
Factsheet sugli Indicatori di qualità per le cure stazionarie di lunga durata – Malnutrizione

Com'è definito l'indicatore malnutrizione?

La malnutrizione si misura in base alla perdita di peso. L'indicatore di qualità è così definito:

- percentuale di residenti che accusano una perdita di peso del 5% o più nel corso degli ultimi 30 giorni o del 10% o più nel corso degli ultimi 180 giorni.

Criteri d'esclusione. I seguenti residenti sono esclusi dalla rilevazione dell'indicatore di qualità:

- residenti con una speranza di vita inferiore a 6 mesi;
- residenti valutati al momento dell'ammissione nelle case per anziani (CPA).

I residenti in condizione di fine della vita sono da escludere perché, in questi casi, la perdita di peso è attesa e non è un indicatore di qualità delle cure prestate dalle CPA. Il secondo gruppo è escluso perché l'indicatore di qualità misura la perdita di peso negli ultimi 180 giorni e la CPA non ha influito sulla perdita di peso avuta prima dell'ammissione.

Adeguamento dei rischi: le seguenti caratteristiche dei residenti vengono utilizzate per l'adeguamento dei rischi: livello di cure e deficit cognitivo (misurato con la Cognitive Performance Scale CPS).

In certe persone, la perdita di peso può pure essere un segnale positivo, per es. di un'alimentazione più equilibrata o di una migliore terapia (per es. diuretici). Di conseguenza, ci si può attendere una perdita di peso in una certa percentuale di residenti nelle CPA.

Perché la malnutrizione è utilizzata come indicatore di qualità?

- La malnutrizione è intesa come una mancanza di proteine e di nutrienti specifici e la perdita di peso ne è un sintomo. La malnutrizione è rilevata come indicatore di salute sulla base di una perdita di peso esistente.
- Le persone anziane presentano un rischio accresciuto di malnutrizione che aumenta dopo l'ammissione nella CPA a causa di cambiamenti a livello della quantità di alimenti ingeriti, della biodisponibilità di nutrienti e della ridotta capacità di reagire allo stress metabolico durante le malattie. Mentre i bisogni in energia diminuiscono con l'età, i bisogni in nutrienti restano gli stessi o aumentano.
- La malnutrizione nelle CPA è associata al maggior rischio di morbilità e mortalità (cfr. riquadro).
- Tendenzialmente, la malnutrizione nelle CPA non è identificata oppure è sottostimata o insufficientemente trattata.

- La rilevazione della perdita di peso favorisce l'identificazione e il trattamento della malnutrizione e contribuisce a migliorare la qualità di vita dei residenti.

Con quale frequenza i residenti risultano malnutriti?

Misurata in termini di perdita di peso, la prevalenza di malnutrizione nelle CPA svizzeri è stimata fra il 5% e il 34%.

Quali sono le possibili conseguenze della malnutrizione?

- Aumento della morbilità e della mortalità.
- Aumento del rischio di ospedalizzazione, tasso di complicanze più elevato, durata più lunga delle ospedalizzazioni.
- Debolezza e fragilità crescenti, minore funzionalità, capacità ridotta di fare attività, regressione della capacità riabilitativa e della qualità di vita.
- Aumento del rischio di infezioni nosocomiali, cadute, fratture, decubiti come pure peggioramento di malattie croniche, recupero più lento, guarigione delle piaghe più lenta e infezioni persistenti.
- Carenze di vitamine e minerali.
- Aumento dei costi.

Quali fattori sono legati alla malnutrizione?

Residenti

- Cause mediche:
 - Malattie croniche (per es. insufficienza cardiaca, BPCO), cure palliative.
 - Debolezza generale, spossatezza.
 - Disturbi gastro-intestinali (per es. sindrome da malassorbimento, disfagia, Helicobacter pylori).
 - Disturbi metabolici, diabete.
 - Infezioni croniche.
 - Tumori maligni.
 - Handicap fisici (per es. artrite, sequele dell'ictus), dipendenza nello svolgimento delle attività della vita quotidiana, necessità di aiuto per i pasti, mobilità e forza muscolare ridotta.
 - Dipendenza dall'alcool, altre dipendenze.
 - Problema di deglutizione o di masticazione (per es. legati al morbo di Parkinson, demenza, ictus), stato bucco-dentario precario (per es. stato dentario compromesso, protesi mal posizionata, bocca secca, infezioni bucco-dentarie).
 - Perdita d'appetito (per es. come effetto secondario di un medicamento).
 - Cambiamento del gusto, alterazione della percezione sensoriale.
 - Effetti legati a malattie croniche, a trattamento o a medicinali, per es. nausea, dolori.
 - Polimedicazione.
- Cause legate a disturbi psichici o cognitivi:

- Disturbi affettivi, depressione, ansia.
- Disturbi dell'alimentazione, anoressia.
- Demenza, delirio.
- Cause sociali:
 - Isolamento sociale, solitudine.

