismo basale e del fabbisogno energetico giornaliero (30 Kcal/Kg/die)
- Modificazione dei compartimenti corporei (diminuzione della massa 'magra' e dell'acqua totale e aumento della massa 'grassa')
- Riduzione delle capacità di digestione e di assorbimento di micronutrienti
- Perdita di calcio
- Riduzione della funzionalità di organi e apparati (reni, fegato, intestino)
- Alterazione del gusto e della sensazione di sete

## DIETA E PATOLOGIA

### ECCESSO DI CIBO

#### **OBESITA'**

Squilibrio energetico e dispendio calorico



Diabete Mellito  
Ipertensione

**RIDUZIONE ASPETTATIVA DI VITA**

### INSUFFICIENZA DI CIBO

#### **MALNUTRIZIONE**

Deficit di uno o più elementi essenziali della dieta

Deplezione delle riserve funzionali  
Alterazioni funzionali e strutturali

↓  
Diminuzione della guarigione delle ferite

Diminuzione della risposta immunitaria

Aumento delle infezioni

↓  
**AUMENTO DELLA MORTALITA'**

23

## MALNUTRIZIONE

- Aumento del fabbisogno di nutrienti o aumento delle perdite di essi per patologie intercorrenti che modificano il metabolismo (ad esempio infezioni acute come cistiti, bronchiti o polmoniti)
- Modificazioni età-correlate del meccanismo di regolazione dell'appetito con conseguente alterata sensazione di sazietà
- Depressione, demenza e stati confusionali
- Disordini della cavità oro-faringea
- Disfagia

24

## CAVO ORALE

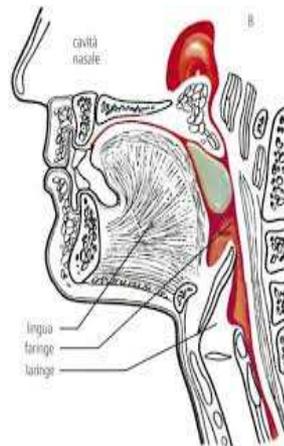
- Placca
- Parodontiti
- Edentulia



25

## DEGLUTIZIONE

- FASE INIZIALE
- FASE ORALE
- FASE FARINGEA
- FASE ESOFAGEA



26

## DISFAGIA



Difficoltà nella deglutizione  
Disturbo della progressione del bolo  
alimentare dalla bocca allo stomaco

27

## DISFAGIA NELL'ANZIANO

- Rallentamento della deglutizione correlato all'età (PRESBIFAGIA)
- Alterazioni di una o più fasi della deglutizione
- Impossibilità completa all'assunzione di alimenti per bocca



28

## CAUSE

- **Indebolimento dei muscoli della masticazione**
- **Alterazioni della dentizione**
- **Disfunzioni dell'odorato e del gusto**
- **Ridotta salivazione**
- **Effetto collaterale di farmaci**

29

- **Disfagia acuta**  
Inflammazioni transitorie
- **Disfagia cronica**  
Cause neurologiche  
Cause meccaniche



30

## SINTOMI E SEGNI

- Difficoltà a formare il boccone
- Incapacità di trattenere il cibo in bocca
- Aumento della salivazione
- Segni di affaticamento durante il pasto
- Comparsa di colpi di tosse involontari immediatamente o entro un paio di minuti dalla deglutizione
- Raucedine dopo la deglutizione



31

## CONSEGUENZE

- RIFIUTO AD ALIMENTARSI  
Scarso appetito  
Perdita di peso  
Disidratazione  
Malnutrizione
- ASPIRAZIONE  
Soffocamento  
Polmonite 'ab ingestis'



32

Il cibo nelle residenze per anziani: un momento di importanza reale e simbolica, che deve essere accuratamente considerato dai medici, operatori, amministratori.