



Università degli Studi di Padova
Scuola di Medicina
Corso di Laurea in Infermieristica

Tesi di Laurea

**LA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE ANZIANO
OSPEDALIZZATO MALNUTRITO**

RELATORE: DOTT.SSA DASSIE FRANCESCA

**LAUREANDO: TRONCHIN GIANLUCA
MATRICOLA: 1199569**

Anno Accademico 2021-2022



Università degli Studi di Padova
Scuola di Medicina
Corso di Laurea in Infermieristica

Tesi di Laurea

**LA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE ANZIANO
OSPEDALIZZATO MALNUTRITO**

RELATORE: DOTT.SSA DASSIE FRANCESCA

**LAUREANDO: TRONCHIN GIANLUCA
MATRICOLA: 1199569**

Anno Accademico 2021-2022

ABSTRACT

STATO DELL'ARTE

La malnutrizione colpisce gran parte dei pazienti anziani ospedalizzati e può influire in modo significativo il decorso ospedaliero e il possibile recupero funzionale. La popolazione più esposta è sicuramente quella degli anziani fragili, pazienti in uno stato di ridotta riserva fisiologica non in grado di sostenere e resistere a possibili eventi stressanti, spesso si presentano con astenia, ridotta resistenza, scarse performance e perdita di peso. La malnutrizione è una problematica poco chiara, spesso viene sottovalutata e non presa in considerazione, inoltre, non sono chiari i termini per la diagnosi della stessa. Esistono e sono già utilizzati degli interventi infermieristici per la gestione di questi pazienti ma il loro utilizzo è spesso semplificato e attuato con superficialità. Lo stato nutrizionale dei pazienti, se migliorato, può aumentarne la qualità della vita.

OBIETTIVO

Identificare la migliore assistenza possibile per un paziente anziano malnutrito o a rischio di malnutrizione e se possibile identificare le modalità per impedire il peggioramento dello stato nutrizionale durante la degenza ospedaliera.

MATERIALI E METODI

Successivamente ad uno studio del quadro teorico e ad un inquadramento della patologia avvenuto ricercando nei documenti presenti in letteratura ed utilizzando alcuni libri di testo si è eseguita una ricerca della letteratura scientifica più recente riguardante la problematica assistenziale di interesse nella banca dati PubMed. Gli articoli sono stati ricercati fra i mesi di Giugno e Settembre 2022; dovevano essere in italiano o inglese, dovevano riguardare pazienti anziani con più di 80anni in grado di alimentarsi per via orale, dovevano essere disponibili come "testo completo". Sono stati esclusi gli articoli riguardanti i pazienti covid19, in quanto problematica che anche se porta a malnutrizione richiede interventi diversi da quelli che si vogliono prendere in esame. Sono stati trovati 76 articoli, di cui sono stati selezionati per coerenza del titolo 12 articoli; di questi in seguito alla loro lettura sono stati scelti e inclusi 5 articoli. In aggiunta è stata utilizzata 1 linea guida e 4 articoli identificati all'interno della bibliografia di riferimento dei primi articoli selezionati.

RISULTATI

Gli studi analizzati hanno evidenziato come la gestione del paziente anziano malnutrito ospedalizzato preveda alcune azioni cardine che possono essere riassunte in: azioni che mirano all'identificazione precoce del paziente, interventi gestionali, interventi non farmacologici e utilizzo di integratori alimentari.

La valutazione dei pazienti tramite esame obiettivo e lo screening eseguito tramite scale di valutazione validate vengono al primo posto in quanto l'identificazione

precoce dei pazienti malnutriti o a rischio è la chiave per la gestione degli stessi. In questo modo il peggioramento dello stato nutrizionale può essere individuato e prevenuto. Gli studi hanno rilevato come l'utilizzo di integratori alimentari ipercalorici e iperproteici aiutino i pazienti a mantenere la massa muscolare e ad evitare la sarcopenia. Inoltre, la presa in carico multidisciplinare, l'educazione del paziente ed il suo coinvolgimento nelle attività di gestione della salute lo portano ad alimentarsi di più e assumere la giusta quantità di nutrienti per soddisfare il suo fabbisogno nutrizionale. Questi studi hanno dimostrato un'efficacia statisticamente rilevante, tuttavia al termine degli studi e dei trattamenti i pazienti hanno iniziato a regredire tornando verso il loro stato di salute iniziale. Ciò fa capire che il coinvolgimento del paziente e la sua aderenza al trattamento sono essenziali, perciò non è sufficiente solo un singolo intervento ma è richiesta la totalità di questi interventi in sinergia.

CONCLUSIONI

Questa revisione tramite le evidenze scientifiche presenti in letteratura ha identificato e raggruppato i migliori interventi di competenza infermieristica attuabili per la gestione dei pazienti anziani malnutriti. I risultati raccolti possono essere utilizzati da qualsiasi infermiere che debba occuparsi di pazienti geriatrici, sono interventi semplici e di rapida esecuzione, perfetti da utilizzare nei già corposi e intensi turni di lavoro. La letteratura a riguardo però è scarsa, perciò la ricerca deve continuare, maggiori studi potrebbero portare alla luce nuovi interventi sempre più efficaci.

Parole chiave: “older people”, “malnutrition”, “nursing”, “oral nutrition”, “protein-energy malnutrition”.

INDICE			
ABSTRACT			
1.	INTRODUZIONE		Pag. 3
2.	QUADRO TEORICO		Pag. 5
	2.1	Descrizione del problema e del contesto sociale	Pag. 5
		2.1.1 La malnutrizione: nutrizione squilibrata	Pag. 5
		2.1.2 Anziani e denutrizione ospedaliera	Pag. 6
		2.1.3 Patogenesi e cause di malnutrizione dell'anziano	Pag. 8
		2.1.4 Le conseguenze sui pazienti anziani	Pag. 10
		2.1.5 Come si riconosce la malnutrizione	Pag. 11
	2.2	La competenza infermieristica nella presa in carico	Pag. 12
3.	MATERIALI E METODI		Pag. 15
	3.1	Quesito di ricerca e metodo PICO	Pag. 15
	3.2	Materiali	Pag. 15
	3.3	Stringhe di ricerca	Pag. 16
4.	RISULTATI		Pag. 19
	4.1	Gestione infermieristica del paziente malnutrito	Pag. 19
5.	DISCUSSIONE E CONCLUSIONI		Pag. 25
	5.1	Discussione	Pag. 25
	5.2	Limiti dello studio	Pag. 28
	5.3	Prospettive future	Pag. 28
	5.4	Conclusioni	Pag. 29
BIBLIOGRAFIA			

ALLEGATI
Allegato 1. Tabella sintesi studi inclusi nella revisione della letteratura
Allegato 2. Tabella sintesi linee guida incluse nella revisione della letteratura

1. INTRODUZIONE

Questo lavoro di revisione della letteratura vuole trattare il fenomeno della malnutrizione nei pazienti grandi anziani ospedalizzati. L'idea di questa revisione nasce da una domanda scaturita in seguito all'esperienza di tirocinio nell'Unità Operativa di Geriatria. Mi sono ritrovato più volte ad assistere al ritiro dei vassoi del pasto; notando, con molto stupore, che una buona parte dei vassoi conteneva ancora l'intero pasto e mi sono domandato il perché visto che i pazienti scelgono autonomamente cosa voler mangiare fra una lista di possibilità.

I dati epidemiologici di EPICENTRO sottolineano come nell'anno 2000 il 12,5% della popolazione italiana avesse più di 65anni: 1 persona su 8. Nel 2019 invece, la quota di ultrasessantacinquenni rappresenta il 23% della popolazione italiana. Da questi dati possiamo facilmente dedurre come il numero di persone anziane nel nostro paese stia continuando a crescere e come continuerà a crescere nel corso dei prossimi anni.

Secondo quanto affermato in letteratura, il 40% dei pazienti ospedalizzati è afflitto da malnutrizione. Il 50% dei pazienti anziani è già malnutrito al momento del ricovero. La malnutrizione nell'anziano ospedalizzato è associata a maggiore morbilità e mortalità, comporta anche un aumento dei giorni di degenza, una diminuzione della massa magra che può causare un aumento del rischio di caduta, e la malnutrizione si associa anche alla maggior difficoltà di cicatrizzazione delle ferite, all'aumentato del rischio di infezioni e di lesione da pressione, a una maggior incidenza di delirium, all'aumento della frequenza dei ricoveri, ad un aumento della necessità di assistenza e di supporto domiciliare, un peggioramento della qualità di vita e tutte queste complicanze della malnutrizione nel paziente ospedalizzato anziano causano infine un aumento dei costi sanitari (SIGG, 2019).

