

Anziani malnutriti, allarme in corsia

Il 58 per cento dei pazienti con più di 65 anni all'ingresso in ospedale dimostra seri problemi. Secondo i medici del San Matteo è quasi un'emergenza. «Colpa della crisi e della solitudine» ■ GHEZZI A PAG. 20

S. Matteo: «Malnutriti 6 anziani su 10»

Lo studio sui pazienti all'arrivo in ospedale. Colpa di crisi, solitudine e malattie che fanno perdere l'appetito

di Anna Ghezzi
P PAVIA

Sei over 65 su dieci arrivano in ospedale malnutriti. Il problema? Poca carne e poco pesce, soprattutto: l'anziano spesso non mangia abbastanza proteine. «Tra il 2009 e il 2012 su 667 anziani presi in carico – spiega Riccardo Caccialanza, responsabile Nutrizione clinica del San Matteo e segretario nazionale della Società italiana di nutrizione artificiale e metabolismo – il 58% era malnutrito, il 33% ad alto rischio. La tendenza è destinata a peggiorare con il perdurare della crisi, soprattutto se non si prendono contromisure di organizzazione sanitaria come stamio facendo al San Matteo». Dove, da un anno, grazie agli investimenti della Fondazione, sono state create procedure aziendali con le quali i medici dei reparti in cui viene ricoverato un anziano possono segnalare eventuali stati di malnutrizione al servizio che li prende in carico immediatamente e che, alle dimissioni, continua a seguirli a domicilio con un piano personalizzato. «In particolare negli anziani da noi esaminati è critico l'apporto energetico e proteico – spiega Caccialanza – Carne e pesce costano tanto, e gli anziani che spesso hanno pensioni minime fanno fatica a permetterseli. Si chiama malnutrizione calorico proteica». Dal 2003 al 2010, infatti, quella per gli alimenti è l'unica voce di spesa mensile che si è ridotta per gli anziani (-1,7%).

I dati dello studio appena pubblicato sono stati raccolti tra il 2009 e il 2012, ma, spiega Caccialanza, «Il trend è in crescita e la percentuale di over 65% malnutriti rimane molto sopra la media europea del 50%». Le cause sono sia cliniche che socio-economiche: «Alcune patologie neurologiche, infettive e oncologiche comportano la perdita dell'appetito – spiega Caccialanza –, può subentrare anche la difficoltà di deglutire e i problemi di assorbimento intestinale. C'è poi l'isolamento sociale: l'anziano che vive solo non ha voglia di cucinare, spesso è depresso. Ma così si crea un circolo vizioso, perché la malnutrizione incide negativamente sull'umore. E sempre più spesso c'è anche un problema anche economico: carne e pesce si mangiano poco se si ha la pensione minima. Ciò significa diminuire le proteine fondamentali per la salute dei muscoli e delle ossa». Tanto più che nei meno giovani è ancora

■ I segni-spia:

- Stanchezza cronica
- Difficoltà a muoversi
- Calo di peso
- Depressione

■ Cosa fare:

- Chiedere cosa hanno mangiato
- Monitorare il peso

più difficile rimpiazzare le fonti proteiche con cereali e legumi, che possono incidere sulla salute intestinale dell'anziano.

«La malnutrizione si può prevenire attraverso una maggiore collaborazione tra specialisti e medici di famiglia – spiega Caccialanza – Se il medico di famiglia pesa l'anziano che va a farsi visitare e valuta l'andamento ponderale nel tempo, può in-

viarlo tempestivamente agli specialisti in caso di bisogno. Infatti arrivare in ospedale per una malattia ed essere malnutriti, significa reagire meno bene alle cure, alle eventuali infezioni, al decorso post operatorio che diventa più lungo e complicato, guarire più lentamente e affrontare una riabilitazione più difficoltosa e spesso non completa. Come evidenziato nel 2008 sulla rivista



Riccardo Caccialanza, San Matteo



Elena Borrone, Auser

Clinical Nutrition, la durata della degenza dei pazienti malnutriti è infatti quasi il doppio rispetto a chi non ha questo problema». Il medico e i familiari tuttavia possono tenere d'occhio alcuni «campanelli d'allarme»: «Le conseguenze della malnutrizione sono fatica a muoversi, stanchezza, calo dell'autosufficienza e delle capacità mentali – spiega Caccialanza – Occorre fa-

re attenzione all'eventuale dimagrimento e chiedere cosa l'anziano ha mangiato nei giorni precedenti, per capire se è sufficiente o meno. Il medico, con la visita, può anche decidere se rivedere il paziente a breve o inviarlo direttamente allo specialista». L'obiettivo è formare i medici sul territorio e le famiglie, perché il problema del «come si mangia» non sia sottovalutato:

«Per gli anziani che, non entrando in ospedale, non sono identificati come malnutriti, si apre un reale problema – riprende Caccialanza – La qualità della vita è infatti strettamente correlata allo stato di nutrizione e senza intervenire questa peggiora progressivamente, incidendo sull'autonomia e sulle relazioni sociali».

a.ghezzi@laprovinciapavese.it