

RSA E CASE DI CURA, NUOVO SCANDALO: DENUTRITI E DISIDRATATI SETTE MALATI SU DIECI

ALESSANDRO BRAVETTI

Il 70% dei malati ricoverati in Rsa è denutrito. È l'allarmante esito del rapporto del Ministero della Salute sugli aspetti nutrizionali dell'anziano. A casa la percentuale di sottoalimentati è del 3-4%. Le maggiori criticità evidenziate dalla relazione: aspetti nutrizionali inesistenti nelle valutazioni del Servizio sanitario, scarsissima attenzione delle strutture residenziali e mancata definizione della dieta dei degen- ti in termini di apporto energetico e di macro e micro nutrienti. Pasti al massimo ribasso economico.

Il 10 giugno 2021 è stato reso pubblico il Report del Ministero della Salute, redatto a cura della "Direzione generale per l'igiene, la sicurezza degli alimenti e la nutrizione. Ufficio 5", riguardante il "Miglioramento della salute dell'anziano per gli aspetti nutrizionali (con particolare riguardo alla malnutrizione per difetto)", datato luglio 2020.

Il Report si concentra sul tema della «malnutrizione per difetto» della popolazione anziana, che viene definita come «uno stato derivante dalla ridotta assunzione o dal ridotto assorbimento di nutrienti che porta ad un'alterazione della composizione corporea (diminuzione della massa magra) e della body cell mass con conseguente penalizzazione delle funzioni fisica e cognitiva e alterazione della prognosi da malattia (Cederholm, 2017)» evidenzia inoltre la mancanza di un programma nazionale di sorveglianza nutrizionale relativo agli anziani.

Dalla lettura del report emergono dati allarmanti. Risulta infatti «in modo inequivocabile, una prevalenza di malnutrizione per difetto in età geriatrica (...). La prevalenza di malnutrizione per difetto oscilla dal 3-4% nei soggetti anziani freeliving [le persone non ricoverate, ndr] fino al 70% nelle strutture di lungodegenza e Rsa (Linee di Indirizzo Nazionale per la Ristorazione Ospedaliera ed Assistenziale, Ministero della salute 2011)».

Risulta poi che l'intero sistema sanitario (professioni sanitarie, caregiver, media, istituzioni) è caratterizzato da una insufficiente sensibilità alle problematiche nutrizionali nei soggetti in età geriatrica, anche in relazione ad una caren-

te informazione e formazione. Infatti, «l'attenzione dei media per le problematiche nutrizionali dell'anziano è molto scarsa, anche se questa fascia di popolazione/utenti ha un interesse reale verso i media, poiché le persone di 65-74 anni utilizzano prevalentemente televisione (96,5%) e radio (44,9%) rispetto a computer (29,6%) e internet (39,3%) con relativi social (Istat, 2018). Per tale motivo, andrebbe dato maggior rilievo alle tematiche socio-sanitarie prioritarie come la malnutrizione per difetto e le complicanze ad essa collegate, in quanto la pubblicità mediatica mostra interesse soprattutto per l'anziano attivo e non problematico».

Invece, gli aspetti nutrizionali risultano «poco considerati e poco presenti nelle procedure Vmd [le Unità valutative multidimensionali, anche definite geriatriche in alcune Regioni, ndr] anche a causa di una mancata e definita identificazione di strumenti affidabili per lo screening nutrizionale. Essi non sono in genere adeguatamente compresi e presenti all'interno delle cartelle cliniche utilizzate nelle diverse strutture assistenziali del Servizio sanitario nazionale, a danno soprattutto del percorso diagnostico e terapeutico di pazienti anziani con patologie a riconosciuta componente nutrizionale».

Il Report del Ministero della Salute rileva inoltre l'assenza della previsione di una apposita scheda nutrizionale all'interno della cartella clinica del paziente anziano non autosufficiente e, da ultimo, mostra come non vi sia mai stato un effettivo recepimento delle "Linee di indirizzo nazionale per la ristorazione ospedaliera ed

assistenziale” (documento pubblicato nel 2011), con la conseguente mancanza nelle strutture residenziali sanitarie e socio-sanitarie (lungodegenze, strutture riabilitative, Rsa, etc.) di adeguati programmi per la ristorazione collettiva, che invece *«ha un ruolo importante in ambito assistenziale poiché rappresenta uno strumento indispensabile di prevenzione e cura delle malattie a componente nutrizionale nell'anziano ospedalizzato o comunque istituzionalizzato»*.