Nell'ambito della ricerca SENECA si afferma che la malnutrizione è presente in circa il 26-65% dei pazienti anziani ospedalizzati, sebbene sia da sottolineare il fatto che la diagnosi di malnutrizione è raramente posta durante il ricovero ospedaliero e quindi è una manifestazione patologica che non viene adeguatamente diagnosticata e trattata nei vari setting curativo-assistenziali.

Il recupero del paziente anziano, anche dopo un evento acuto, è in parte legato all'efficienza dei muscoli, alla forza muscolare e alla velocità di cammino che dipendono anche dalla corretta alimentazione. Con l'avanzare dell'età, soprattutto quando insorgono una o più problematiche che influiscono negativamente sul modo di alimentarsi (es. disfagia, difficoltà nella masticazione) non è sempre facile mantenere una sana e corretta alimentazione. Le carenze procedurali e l'attenzione a questo fondamentale problema sono palesi: la lettura delle cartelle cliniche e delle schede di dimissione ospedaliera confermano che la malnutrizione è un problema secondario nei pazienti ospedalizzati, altamente sottostimato in quanto raramente è presente anche fra le diagnosi secondarie (SIGG, 2019).

Questa revisione vuole raccomandare, modalità semplici, di competenza infermieristica, che permettano di individuare precocemente il paziente anziano a rischio di malnutrizione per intervenire tempestivamente e per, nel paziente che presenta già una situazione di malnutrizione, attuare interventi volti a trattarla.

2. QUADRO TEORICO

2.1 Descrizione del problema e del contesto sociale

2.1.1 La malnutrizione: nutrizione squilibrata

L'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) definisce la malnutrizione come *“uno stato di squilibrio, a livello cellulare, fra il rifornimento di nutrienti e di energia, troppo scarso o eccessivo, e il fabbisogno del corpo per assicurare il mantenimento, le funzioni, la crescita e la riproduzione”*.

Il binomio della malnutrizione è quindi costituito sia dalla denutrizione che dal sovrappeso e dall'obesità, nonché dalle malattie non trasmissibili legate all'alimentazione (OMS,2016).

Quindi per malnutrizione intendiamo una condizione di alterazione funzionale, strutturale e di sviluppo dell'organismo conseguente allo squilibrio tra i fabbisogni, gli introiti e l'utilizzazione dei nutrienti e tale da comportare un eccesso di morbilità e mortalità o un'alterazione della qualità di vita.

Si possono identificare:

- una malnutrizione per eccesso o obesità, che oltre ad associarsi ad aumentati fattori di rischio cardiovascolare e aumentata mortalità, può associarsi alla sarcopenia determinando una condizione clinica chiamata obesità sarcopenica, ovvero una condizione multifattoriale che consiste in una diminuzione della massa magra conseguente ad un apporto di proteine insufficiente associata ad un aumento della massa grassa e può essere legata tra le altre cose ad uno stile di vita sedentario tipico della popolazione anziana soprattutto quando vi sia una condizione di fragilità (Li&Heber, 2012). Questa condizione aumenta ancora una volta i rischi cardiovascolari in conseguenza all'aumento della componente adiposa viscerale, inoltre questi pazienti sviluppano ben presto una condizione di insulino-resistenza in quanto vi è una diminuzione della massa muscolare che è uno dei maggiori componenti per la captazione del glucosio. L'azione sinergica di obesità e sarcopenia può associarsi ad un aumentato

rischio di caduta, e patologie croniche con un aumento della disabilità e della mortalità dei soggetti anziani affetti (Lo Buglio et. al. 2017). L'obesità sarcopenica è una forma di malnutrizione di recente scoperta che è ancora sotto-diagnosticata e non adeguatamente trattata

-una malnutrizione per difetto o denutrizione, di cui si riconoscono due forme: la malnutrizione tipo marasma (deficit prevalentemente energetico) e la malnutrizione tipo Kwashiorkor (deficit prevalentemente proteico) (Amerio & Domeniconi, SIMG 2010). Successivamente però si è notato che questa classificazione era sì utile da un punto di vista teorico, ma non risultava rilevante nel riconoscimento della diagnosi; in quanto la perdita di proteine e il deficit energetico sono condizioni associate. Perciò ora la malnutrizione per difetto viene riconosciuta sotto la diagnosi di malnutrizione proteico-energetica nella quale la riduzione della massa grassa si associa a riduzione della massa magra (Cederholm et al., 2015). D'ora in poi quando parleremo di malnutrizione ci riferiremo solamente alla malnutrizione proteico-energetica. Si deve inoltre escludere da queste forme di malnutrizione dell'anziano la cachessia neoplastica in quanto dipendente direttamente da una condizione patologica: la neoplasia. Altre forme di malnutrizione che possono essere presenti nell'anziano sono le malnutrizioni selettive che sono rappresentate da sindromi carenziali legate a deficit o eccesso di un solo componente come i deficit vitaminici e di oligoelementi.

2.1.2 Anziani e denutrizione ospedaliera

L'OMS nel 2021 afferma che tra il 2015 e il 2050 la percentuale della popolazione mondiale sopra i 60 anni quasi raddoppierà, passando dal 12% al 22% con 2,1 miliardi di persone.

Facendo più chiarezza sui termini in uso, noto che la definizione di anziano è una definizione dinamica con l'utilizzo di cut-off diversi in base al tipo di popolazione analizzata, pertanto l'OMS nel 2002 ha descritto come anziani le persone con più di 65 anni e più recentemente invece, nel

2018, la Società Italiana di Gerontologia e Geriatria (SIGG) ha diviso la popolazione anziana in base a criteri sia anagrafici sia di qualità di vita e di autonomia. Secondo il criterio anagrafico la popolazione viene suddivisa in giovani anziani (persone tra i 64 e i 74 anni), anziani (75 – 84 anni), grandi vecchi (85 – 99 anni), centenari. Mentre, secondo un criterio di qualità di vita gli anziani vengono divisi in terza età (condizionata da buone condizioni di salute, inserimento sociale e disponibilità di risorse) e in quarta età (caratterizzata da dipendenza da altri e decadimento fisico). I dati epidemiologici di EPICENTRO sottolineano come nell'anno 2000 il 12,5% della popolazione italiana avesse più di 65 anni: 1 persona su 8. Nel 2019 invece, la quota di ultrasessantacinquenni rappresentava il 23% della popolazione italiana: circa 1 persona su 4. L'Istituto Nazionale di Statistica, afferma che nella provincia di Treviso nel 2021 erano presenti 190943 persone con più di 65anni di età, di cui 99146 erano giovani anziani, 70056 anziani e 30713 grandi anziani. Secondo le previsioni la popolazione anziana aumenterà fino a 244913 nel 2031 portando i giovani anziani a essere 121631, gli anziani saranno 82383 e infine i grandi anziani 40899. Numeri molto elevate, che descrivono un quadro di invecchiamento della popolazione, se nel 2021 le persone con più di 65 anni erano il 21,7%, diventeranno il 27,9% nel 2031.

Per quanto riguarda l'epidemiologia della malnutrizione secondo quanto affermato in letteratura, il 40% dei pazienti ospedalizzati è afflitto da malnutrizione. Il 50% dei pazienti anziani è già malnutrito al momento del ricovero. Vi sono molteplici prove che la malnutrizione negli anziani sia sottovalutata e non adeguatamente riportata, in diversi studi si ritrova un tasso di malnutrizione del 40%, sebbene di fatto solo il 10% con documentazione di malnutrizione presente nella cartella clinica. Questi dati epidemiologici peggiorano notevolmente quando si prendano in considerazione non solo i reparti di degenza ospedaliera per acuti ma anche i reparti di degenza a più lunga permanenza come le lungodegenze. Molti studi sulla malnutrizione si sono basati sulla valutazione dei livelli di albumina sierica; tuttavia, è un indicatore che presenta scarsa

sensibilità e specificità come misura di riconoscimento della salute nutrizionale in quanto i livelli sierici rispondono lentamente agli interventi nutrizionali effettuati (Walter et. al.,2020). Questo ha portato ad una probabile sottostima del problema nella popolazione anziana (Kane et. al. 2017). Molteplici sono stati i marcatori bioumorali utilizzati per fare diagnosi di malnutrizione, un altro esempio è la transtiretina, anche detta prealbumina, che pur essendo più sensibile dell'albumina per valutare i cambiamenti nutrizionali acuti non è sufficientemente specifica per questa diagnosi in quanto potrebbe non trovare riscontro a seguito degli interventi nutrizionali eseguiti e non essere correlata ai risultati sulla salute. Nonostante i molteplici indicatori possano aiutare a confermare miglioramenti o peggioramenti dello stato nutrizionale, l'esame clinico rimane il miglior indicatore per fare diagnosi di malnutrizione (Walter et. al.,2020).