Personale

- Mancanza di formazione sulla malnutrizione, mancanza di conoscenze sull'importanza del depistaggio e del trattamento della malnutrizione.

Organizzazione

- Assenza di protocolli standardizzati, di linee direttive o di istruzioni sulla presa in carico della malnutrizione.
- Mancanza di collaborazione interprofessionale (per es. tra medici, infermieri, cucina, servizio alberghiero, dietisti, logopedisti).
- Pasti non adatti ai residenti (quantità, gusto, temperatura, aspetto, consistenza), cucina non concepita per l'età.
- Atmosfera o ambiente sgradevole per consumare i pasti (per es. odori, rumori, interruzioni durante il pasto, commensali, decorazione e organizzazione dei locali).
- Orari dei pasti inadeguati e/o inflessibili.
- Mancanza di aiuti o di sostegno emotivo durante i pasti.
- Mancanza di ausili per mangiare (per es. coperti da tavola adatti a residenti con emiplegia).
- Mancanza di attrezzature o strumenti inadatti per determinare il peso.

Di che cosa tener conto nella rilevazione degli indicatori di qualità?

In linea di principio, la raccolta di dati è regolamentata nei manuali degli strumenti di raccolta di dati. Di seguito, alcune osservazioni sulla rilevazione degli indicatori.

L'indicatore è calcolato sulla base di due criteri:

- perdita di peso del 5% o più durante gli ultimi 30 giorni;
- perdita di peso del 10% o più nel corso degli ultimi 180 giorni.

L'indicatore è considerato adempiuto se uno dei due criteri o entrambi i criteri sono costatati.

- Chiedete al residente o ai suoi famigliari se si è verificata una variazione del peso nel corso dei 30 o 180 giorni.
- Se il residente ha trascorso più di 30 o più di 180 giorni nell'istituto socio-sanitario, la perdita di peso è calcolata sulla base delle misurazioni del peso registrate nella cartella delle cure del residente. È raccomandato di misurare il peso dei residenti mensilmente.

- Al momento della pesata, occorre rispettare i seguenti punti:
 - se possibile, pesare i residenti nello stesso momento della giornata e nelle stesse condizioni, per es. ogni volta utilizzare la stessa bilancia;
 - verificare la taratura della bilancia;
 - per i residenti allettati, se possibile utilizzare una bilancia per sedia a rotelle quando i residenti sono mobilizzati con la sedia a rotelle.
- Se avete difficoltà a calcolare le percentuali, chiedete a un/una collega di effettuare il calcolo e di verificarlo.

La rilevazione dell'indicatore di qualità esclude i residenti la cui speranza di vita è inferiore a 6 mesi. Rispondete a questa domanda sulla base di una valutazione dell'équipe interprofessionale. Si tratta di una valutazione e la situazione può cambiare.

Misure possibili per ridurre la perdita di peso

Diversi protocolli standardizzati o direttive danno indicazioni sul trattamento della malnutrizione. In linea di principio, è importante affrontare sia lo stato di malnutrizione sia le cause che ne sono all'origine.

Fattori

Residenti

- Cause mediche.
- Disturbi cognitivi, disturbi psichici.
- Cause sociali.



Misure

- Depistaggio della malnutrizione (per es. uso di strumenti di depistaggio come il Mini-Nutritional Assessment (MNA) con misurazione regolare del peso, osservazione della quantità di cibo consumata).
- In caso di indicazioni di malnutrizione: effettuare una valutazione completa in seno all'équipe interprofessionale. Esaminare i fattori di rischio, le abitudini alimentari, i problemi di salute.
- Fissare obiettivi e adottare misure:
 - eliminare le cause;
 - creare un ambiente gradevole durante i pasti;
 - offrire l'aiuto e il sostegno necessario al momento dei pasti;
 - modificare i pasti e il cibo (per es. secondo i desideri dei residenti, fingerfood);
 - arricchire il cibo (per es. alimenti ricchi come la panna, il burro, l'olio o i concentrati nutritivi come la Maltodestrina, la polvere di proteine);
 - offrire alimentazione liquida.