Le proposte del Ministero

Il Report si conclude con una serie di proposte formulate dal Gruppo di lavoro per l'adozione di «azioni correttive» che, coinvolgendo il Ministero della Salute ed altri attori, potrebbero contribuire a ridurre significativamente il rischio di malnutrizione per difetto di pazienti anziani.

Riportiamo di seguito i punti che indicano, per ogni carenza evidenziata, la proposta avanzata:

CRITICITÀ	PROPOSTE
1. Mancanza di un programma nazionale di sorveglianza nutrizionale relativo agli anziani.	- è indispensabile un programma nazionale di sorveglianza nutrizionale attiva dalla popolazione generale ai pazienti ospedalizzati nei soggetti con età superiore a 65 anni.
2. Insufficiente sensibilità dell'intero sistema (professioni sanitarie, caregiver, media, Istituzioni) alle problematiche nutrizionali nei soggetti in età geriatrica, anche in relazione ad una carente informazione/formazione.	- è necessario implementare l'offerta formativa in tema di nutrizione clinica nei corsi di laurea sanitari, nelle scuole di specializzazione di area medico e chirurgica, nella formazione ECM e post universitaria (inclusi i medici di medicina e generale e gli operatori delle strutture di lungodegenza ed Rsa).
3. Mancata considerazione degli aspetti nutrizionali nella valutazione multidimensionale del soggetto e assenza di una scheda nutrizionale nella cartella clinica.	- il processo di gestione nutrizionale deve essere parte della valutazione multidimensionale dell'anziano, dovrebbe prevedere la partecipazione di più figure professionali e richiedere una stretta collaborazione tra medici in possesso di varie competenze cliniche (nutrizionista, geriatra, fisiatra, pneumologo ecc.). È articolato in (1) screening; (2) valutazione dello stato di nutrizione; (3) intervento/terapia nutrizionale; (4) monitoraggio; (5) valutazione dell'efficacia.
4. Mancata valutazione dello stato di nutrizione in presenza di un accertato rischio nutrizionale sulla base del quale programmare l'intervento nutrizionale.	- la diagnosi formale di malnutrizione per difetto può essere raggiunta in primo luogo con il questionario specifico (detto questionario MNA) in forma completa e/o in accordo con i criteri/linee guida proposti dall'Espen; - nell'ambito del processo di gestione nutrizionale dell'anziano di frequente risultano indispensabili una serie di ulteriori valutazioni relative a consumi e abitudini alimentari, dispendio energetico (misura del metabolismo basale), livello di autonomia del paziente.

	<p>te nell'assunzione del pasto e variabili biochimiche;</p> <ul style="list-style-type: none"> - le prestazioni nutrizionali (diagnostiche e terapeutiche) devono essere inserite nei Lea.
<p>5. Mancato recepimento delle linee di indirizzo per la ristorazione collettiva nelle lungodegenze, nelle strutture riabilitative e nelle Rsa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - la ristorazione collettiva deve garantire l'adeguatezza della dieta in termini di apporto energetico, di macro e micronutrienti in relazione alla patologia del paziente e svolgere un importante ruolo informativo, coinvolgendo gli utenti e le loro famiglie.
<p>6. Carenza di strutture assistenziali e unità operative di dietetica e nutrizione clinica sia sul territorio che in ambito ospedaliero e carenza di personale specialistico in ambito nutrizionale (in primo luogo medici specializzati in Scienza dell'Alimentazione e dietisti).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - la nutrizione clinica deve essere inserita a pieno titolo nei percorsi di diagnosi e cura del paziente anziano attraverso Piani diagnostico terapeutici assistenziali specifici; - deve essere assicurata la presenza di un numero proporzionato di strutture assistenziali e unità operative di dietetica e nutrizione clinica (territorio e strutture ospedaliere).
<p>7. Mancata considerazione degli aspetti nutrizionali nei criteri di qualità delle strutture assistenziali.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - vanno individuati indicatori di struttura, processo ed esito; - deve essere messo a punto un sistema premiale per quelle strutture che adottino percorsi di Verifica e revisione della qualità dell'assistenza (Vrq).