2.1.3 Patogenesi e cause di malnutrizione dell'anziano

L'alimentazione, l'assunzione di nutrienti e l'idratazione hanno un ruolo fondamentale nella prevenzione della malnutrizione, i pazienti anziani spesso non si rendono conto che alimentarsi poco può causare gravi danni, sono convinti che vista la loro scarsa attività fisica e lo stile di vita sedentario che conducono allora non necessitano di grandi quantitativi di energia. In letteratura esistono i LARN, ovvero i "livelli di assunzioni di riferimento di nutrienti. Questi valori, promulgati dalla Società Italiana di Nutrizione Umana (SINU) nel 2014, evidenziano con precisione le quantità di nutrienti e energia che la popolazione dovrebbe assumere. Secondo questi valori di riferimento l'assunzione giornaliera di acqua raccomandata per gli uomini anziani con più di 75 anni è di 2500mL, 2000mL nel caso delle donne. L'assunzione energetica invece, sempre nel caso di anziani con più di 75 anni, dovrebbe essere compresa fra le 1900 e le 2500kcal nel caso degli uomini e fra 1570 e 2080kcal nel caso delle donne. Questi valori sono indicativi e possono variare in base al livello di

sedentarietà del paziente e nel caso siano presenti patologie, in tal caso il fabbisogno energetico aumenta. Nella dieta ideale i carboidrati dovrebbero rappresentare il 45-60% del fabbisogno giornaliero, quota che dovrebbe essere assunta tramite il consumo di carboidrati complessi con adeguato apporto di fibre. Seguono a questo i lipidi, che dovrebbero rappresentare il 20-25% del fabbisogno giornaliero. L'apporto di fibre è essenziale, nei pazienti geriatrici dovrebbero essere assunti 18g/die nel caso delle donne e di 20g/die nel caso degli uomini. Un altro nutriente essenziale sono le proteine, specialmente per la prevenzione della sarcopenia, questo valore si assesta sui 1,1-1,25g /kg/die, con preferenza per le proteine derivanti da pesce, uova e legumi. Infine, le vitamine, nutrienti essenziali che se carenti si associano a immunodepressione, anemizzazione e depressione e, nel caso di carenza da vitamina B12, il rischio di sviluppare patologie neurodegenerative. I valori d'assunzione di riferimento per le vitamine sono abbastanza simili per ogni fascia d'età, eccezion fatta per la vitamina B6, la vitamina B12 e la vitamina D che risultano di notevole importanza nei pazienti con più di 75 anni; in questa fascia d'età si raccomanda un'assunzione rispettivamente di 1,7mg/die, 2,4µg/die e 20µg/die per gli uomini e di 1,5mg/die, 2,4 µg/die e 20 µg/die per le donne. Fra i principali fattori che contribuiscono alla comparsa della malnutrizione troviamo il diminuito introito nutrizionale, tipico di molti pazienti anziani. Questo fattore è spesso correlato e causato da alcune alterazioni che si presentano con l'aumentare dell'età, fra questi troviamo: la diminuzione dell'appetito, aumentato senso di sazietà e la diminuzione percettiva del gusto e dell'olfatto. Questi, uniti a possibili fattori medici come patologie acute o croniche, utilizzo di farmaci, dolore e disfagia possono portare gli anziani alla malnutrizione.

Oltre alle cause mediche sono da tenere in considerazione le cause sociali, spesso sottovalutate; situazioni di solitudine, povertà, bassa classe sociale e ignoranza contribuiscono in maniera significativa al peggioramento dello stato nutrizionale. Le situazioni sociali precarie in cui parte dei nostri anziani vive sono un importante fattore determinante per la

comparsa della malnutrizione; i spesso gli anziani non comprendono l'importanza di una adeguata nutrizione e alla comparsa delle prime difficoltà fisiche o cognitive tendono ad isolarsi e a perdere la volontà di preparare i pasti, finendo per alimentarsi sempre nello stesso modo utilizzando gli alimenti che meno necessitano di preparazione e portando nel breve termine la mancata assunzione di nutrienti indispensabili e utili per l'organismo.

Durante l'ospedalizzazione sopraggiungono a queste situazioni preesistenti una serie di fattori estrinseci che contribuiscono ad aggravare oppure a determinare la comparsa della malnutrizione. La mancata registrazione dei valori antropometrici nelle grafiche e nelle cartelle, la mancata registrazione dell'assunzione alimentare durante i pasti e la mancata assistenza durante i pasti sono esempi di mancati interventi che però predispongono il paziente alla malnutrizione. A queste mancanze da parte del personale sanitario si aggiungono inoltre altri fattori, come l'utilizzo prolungato di trattamenti basati su soluzioni glucosate e soluzioni fisiologiche, il salto dei pasti causato dalle tempistiche delle indagini diagnostiche, la mancanza di collaborazione multidisciplinare e la dispersione di responsabilità nell'accudire il paziente. Sono per lo più piccole disattenzioni, che però accumulate e in condizioni di pregressa fragilità portano il paziente verso questo quadro di malnutrizione.

2.1.4 Le conseguenze sui pazienti anziani

Manifestata spesso come riduzione della massa muscolare e con conseguente aumento del rischio di fragilità la malnutrizione porta a molteplici conseguenze; fra queste le più importanti e più impattanti sul paziente sono il calo della funzionalità fisica e mentale, gli scarsi esiti della malattia, la riduzione della qualità di vita, l'aumento della frequenza dei ricoveri e l'aumento dei giorni di degenza (Corish&Bardon, 2019). La malnutrizione porta inoltre ad un aumento del rischio di contrarre infezioni, ad un aumento del tempo di guarigione delle ferite e ad un aumento del rischio di formazione di lesioni da pressione (Kane et. al.

2017). Altri segni fisici scaturenti da una situazione di malnutrizione sono la formazione di edemi periferici, alopecia, glossite, desquamazione della cute e capelli depigmentati e secchi (Walter et. al.,2020). Maggiore è il tempo in cui il paziente mantiene uno stato di malnutrizione maggiore sarà la perdita di capacità di prendersi cura di sé e con questo il rischio di diventare completamente dipendenti dall'assistenza di terzi (OMS, 2017).

2.1.5 Come si riconosce la malnutrizione

La Società Europea per la Nutrizione Clinica ed il Metabolismo (ESPEN) definisce la malnutrizione come la presenza di almeno due dei seguenti segni: assunzione di energia insufficiente, perdita di peso, perdita di massa muscolare, accumulo di liquidi localizzato o generalizzato, stato funzionale ridotto (misurato in base all'handgrip) e perdita di grasso sottocutaneo. In seguito alla valutazione secondo i criteri ESPEN la valutazione del paziente dovrebbe includere un esame fisico ed una revisione completa dei farmaci assunti dal paziente. Spesso gli anziani sono sottoposti a poli-farmacoterapia che può causare riduzione del senso del gusto, a cui segue spesso una diminuita assunzione orale dei pasti. A seguito di numerose discussioni gli esperti sono giunti alla conclusione che i fattori principali per confermare la diagnosi di malnutrizione sono la perdita di peso, un basso indice di massa corporea (BMI) e la perdita di massa muscolare. L'ESPEN raccomanda l'utilizzo della scala di valutazione "*Mini-Nutritional Assessment Scale (MNA)*" per la valutazione della malnutrizione nei pazienti anziani ospedalizzati, in quanto prende in esame i fattori principali sopra citati; oppure la più semplice ma ugualmente efficace "*Mini-Nutritional Assessment Scale-Short Form (MNA-SF)*". Queste scale sono state validate anche in ambito ospedaliero e richiedono pochi minuti per essere compilate. È stato dimostrato inoltre che queste scale sono predittive per la mortalità e per i costi ospedalieri; riuscendo così a riconoscere inoltre i pazienti a rischio

di malnutrizione che potrebbero giovare di interventi nutrizionali (Farris&Mattison, 2017).

2.2 Rilevanza del problema per la professione

Fra i bisogni fondamentali dell'uomo, Abraham Maslow nel 1954 inserisce l'alimentazione, in quanto secondo lui bisogno fisiologico alla base della sopravvivenza dell'individuo.