Personale

- Mancanza di formazione sulla malnutrizione, mancanza di conoscenze sull'importanza del depistaggio e del trattamento della malnutrizione.



- Offrire formazioni continue e aggiornamenti regolari, formazioni per la presa in carico di gruppi particolarmente vulnerabili (per es. persone affette da demenza o deficit visivi).
- Rafforzare la collaborazione interprofessionale sulla nutrizione dei residenti.

Organizzazione

- Mancanza di protocolli, di direttive o di istruzioni sulla presa in carico della malnutrizione.
- Assenza di collaborazione interprofessionale.
- Offerta alimentare insoddisfacente.
- Ambiente dei pasti sgradevole.
- Orari dei pasti inadeguati e inflessibili.
- Mancanza di sostegno e aiuto durante i pasti.
- Mancanza di ausili adatti per alimentarsi.
- Strumenti inadatti o mancanza di attrezzature per la misurazione del peso.



- Introdurre protocolli standardizzati con una chiara regolamentazione delle responsabilità in materia di depistaggio, esame e trattamento.
- Eventualmente istituire una commissione per l'alimentazione, se possibile coinvolgendo i residenti
- Creare un'atmosfera gradevole durante i pasti.
- Pianificare l'offerta in maniera adeguata ai bisogni
- Rilevare le biografie alimentari e organizzare la pianificazione dell'offerta in corrispondenza
- Osservare i livelli di consistenza
- Mettere a disposizione integratori alimentari e alimenti liquidi.
- Disporre di coperti da tavola adatti.
- Flessibilità negli orari dei pasti, tempo sufficiente per mangiare, offerta di spuntini.
- Dotazione di personale adeguata per sostenere l'apporto alimentare.
- Permettere l'accesso a trattamenti dentari e/o a terapisti e/o consulenti in nutrizione.

Risorse supplementari

- Sito internet Curaviva: [IL RUOLO DEL/DELLA DIETISTA NELLE CASE PER ANZIANI E NEGLI ISTITUTI DI CURA](#), 2017.
- Manuali d'uso di BESA, Q-Sys, Plaisir/Plex.

Bibliografia

- Ahmed, T., & Haboubi, N. (2010). Assessment and management of nutrition in older people and its importance to health. *Clinical Interventions in Aging*, 5, 207-21
- Bosshard Taroni, W., & Pralong, G. (2011). Detection du risque de malnutrition chez la personne âgée. *Revue Médicale Suisse*, 7(294), 1056-1057.
- Imoberdorf, R., & Ballmer, P. E. (2014). Die Epidemiologie der Mangelernährung. *Therapeutische Umschau*, 71(3), 123-126. doi:10.1024/0040-5930/a000492
- Löser, C. (2014). Ursachen und Klinik der Mangelernährung. *Therapeutische Umschau*, 71(3), 135-139. doi:10.1024/0040-5930/a000494.
- Simmons, S. F., Peterson, E. N., & You, C. (2009). The accuracy of monthly weight assessments in nursing homes: Implications for the identification of weight loss. *Journal of Nutrition Health and Aging*, 13(3), 284-288.
- Tamura, B. K., Bell, C. L., Masaki, K. H., & Amella, E. J. (2013). Factors associated with weight loss, low BMI, and malnutrition among nursing home patients: A systematic review of the literature. *Journal of the American Medical Directors Association*, 14(9), 649-655. doi:10.1016/j.jamda.2013.02.022
- Volkert, D., Bauer, J. M., Frühwald, T., Gehrke, I., Lechleitner, M., Lenzen-Großimlinghaus, R., Wirth, R., Sieber, C., DGEM Steering Committee (2013). Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) in Zusammenarbeit mit der GESKES, der AKE und der DGG. Klinische Ernährung in der Geriatrie. Teil des laufenden S3-Leitlinienprojekts Klinische Ernährung. *Aktuelle Ernährungsmedizin*, 38(03), e1–e48. doi:10.1055/s-0033-1343169

Editore

CURAVIVA Svizzera, Settore specializzato persone anziane
Zieglerstrasse 53
Casella postale 1003
3000 Berna 14

Contatto: Daniel Domeisen, Economia della salute pubblica, d.domeisen@curaviva.ch

Autori

Raphaëlle-Ashley Guerbaai, Dott.ssa Franziska Zúñiga
Istituto di Scienze Infermieristiche, Department of Public Health, Facoltà di medicina,
Università di Basilea

© CURAVIVA Svizzera, novembre 2018