Nella logica della presa in cura multiprofessionale, che vede molte figure professionali a servizio della persona anziana con problemi di nutrizione, l'infermiere ha un ruolo fondamentale.

Nello specifico, la letteratura sottolinea che nel piano assistenziale infermieristico in linea con la normativa vigente (DM 739/94) l'infermiere:

- partecipa all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività;
- identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formula i relativi obiettivi;
- pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico;
- agisce sia individualmente sia in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali.

L'infermiere ha quindi un ruolo fondamentale nella presa in carico e nella gestione del paziente anziano malnutrito. È fondamentale nel processo di screening nutrizionale e nel riconoscere segni e sintomi della malnutrizione avvalendosi anche delle scale di valutazione validate. È inoltre impattante il suo ruolo durante la scelta e la somministrazione del pasto; far mantenere al paziente uno stato igienico ottimale ed aiutarlo nella scelta degli alimenti per lui più gustosi e adatti al suo stato nutrizionale sono tutte ottime pratiche per aumentare la soddisfazione del paziente (Sauer et. al.,2016). L'infermiere tramite la formazione post-base specialistica nell'area geriatrica acquisisce la capacità e la conoscenza per poter fornire prestazioni specifiche per i propri pazienti. Esistono tuttavia dei fattori riguardanti proprio gli infermieri che

sono di ostacolo alla corretta gestione dei pazienti malnutriti. È spesso presente una decentralizzazione della responsabilità nella cura nutrizionale venendo a mancare così il lavoro di équipe, è inoltre richiesta agli infermieri un bagaglio di competenza nella cura e nella gestione nutrizionale. Il sistema ospedaliero e la malgestione dei pazienti comporta un elevato rischio di fallimento nel trattamento; infine, come abbiamo visto prima, c'è un mancato interesse e una marcata trascuratezza della problematica anche dal punto di vista infermieristico.

3. MATERIALI E METODI

3.1 Quesito di ricerca e metodo PICO

Prima di iniziare la ricerca della letteratura basata sulle evidenze scientifiche è stato formulato il seguente quesito di ricerca:

“Quali sono i migliori interventi che l’infermiere può mettere in atto per gestire e migliorare lo stato nutrizionale dei pazienti grandi anziani ospedalizzati e malnutriti?”

Popolazione	Intervento	Confronto	Esito
Pazienti grandi anziani ospedalizzati e malnutriti	Migliori interventi di natura infermieristica basati sulle evidenze scientifiche	/	Miglioramento dello stato nutrizionale

Sono state utilizzate per la ricerca le seguenti parole chiave: *malnutrition, geriatrics, nursing, older adults, protein-energy malnutrition*

3.2 Materiali

La revisione della letteratura si è basata su articoli reperiti in rete fra i mesi di Giugno e Settembre 2022, all’interno della Biblioteca Pinali dell’Università di Padova utilizzando come database PubMed. Tramite questa ricerca sono state identificate ed utilizzate anche linee guida (vedi allegato 2).

Sono inoltre stati utilizzati i seguenti libri di testo (per dettagli si veda allegato 3):

- Current Diagnosis & Treatment Geriatrics, 3e (Walter et. al.,2020)
- Essentials of Clinical Geriatrics, 8e (Kane et. al.,2017)
- Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology, 7e (Halter et. al.,2016)
- Principles and Practice of Hospital Medicine, 2e (McKean et. al.,2016)

Si sono applicati i seguenti criteri di selezione degli studi per eseguire la presente revisione sistematica della letteratura:

I criteri di inclusione sono:

- Articoli riguardarti pazienti anziani ospedalizzati malnutriti o a rischio di malnutrizione
- Età pazienti >80anni
- Pazienti in grado di alimentarsi per via orale

I criteri di esclusione sono:

- Articoli riguardanti pazienti anziani non ospedalizzati
- Pazienti che utilizzano sistemi di alimentazione alternativi come gastrostomia endoscopica percutanea (PEG), sondino naso-gastrico (SNG) e nutrizione parenterale totale (NPT)
- Articoli riguardanti pazienti Covid19 positivi, in quanto questa patologia è già una causa di malnutrizione e inoltre questi pazienti necessitano di interventi specifici differenti da quelli che si vogliono prendere in esame
- Articoli non in lingua italiana o inglese

3.3 Stringhe di ricerca

Database PubMed (per dettagli si veda Allegato 1)

Stringhe di ricerca	Limiti	Articoli reperiti(n°)	Articoli selezionati dal titolo(n°)	Articoli selezionati dopo lettura(n°)
Malnutrition and nursing and oral nutrition and older adults	2020-2022	50	4	3
(Protein-Energy Malnutrition[Mesh]) AND Nursing[Mesh]	2000-2022	26	8	2

Consultando la bibliografia citata all'interno degli articoli selezionati e gli articoli indicati come correlati da Pubmed sono stati reperiti altri 4 articoli che sono stati inclusi nella revisione.

4. RISULTATI

4.1 Gestione infermieristica del paziente malnutrito

Dalla revisione della letteratura si evince con particolare decisione l'importanza che l'infermiere ha nel prevenire, identificare e collaborare alla gestione della malnutrizione nel paziente anziano ospedalizzato. Viene affermato che la valutazione nutrizionale fatta dagli infermieri nelle prime ore del ricovero pone le basi per un'assistenza di qualità essendo spesso il primo operatore con cui il paziente entra in contatto; ha perciò l'opportunità di identificare precocemente i pazienti a rischio (Sauer et. al., 2016; Ten Cate et. al., 2020). È senz'altro importante il riconoscimento degli stati di malnutrizione e degli stati di rischio di malnutrizione; tuttavia, non esiste un metodo esatto o un metodo universale per la constatazione di presenza di malnutrizione. Esistono però criteri validati con una buona sensibilità come l'utilizzo dei criteri ESPEN e con l'ausilio di scale di valutazioni validate e maggiormente efficaci: MNA e MNS-SF. Probabilmente molti studi basati sui codici ICD9 sottostimano la presenza della malnutrizione fra i pazienti anziani, in quanto sono separati dalle eziologie e classificano i gradi di malnutrizioni sulla base al livello di albumina sierica, indicatore non ritenuto più affidabile (Kane et. al. 2017).

Nella revisione sistematica di Ten Cate et. al. del 2020 sono stati inclusi 21 studi clinici randomizzati e controllati selezionati partendo da una ricerca nei database che aveva dato 2535 risultati; sono stati valutati gli effetti e i risultati degli interventi utilizzati negli studi clinici in base a 10 criteri di miglioramento: stato nutrizionale, peso corporeo, assunzione energetica, assunzione proteica, BMI, circonferenza del braccio, circonferenza del polpaccio, plica cutanea del tricipite, *handgrip* e funzionalità nelle "Activities of Daily Living" (ADL). Sono stati quindi identificati quattro tipi di intervento: l'utilizzo di integratori alimentari orali, l'arricchimento nutrizionale di cibi e bevande, le consulenze dietetiche e infine gli interventi educativi. Le terapie nutrizionali orali sono la prima scelta nel trattamento dei pazienti anziani affetti da malnutrizione. L'utilizzo di integratori orali ha dimostrato miglioramenti significativi per quanto riguarda lo stato

nutrizionale, il peso corporeo, l'assunzione energetica, assunzione proteica, l'aumento del BMI, aumento della circonferenza del polpaccio e aumento della forza sulle impugnature. Gli interventi basati sull'arricchimento di cibi e bevande invece, non ha portato a miglioramenti significati o statisticamente rilevanti. Le consulenze dietetiche hanno mostrato benefici per quanto riguarda l'aumento del BMI ed il miglioramento nelle funzionalità delle ADL. Gli interventi educativi hanno anch'essi dimostrato un'efficacia nell'aumento dell'assunzione di proteine.

Nel 2022 Volkert et. al. rilasciano le linee guida ESPEN in materia di nutrizione in geriatria, in queste linee guida vengono proposte varie raccomandazioni, fra queste troviamo alcuni interventi di natura infermieristica. I dati hanno confermato che l'assistenza durante il pasto porta ad un significativo miglioramento dell'assunzione giornaliera di calorie e di proteine; questa assistenza prevede l'aiutare il paziente nella predisposizione del vassoio, la rimozione dei coperchi, il favorire una posizione comoda e se possibile seduta, l'incoraggiamento all'assunzione ed il supporto sociale durante il pasto. In ambito ospedaliero è importante avviare un'adeguata assistenza nutrizionale dopo la dimissione al domicilio, così da garantire una continuità della strategia nutrizionale avviata nei reparti.

Pilgrim et. al. nel 2015 inseriscono lo scarso appetito come possibile fattore di rischio per la malnutrizione. Il primo approccio per superare questa difficoltà dovrebbe essere risolvere e trattare le cause di questa diminuzione d'appetito. In questo caso interventi utili sono la prevenzione per la secchezza delle fauci stimolando i pazienti a bere acqua, evitando cibi secchi e favorendo cibi morbidi o cremosi, l'utilizzo di pepe, erbe o spezie possono essere utilizzate per rendere più appetibili gli alimenti. Inoltre, è importante favorire una ottimale igiene orale e la corretta applicazione delle dentiere per non creare fastidio durante il pasto. I pazienti possono inoltre essere stimolati durante la scelta del pasto a scegliere e mangiare una varietà di cibi, variandoli spesso così da garantire e sostenere l'appetito. Un altro aspetto che può influire molto è l'ambiente in cui viene somministrato il pasto, è stato dimostrato come un ambiente sociale e non isolato aumenti e migliori

l'assunzione di cibo e calorie ed aumenti il peso corporeo. Alcuni studi hanno rilevato come i cibi liquidi o semiliquidi come le zuppe portino ad un minor senso di sazietà, possono perciò essere utilizzate zuppe arricchite per aumentare l'assunzione energetica nei pazienti con poco appetito. È importante, inoltre, chiedere ai pazienti o alle loro famiglie quali siano i gusti e le preferenze alimentari e quali siano le loro abitudini alimentari, questo aiuta a stimolare l'appetito.

Walter et. al. nel 2020 sottolineano il ruolo importante dei familiari e delle forme di attività fisica. Anche una semplice camminata può aumentare l'appetito nei pazienti anziani ospedalizzati, inoltre la presenza di un familiare spesso induce il paziente a consumare una quantità maggiore del pasto. Wallace consiglia l'utilizzo di integratori orali fra i pasti e non durante i pasti, poiché ciò sembra comportare diminuzioni compensative dell'assunzione di cibo durante i pasti, aumentando così in modo efficace l'apporto calorico giornaliero. Gli integratori vitaminici risultano utili e dovrebbero essere presi in considerazione per tutti gli anziani con scarso apporto proteico e multivitaminico. I risultati degli studi non sono chiari ma il miglioramento della micronutrizione può migliorare gli esiti clinici; come aumento dell'attività fisica, fattore importante per mantenere la massa corporea magra, migliorare l'appetito e il senso di benessere.

Kane et. al. nel 2017 affermano che per ottimizzare la nutrizione e l'aumento di peso nei pazienti malnutriti è utile somministrare pasti piccoli e frequenti con diversi spuntini e ricercando gli alimenti preferiti dagli stessi. Affermano anche che gli studi condotti sugli stimolanti dell'appetito non hanno dimostrato benefici nella popolazione anziana.

Nii et. al. nel 2016 sviluppano uno studio con l'obiettivo di verificare se un supporto nutrizionale proteico e una riabilitazione fisica con il fisioterapista potessero giovare, in termini di miglioramento delle ADL, ai pazienti anziani vittima di problematiche cerebrovascolari; lo studio ha esaminato e valutato 67 pazienti con un'età media di 79 anni ricoverati nell'ospedale riabilitativo tra aprile 2013 e aprile 2015. Lo studio ha dato esito positivo e visti i risultati pensano che un supporto nutrizionale e un maggior apporto energetico possano

portare miglioramenti nelle ADL a qualsiasi anziano con problematiche di riabilitazione fisica.

Nello studio pubblicato da Malafarina et. al. (2021) viene indagato l'utilizzo di integratori nutrizionali orali ad alto contenuto proteico e calorico su 282 anziani malnutriti con un'età media di 86anni. Il 94,6% dei pazienti ha registrato un miglioramento di questi parametri. Un intervento che si è dimostrato ben tollerato ed associato ad una buona aderenza alla terapia, il 95% dei pazienti ha dichiarato di non aver percepito effetti collaterali e di non aver avuto difficoltà nell'aderenza al trattamento. In vantaggio riscontrati sono stati in primo luogo l'aumento del peso e il miglioramento dello stato nutrizionale, seguiti dal miglioramento dei parametri funzionali come l'indice di Barthel, aumento del punteggio dello "*Short Physical Performance Battery (SPPB)*" ed infine miglioramento dell'*handgrip*. Questo intervento oltre a migliorare il benessere del paziente riduce anche i costi dell'assistenza. Per preservare lo stato di benessere raggiunto e migliorarlo ulteriormente si necessita di altri interventi; l'aderenza del paziente, l'istruzione dei parenti e una dieta bilanciata ed equilibrata fanno parte di una strategia più ampia che può perdurare nel tempo.

Malafarina et. al. (2018) studia analizza il trattamento nutrizionale come intervento nei grandi anziani ricoverati per fratture dell'anca. In questa revisione dimostra come gli integratori alimentari orali non solo hanno portato a minori complicanze postoperatorie ma hanno contribuito a mantenere il peso corporeo durante il ricovero. Ipotizza che il supplemento nutrizionale contribuisca in modo significativo a ritardare l'insorgenza di lesioni da pressione e velocizzarne la guarigione.

I pazienti anziani molto spesso accusano diminuzione dell'appetito, nel 2021 Graeb&Wolke effettuano un'analisi su pazienti anziani ospedalizzati rilevando un miglioramento dello stato nutrizionale nei pazienti che avevano ricevuto almeno un intervento nutrizionale fra: pasti arricchiti, integratori proteico-energetici, diete specifiche e la stesura di un diario alimentare. Il 70% dei pazienti presi per lo studio era malnutrito o a rischio di malnutrizione, di questi l'83,5% ha riportato miglioramenti rilevanti. La

mancanza di appetito porta a mangiare meno, questo si riflette inevitabilmente su una diminuita assunzione di energia e proteine, che a sua volta porta alla perdita di peso e alla perdita di massa muscolare. Massa muscolare ridotta è associata a esiti negativi della degenza come scarsa guarigione delle ferite, aumentato rischio di cadute, prolungamento della degenza e aumento del rischio di riammissione.

In uno studio del 2001 di Christensson et. al. svolto su 11 pazienti anziani malnutriti sono stati eseguiti interventi che comprendevano un piano alimentare personalizzato e assistenza durante l'alimentazione. Viene dimostrato che oltre ad assumere una quantità corretta di energia i pazienti avevano un miglioramento dello stato mentale, risultando più lucidi e meno stanchi. L'80% per pazienti ha riportato aumento di peso mentre il 90% ha riportato aumento della circonferenza dei muscoli delle braccia. Al termine dello studio, quindi cessata l'attenzione verso lo stato nutrizionale di questi pazienti, si è riscontrato un calo del peso e un peggioramento dello stato nutrizionale.

Pedersen nel 2005 studia la correlazione fra il coinvolgimento attivo del paziente durante il ricovero e l'assunzione energetica data dai pasti. Lo studio ha incluso 253 pazienti con età maggiore di 65anni, di questi 142 sono stati inseriti nel gruppo di controllo e 111 nel gruppo di intervento. I pazienti coinvolti nel loro piano di cura e maggiormente seguiti anche durante la scelta del pasto hanno assunto una quantità di energia superiore al gruppo di controllo del 23%, assumendo il 45% di proteine in più.

Nella revisione sistematica svolta da Tangvik et. al. nel 2020 sono stati analizzati dieci articoli che riportavano nove studi clinici. Sono stati inclusi quindi un totale di 407 persone con demenza, di cui 228 sono stati i componenti del gruppo di intervento, a cui sono stati somministrati supplementi nutrizionali orali per 180 giorni. Il 74% dei pazienti nel gruppo di intervento ha raggiunto la quota proteica ed energetica raccomandata, di questi l'83% ha riportato miglioramenti dello stato nutrizionale. In questa revisione viene riscontrato come i supplementi nutrizionali orali migliorano notevolmente lo stato nutrizionale dei pazienti; si può notare l'aumento del

peso, l'aumento della massa muscolare e il raggiungimento dell'assunzione nutrizionale raccomandata.

5. DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

5.1 Discussione

La gestione infermieristica del paziente malnutrito rimane un argomento delicato, vasto e poco analizzato. Non ci sono dubbi sull'importanza della valutazione degli stati nutrizionali; tuttavia, non esistono prove significative dell'efficacia di interventi nutrizionali per questa tipologia di pazienti. Il problema della malnutrizione è spesso una problematica multifattoriale, il che rende difficile identificare una tipologia specifica di interventi che giovino allo stato nutrizionale del paziente. L'utilizzo di supplementi energetici o diete particolarmente ipercaloriche o iperproteiche dimostra una certa efficacia statisticamente rilevante. Sembra che l'intervento multidisciplinare di figure come medici, infermieri ed altri specialisti interessati possa prevedere e mettere in atto una serie di misure a favore del sostegno nutrizionale. Quello che potrebbe sembrare solo un problema nutrizionale in realtà potrebbe rivelarsi una combinazione di malessere dettato da difficoltà sociali, economiche e psichiche.

Molti interventi per essere eseguiti presumevano una attenta valutazione del paziente, i pazienti venivano valutati con scale validate e i loro dati antropometrici venivano rilevati con continuità; quindi per eseguire questi interventi dovrebbe prima essere implementata e consolidata la pratica di valutazione nutrizionale e fisica del paziente anziano all'interno dei reparti. Nei reparti spesso non vengono utilizzate scale di valutazione validate per il riconoscimento e lo screening della malnutrizione e il peso e l'altezza sono spesso dati misurati saltuariamente. Alcuni degli studi hanno anche evidenziato come la valutazione della sarcopenia dell'anziano sia un metodo sensibile da prendere in considerazione nella gestione multifacettata della malnutrizione dell'anziano. Difatti è noto che quando presenti sarcopenia e malnutrizione hanno un effetto sinergico nello sviluppo delle complicanze da malnutrizione e quindi la diagnosi e il trattamento di entrambe potrebbe permettere un'augmentata riduzione del rischio di fragilità e di disabilità.

Le linee guida trovate in letteratura identificano una vasta gamma di interventi attuabili per la gestione della malnutrizione; tuttavia molti di questi interventi sono poco specifici, sono interventi spesso generici e non rivolti ad una singola professione ma a tutti gli operatori sanitari. Come rilevato dallo studio di Malafarina et. al. del 2021 la somministrazione di integratori nutrizionali ad alto contenuto energetico e proteico ha portato a notevoli risultati nella popolazione dei grandi anziani, portando oltre all'aumento del peso corporeo anche all'aumento della massa magra e un miglioramento delle prestazioni fisiche. Questo studio, in linea con quanto affermato dalle linee guida, dimostra che il supporto nutrizionale nei grandi anziani può migliorarne la qualità di vita e lo stato di benessere. La valutazione e la gestione del paziente anziano ospedalizzato e malnutrito deve comunque comprendere una visione più ampia che tenga in considerazione anche la futura gestione del paziente al domicilio in quanto la sola gestione della malnutrizione durante l'ospedalizzazione non darà un miglioramento in termini di prevenzione della fragilità e della disabilità nel lungo termine. In merito quindi ai molti interventi di supplementazione energetica presentati nelle linee guida e attuabili con facilità all'interno dei reparti, la loro efficacia risulterà compromessa nel lungo periodo in quanto questi non sono attuabili anche al domicilio anche per un problema di rimborsabilità dei supplementi orali e verrà meno anche la continuità assistenziale tra interventi ospedalieri e interventi distrettuali che rappresenta un punto cardine dell'anziano fragile. In ogni studio preso in considerazione si nota un fattore molto importante: nessuno degli interventi presi in considerazione si può considerare utile ed efficace se non utilizzato con costanza in modo rigoroso. Non sono interventi singoli da attuare una sola volta; sono interventi che trovano efficacia nel lungo termine, per questo educare il paziente e coinvolgerlo nel percorso di cura risulta fondamentale per aumentare l'aderenza al trattamento (Volkert et. al., 2022)(Pedersen, 2005)(Sheffrin&Yukawa,2020)(Malafarina et. al., 2021). Come abbiamo visto nello studio di Christensson i pazienti anziani se non seguiti e non monitorati tendono al peggioramento dello stato nutrizionale, per questo l'utilizzo di un diario alimentare per monitorare

l'assunzione giornaliera durante i pasti si rivela uno strumento utile per identificare questi pazienti e agire ponendo attenzione alla loro dieta e al loro bisogno durante i pasti per alimentarsi. Il coinvolgimento del paziente nel proprio percorso nutrizionale quondanche anziano migliora non solo l'apporto calorico ma anche la qualità dei cibi assunti e l'apporto nutrizionale come visto dallo studio di Pederson nel 2005.

Nel percorso del paziente anziano malnutrito, la collaborazione fra le figure professionali è essenziale, le consulenze dietistiche dovrebbero essere maggiormente utilizzate per identificare il programma dietetico più adatto per il paziente, le diete non sono tutte uguali e sono particolarmente incisive sulla quantità e sulla qualità dei nutrienti che il paziente deve assumere; il medico invece dovrebbe porre più peso alla diagnosi di malnutrizione in quanto questa condiziona il decorso del ricovero. L'infermiere geriatrico dovrebbe avere le conoscenze e le competenze per attuare in modo efficace questi interventi. La verifica quotidiana del peso e la compilazione settimanale del MNA-SF sono interventi veloci eppure estremamente efficaci per il riconoscimento della malnutrizione, attuabili per tutti i pazienti e senza richiedere lunghe tempistiche per essere eseguiti. Tutti i pazienti geriatrici dovrebbero avere un diario alimentare compilato alla fine di ogni pasto, inoltre i pazienti a rischio e i pazienti già malnutriti dovrebbero ricevere assistenza ed aiuto durante la scelta dei pasti, tenendo in considerazione le loro preferenze ma guidandoli nella scelta degli alimenti più idonei. Sono piccoli interventi, piccole accortezze che però se eseguite in modo rigoroso e metodologico possono portare a grandi benefici per il paziente. Sarebbe forse utile pensare a delle riunioni dove gli infermieri, previa raccolta dati e compilazione delle scale di valutazione, portano all'attenzione di medici e dietisti possibili pazienti a rischio o malnutriti ed assieme valutare un percorso nutrizionale specifico per ogni paziente.

5.2 Limiti dello studio

La revisione effettuata evidenzia una problematica sostanziale e particolarmente evidente: la mancanza di materiale bibliografico. In uno degli articoli presi in esame, precisamente nell'articolo del JCN del 2020, si afferma che è stato il primo articolo ad aver preso in esame interventi specifici infermieristici. Questo ci porta a dedurre che l'argomento in questione è stato poco trattato e probabilmente anche poco preso in considerazione dagli infermieri stessi per molteplici motivazioni. Quello che penso è che sia un argomento particolarmente complicato, che coinvolga molteplici figure come medici, logopedisti, dietisti, infermieri e operatori socio-sanitari. Non essendoci dei limiti ben precisi e non essendoci dei chiari riferimenti all'interno del codice deontologico e del profilo professionale dell'infermiere è possibile che non sia chiaro in che modo e con quali interventi quest'ultimo possa e debba agire.

Negli articoli selezionati si fa spesso riferimenti agli interventi da mettere in atto come dei consigli, abbastanza vaghi, generici e non specifici che non aiutano a definire con precisione i migliori approcci. Se da una parte è abbastanza chiara la fase di monitoraggio e le metodologie con cui eseguirlo, dall'altra parte non sono chiari gli interventi da eseguire.

5.3 Prospettive future

In letteratura è già presente una quantità considerevole di articoli e studi riguardanti lo screening per la malnutrizione, importantissima fase che ci permette di identificare con successo la popolazione colpita. Purtroppo però, manca la ricerca per identificare gli interventi da mettere in atto successivamente all'identificazione del paziente malnutrito. Sembra quindi evidente che sia necessaria in futuro una maggiore attenzione al problema e un maggior coinvolgimento degli infermieri per sviluppare ricerche in tale ambito. Per i prossimi anni sarebbe auspicabile che ci fosse un aumento degli studi riguardanti gli interventi infermieristici da mettere in atto nel caso di pazienti grandi anziani ospedalizzati e malnutriti, sarebbe utile inoltre capire

il grado di consapevolezza che c'è fra gli infermieri per quanto riguarda questo tipo di assistenza. Successivamente alla ricerca e alla revisione degli articoli mi sono interrogato sull'argomento, ponendomi domande che potrebbero essere di spunto per ricerche future, queste domande concentrano i loro quesiti sulla consapevolezza e sulla conoscenza clinica degli infermieri. Inoltre, sarebbe interessante indagare le conseguenze economiche ed organizzative della malnutrizione nelle unità operative a prevalenza geriatrica. Studi ed approfondimenti su questo argomento così vasto e inesplorato potrebbero portare a importanti novità e cambiamenti all'interno dell'assistenza infermieristica geriatrica.

5.4 Conclusioni

Lo scopo di questa revisione è stato quello di identificare quali interventi infermieristici e quali modalità sono maggiormente efficaci per gestire e per prendere in carico un paziente grande anziano ospedalizzato malnutrito. Sempre più parliamo di aspettativa di vita, valore che negli anni continua a crescere; tuttavia, in questo dato non viene tenuto in considerazione della qualità di vita delle persone, vivere a lungo ma risentendo di una scarsa qualità di vita non è necessariamente un traguardo, ecco perché gli interventi nutrizionale sono un ottimo modo per migliorare la qualità di vita nelle persone anziane. Nessuno studio ha riscontrato dati significativi sull'allungamento della vita o sulla prevenzione della morte; tuttavia, non penso sia un parametro da valutare in quanto l'aspettativa di vita nei paesi occidentale ha già raggiunto un valore numerico elevato, quando parliamo di pazienti grandi anziani penso sia più consono valutare la qualità della loro vita. Dalla revisione in questione si evince quanto la figura dell'infermiere sia importante in questo processo; partendo dalla capacità di riconoscere i segni e i sintomi a quella di saper interpretare ed utilizzare le migliori scale di valutazione. Dal monitoraggio alla messa in atto degli interventi, come recita il DM 739/94, l'infermiere è responsabile dell'assistenza infermieristica. Si evidenzia come siano necessarie competenze e conoscenze in campo

nutrizionale, per poter interpretare e valutare i dati e le misurazioni effettuate. Emerge inoltre l'importanza di lavorare e collaborare con più figure professionali, essendo i primi operatori ad effettuare un esame obiettivo sui pazienti ed essendo in possesso progressivamente dei dati dei pazienti che decidiamo di monitorare. Per cui l'infermiere in collaborazione con le altre figure professionali decide e mette in atto il miglior intervento possibile.

BIBLIOGRAFIA

Abby C. Sauer, Carolyn J. Alish, Kelly Strausbaugh, Katherine West, Beth Quatrara, Nurses needed: Identifying malnutrition in hospitalized older adults, *NursingPlus Open*, Volume 2,2016, Pages 21-25,ISSN 2352-9008

Amerio, M.L., & Domeniconi, D. (2010). La malnutrizione. Disponibile su: https://www.simg.it/Riviste/rivista_simg/2010/05_2010/14.pdf

Cederholm, T., Bosaeus, I., Barazzoni, R., Bauer, J., Van Gossum, A., Klek, S., Muscaritoli, M., Nyulasi, I., Ockenga, J., Schneider, S. M., de van der Schueren, M. A., & Singer, P. (2015). Diagnostic criteria for malnutrition - An ESPEN Consensus Statement. *Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland)*, 34(3), 335–340

Christensson, L., Ek, A. C., & Unosson, M. (2001). Individually adjusted meals for older people with protein-energy malnutrition: a single-case study. *Journal of clinical nursing*, 10(4), 491–502

Graeb, F., & Wolke, R. (2021). Malnutrition and Inadequate Eating Behaviour during Hospital Stay in Geriatrics-An Explorative Analyses of NutritionDay Data in Two Hospitals. *Nursing reports (Pavia, Italy)*, 11(4), 929–941

Halter, J.B., Ouslander, J.G., Studenski, S., High, K.P., Asthana, S., Supiano, M.A., & Ritchie, C. (2016). *Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology*, 7e. McGraw Hill / Medical.

Kane, R.L., Ouslander, J.G., Resnick, B., & Malone, M.L. (2017). *Essentials of Clinical Geriatrics*, 8e. McGraw Hill / Medical.

Li, Z., & Heber, D. (2012). Sarcopenic obesity in the elderly and strategies for weight management. *Nutrition reviews*, 70(1), 57–64

Lo Buglio, A., Romano, A., & Vendemiale, G. (2017). La sarcopenia. Disponibile su: https://www.simg.it/Riviste/rivista_simg/2017/01_2017/7.pdf

Malafarina, V., Reginster, J. Y., Cabrerizo, S., Bruyère, O., Kanis, J. A., Martinez, J. A., & Zulet, M. A. (2018). Nutritional Status and Nutritional

Treatment Are Related to Outcomes and Mortality in Older Adults with Hip Fracture. *Nutrients*, 10(5), 555

Malafarina, V., Serra Rexach, J. A., Masanés, F., Cervera-Díaz, M. C., Lample Lacasa, L., Ollero Ortigas, A., & Cruz-Jentoft, A. J. (2021). Results of High-Protein, High-Calorie Oral Nutritional Supplementation in Malnourished Older People in Nursing Homes: An Observational, Multicenter, Prospective, Pragmatic Study (PROT-e-GER). *Journal of the American Medical Directors Association*, 22(9), 1919–1926.e5

McKean, C.S., Ross, J.J., Dressler, D.D., & Scheurer D.B. (2016). *Principles and Practice of Hospital Medicine*, 2e. McGraw Hill / Medical.

Nii, M., Maeda, K., Wakabayashi, H., Nishioka, S., & Tanaka, A. (2016). Nutritional Improvement and Energy Intake Are Associated with Functional Recovery in Patients after Cerebrovascular Disorders. *Journal of stroke and cerebrovascular diseases : the official journal of National Stroke Association*, 25(1), 57–62

Pedersen P. U. (2005). Nutritional care: the effectiveness of actively involving older patients. *Journal of clinical nursing*, 14(2), 247–255

Società Italiana di Gerontologia e Geriatria. (2018). *Atti congressuali: 63° congresso nazionale SIGG*. Disponibile su: <https://www.sigg.it/assets/congressi/63-congresso-nazionale-sigg/atti-del-congresso.pdf>

Pilgrim, A. L., Robinson, S. M., Sayer, A. A., & Roberts, H. C. (2015). An overview of appetite decline in older people. *Nursing older people*, 27(5), 29–35

Società Italiana di Gerontologia e Geriatria. (2019). Quando si diventa “anziani”?. Disponibile su: https://www.sigg.it/wp-content/uploads/2018/12/News_Quando-si-diventa-anziani.pdf

Società Italiana di Gerontologia e Geriatria. (2019). Malnutrizione tanto spesso non rilevata nell’anziano. Disponibile su: https://www.sigg.it/wp-content/uploads/2019/09/News_SIGG-malnutrition-1.pdf

Società Italiana di Nutrizione Umana. (2014). IV Revisione dei Livelli di Assunzione di Riferimento di Nutrienti ed energia per la popolazione italiana (LARN). Tabelle open disponibili su: <https://sinu.it/tabelle-larn-2014/>

Tangvik, R. J., Bruvik, F. K., Drageset, J., Kyte, K., & Hunskaar, I. (2021). Effects of oral nutrition supplements in persons with dementia: A systematic review. *Geriatric nursing (New York, N.Y.)*, 42(1), 117–123

Ten Cate, D., Ettema, R. G. A., Huisman-de Waal, G., Bell, J. J., Verbrugge, R., Schoonhoven, L., Schuurmans, M. J., & Basic Care Revisited Group (BCR) (2020). Interventions to prevent and treat malnutrition in older adults to be carried out by nurses: A systematic review. *Journal of clinical nursing*, 29(11-12), 1883–1902

Volkert, D., Beck, A. M., Cederholm, T., Cruz-Jentoft, A., Hooper, L., Kiesswetter, E., Maggio, M., Raynaud-Simon, A., Sieber, C., Sobotka, L., van Asselt, D., Wirth, R., & Bischoff, S. C. (2022). ESPEN practical guideline: Clinical nutrition and hydration in geriatrics. *Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland)*, 41(4), 958–989

Walter, L.C., Chang, A., Chen, P., Harper, G.M., Rivera, J., Conant, R., Lo, D., & Yukawa, M. (2020). *Current Diagnosis & Treatment Geriatrics*, 3e. McGraw Hill / Medical.

SITOGRAFIA

Malnutrizione, in: https://www.who.int/health-topics/malnutrition#tab=tab_1

Ageing and health, in: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

Statistiche Sperimentali: Previsioni comunali della popolazione, in: <https://demo.istat.it/app/?i=PPC&l=it>

ALLEGATI

Allegato 1. Tabella sintesi studi inclusi nella revisione della letteratura

N°	autore	anno di pubblicazione	titolo dell'articolo	campione, disegno e setting	obiettivi	risultati
1	Christensson et. al.	2001	Individually adjusted meals for older people with protein-energy malnutrition: a single-case study	Ricerca single-case eseguita su 11 soggetti malnutriti su cui sono stati incentrati interventi per 12 settimane, successivamente sono stati in follow-up per ulteriori 6settimane. Su un campione di 261 anziani 87 sono stati identificati come malnutriti. Successivamente sono stati esclusi i pazienti seguendo altri criteri di selezione, 11 soggetti sono stati selezionati alla fine del processo di selezione.	L'obiettivo di questo studio era di indagare l'effetto di 3 mesi di programma di intervento composto da pasti basati sull'alimentazione individuale personalizzata	Concludiamo che l'assistenza infermieristica basata sulle esigenze nutrizionali individuali, risorse e desideri migliora lo stato nutrizionale e la capacità funzionale in a gruppo di pazienti malnutriti.
2	Graeb&Wolke	2021	Malnutrition and Inadequate Eating Behaviour during Hospital Stay in Geriatrics-An Explorative Analyses of NutritionDay Data	Analisi qualitativa. Sono stati raccolti tramite questionari i dati di 156 pazienti di età superiore ai 65anni provenienti da due ospedali. I dati raccolti riguardavano lo stato	Indagare la prevalenza di malnutrizione e i comportamenti alimentari inadeguati in un campione di	L'analisi ha mostrato un comportamento alimentare inadeguato durante la degenza ospedaliera. Inoltre, i pazienti con un'alimentazione

			in Two Hospitals	nutrizionale, l'assunzione di cibo e gli interventi nutrizionali eseguiti. Sono stati utilizzati i questionari ufficiali NutritionDay.	pazienti geriatrici	inadeguata avevano uno stato di salute autoriferito significativamente peggiore rispetto ai pazienti con un'alimentazione adeguata. Tuttavia si è notato un miglioramento dello stato nutrizionale nei pazienti che avevano ricevuto almeno un intervento nutrizionale fra: pasti arricchiti, integratori proteico-energetici, diete specifiche e la stesura di un diario alimentare.
3	Malafarina et. al.	2018	Nutritional Status and Nutritional Treatment Are Related to Outcomes and Mortality in Older Adults with Hip Fracture	Revisione sistematica. Sono stati presi in considerazione 44 studi, che hanno analizzato 26281 soggetti con età media di 84anni.	Riesaminare l'impatto della malnutrizione e del supporto nutrizionale sugli esiti e sulla mortalità nei pazienti anziani con frattura dell'anca	La malnutrizione è stata associata ad un aumento nella mortalità. L'intervento nutrizionale è stato conveniente ed è stato associato a un miglioramento stato nutrizionale e un maggiore recupero funzionale
4	Malafarina et. al.	2021	Results of High-Protein, High-Calorie Oral Nutritional	Studio osservazionale, multicentrico, prospettico. Questo studio è stato	Valutare se l'impatto dei supplementi	Ci sono stati miglioramenti significativi nello stato

			Supplementation in Malnourished Older People in Nursing Homes: An Observational, Multicenter, Prospective, Pragmatic Study (PROT-e-GER)	condotto in 38 case di cura in tutta la Spagna. I medici hanno reclutato i residenti i di età superiore ai 65 anni, con una diagnosi di malnutrizione. Sono stati inclusi un totale di 282 residenti con età media di 86anni. I partecipanti hanno ricevuto giornalmente 2 flaconi di un ONS commerciale ricco di energia e ad alto contenuto proteico per 3 mesi.	nutrizionali orali (ONS) sul piano nutrizionale e funzionale Si possa riscontrare anche nelle persone anziane malnutrite che vivono in case di cura	funzionale misurando dall'indice di Barthel, l'handgrip, l' SPPB e la velocità di andatura. Una buona aderenza è stata registrata nel 94,6% dei partecipanti.
5	Nii et. al.	2016	Nutritional Improvement and Energy Intake Are Associated with Functional Recovery in Patients after Cerebrovascular Disorders	Studio trasversale, retrospettivo. Sono stati esaminati 67 pazienti con disturbi cerebrovascolari ricoverati nel nostro ospedale di riabilitazione tra aprile 2013 e aprile 2015.	Studiare la relazione tra miglioramento nutrizionale e recupero delle ADL	Lo studio ha dimostrato che un miglioramento dello stato nutrizionale era associato a un miglioramento delle ADL in pazienti con disturbi cerebrovascolari durante la convalescenza. L'assistenza nutrizionale potrebbe quindi essere efficace per i pazienti che necessitano di riabilitazione fisica.
6	Pederson P. U.	2005	Nutritional care: the effectiveness of actively involving	Studio clinico sperimentale controllato non randomizzato. Di un	Lo scopo dello studio era di testare l'efficacia	La cura basata sul coinvolgimento attivo dei pazienti nella propria

			older patients	<p>campione di 369 pazienti invitati per lo studio sono stati selezionati 253 pazienti. Di questi 142 sono stati inseriti nel gruppo di controllo e 111 nel gruppo d'intervento. I pazienti ricoverati dal novembre 1995 al luglio 1996 fungevano da gruppo di controllo. Hanno ricevuto cure basate sul piano nutrizionale infermieristico standard del reparto. Da luglio 1996 al settembre 1996 sono state implementate le modifiche appropriate nella pianificazione di reparto. I pazienti ricoverati da settembre 1996 a marzo 1997 erano il gruppo di intervento.</p>	<p>dell'assistenza infermieristica basata sul coinvolgimento attivo dei pazienti nella loro cura nutrizionale</p>	<p>alimentazione cura ed è risultato essere un metodo efficace per aumentare l'assunzione di energia e proteine tra i pazienti</p>
8	Tangvik et. al.	2020	<p>Effects of oral nutrition supplements in persons with dementia: A systematic review</p>	<p>Revisione sistematica. PubMed, Medline, Embase, CINAHL e il Cochrane Central Register of Controlled Trials sono stati consultati a dicembre 2017, e nuovamente a maggio 2019. Sono stati inclusi dieci</p>	<p>Valutare gli effetti degli integratori alimentari orali (ONS) sullo stato nutrizionale e valutare gli esiti cognitivi e fisici</p>	<p>Il peso corporeo, la massa muscolare e i biomarcatori nutrizionali nel sangue sono migliorati nei gruppi di intervento rispetto ai gruppi di controllo. ONS aumenta</p>

				articoli che riportano nove studi clinici. Sono state incluse un totale di 407 persone con demenza, di cui 228 hanno utilizzato ONS per 7-180 giorni.	nelle persone anziane con demenza	l'assunzione di energia e proteine e migliora lo stato nutrizionale nelle persone anziane
9	Ten Cate et. al.	2019	Interventions to prevent and treat malnutrition in older adults to be carried out by nurses: A Systematic review	Revisione sistematica della letteratura. Sono stati inclusi 21 studi clinici randomizzati e controllati selezionati partendo da una ricerca nei database che aveva dato 2535 risultati; sono stati valutati gli effetti e i risultati degli interventi utilizzati negli studi clinici in base a 10 criteri di miglioramento	Identificare gli interventi per prevenire e curare la malnutrizione negli anziani, che possono essere integrati nell'assistenza infermieristica, e per valutare gli effetti di questi interventi nelle situazioni di malnutrizione	Gli interventi individuati sono stati: supplementi nutrizionali orali, fortificazione o arricchimento di alimenti/fluidi, consulenza dietetica e interventi educativi. Sono stati riscontrati miglioramenti nell'assunzione di proteine e nell' aumento dell' indice di massa corporea

Allegato 2. Tabella sintesi linee guida incluse nella revisione della letteratura

N°	autore	anno di pubblicazione	titolo dell'articolo	campione, disegno e setting	obiettivi	risultati
1	Volker et. al.	2022	Guidelines ESPEN: clinical nutrition and hydration in geriatric	Linee guida/revisione sistematica. Il 4 luglio 2016 è stata eseguita una ricerca bibliografica completa e sistematica sulla base di 33 domande cliniche in formato PICO (popolazione di interesse, interventi, confronti, risultati). Le prove esistenti sono state classificate secondo il sistema di classificazione SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network). Le raccomandazioni sono state sviluppate e classificate in quattro classi (A/B/O/GPP)	Fornire raccomandazioni basate sull'evidenza per la nutrizione clinica e l'idratazione nelle persone anziane al fine di prevenire e/o curare la malnutrizione e la disidratazione	Forniamo ottantadue raccomandazioni basate sull'evidenza per l'assistenza nutrizionale nelle persone anziane