

LA MALNUTRIZIONE NELL'ANZIANO



LA GESTIONE E IL TRATTAMENTO AL DOMICILIO



LA MALNUTRIZIONE

“CONDIZIONE PATOLOGICA CARATTERIZZATA DALLA DISCREPANZA TRA I FABBISOGNI ORGANICI NUTRIZIONALI SPECIFICI E LA REALE UTILIZZAZIONE DEI NUTRIENTI E DELLE CALORIE INTRODOTTE”

(Council on Food and Nutrition, American Medical Association)

Più nello specifico: nel caso di obesità si parla di una malnutrizione per eccesso, in caso di sottanutrizione (come spesso avviene per gli anziani) si parla di malnutrizione per difetto. E' in quest'ultimo caso che spesso gli aiuti non arrivano, perché quasi passa inosservata.

LA MALNUTRIZIONE NELL'ANZIANO

PRIMARIA: è legata alle condotte alimentari inappropriate influenzate da fattori fisiologici, patologici, socio-economici ed ambientali.

SECONDARIA: dipende soprattutto dall'alterazione della capacità digestiva, dal ridotto potenziale d'assorbimento intestinale e dalla scarsa metabolizzazione dei nutrienti; tutto questo è aggravato da una ridotta percezione degli stimoli corporei (fame e sete) e dalla predisposizione a comorbidità psichiatriche (disturbi depressivi e/o ansiosi) o neuro-degenerative (morbo di Alzheimer, di Parkinson ecc).



Sentire parlare di malnutrizione è facile per i paesi poveri, del terzo mondo... in realtà basta entrare a casa della vicina di pianerottolo, anziana, sola e senza parenti, per accorgersi che il problema è reale e concreto anche a 10 metri da noi.

**In Svizzera circa un terzo della popolazione non si cura di seguire un'alimentazione sana
(dati UST – Ufficio Federale di Statistica)**

Gli anziani sono una parte di popolazione particolarmente incline ad essere oggetto e soggetto di denutrizione (un'indagine in sette ospedali della Svizzera tedesca ha confermato che la malnutrizione dei pazienti ricoverati è mediamente del 18%).

Malnutrizione → Aumentato rischio di infezioni → Prolungamento degenza →

Aumento costi individuali e sociali...



INCIDENZA DELLA MALNUTRIZIONE

- IL RISCHIO DI SVILUPPARE MALNUTRIZIONE ED I SUOI EFFETTI AUMENTANO CON L'ETA'



- Più del 60% dei pazienti anziani **ospedalizzati** sono malnutriti
- Il **rischio** di complicanze e di morte aumentano con la gravità della malnutrizione
- Il **decorso clinico** del paziente anziano è condizionato e condiziona l'introito calorico
- La mancanza di adeguati nutrienti è associata a significativo **peggioramento dello stato nutrizionale**

EPIDEMIOLOGIA DELLA MALNUTRIZIONE

Figura n°2: Percentuale di persone > 65 anni nei prossimi anni in Svizzera.

Fonte: Ufficio federale di statistica. Enciclopedia statistica della Svizzera.

SCENARIO.

anno	2000	2010	2020	2030	2040	2050
	15.4%	17.2%	19.6%	22.3%	23.3%	22.8%

Figura n°3: Confronto dei tassi di complicazione tra pazienti in buone condizioni nutrizionali e pazienti malnutriti.

Fonte: Clin Nutr 2003; 22, 235-239. Isabel et al.



In base a questo assunto si può stimare il seguente risparmio (calcolo basato sull'attività 2004 dell'ospedale della Beta Vergine di Mendrisio).

Presupponendo che il 10% dei pazienti ricoverati nei reparti di medicina e chirurgia sono in uno stato di malnutrizione ciò significa che:

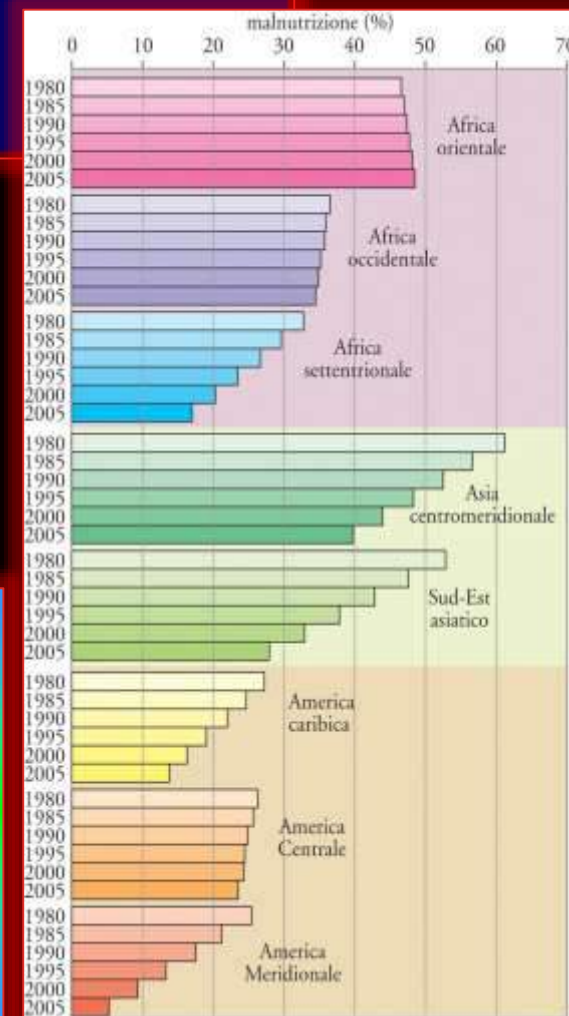
Numero di pazienti ricoverati in medicina e chirurgia nel 2004	3977
10% stimati come malnutriti e adeguatamente trattati	397
Costo di 1 giornata di cura, media tra medicina Fr 656 e chirurgia Fr 931	Fr 793.50
Risparmio per 1 paziente: Fr 793.50 x 5 giornate di degenza	Fr 3967.50
Risparmio per 397 pazienti: Fr 3967.50 x 397 pazienti	Fr 1575097

Tra le patologie quelle più frequentemente associate a perdita di peso sono:

1. neoplasie (3-36%)
2. problemi GI e di masticazione (14-19%)
3. depressione e disturbi della psiche (9-42%)



Abbiamo preso come esempio la Svizzera: il 20 - 30% della popolazione è in sovrappeso e quasi il 5% è obesa.



Al domicilio i primi a farsi carico di questo compito di controllo dovrebbero essere i familiari, ma non sempre ci sono.

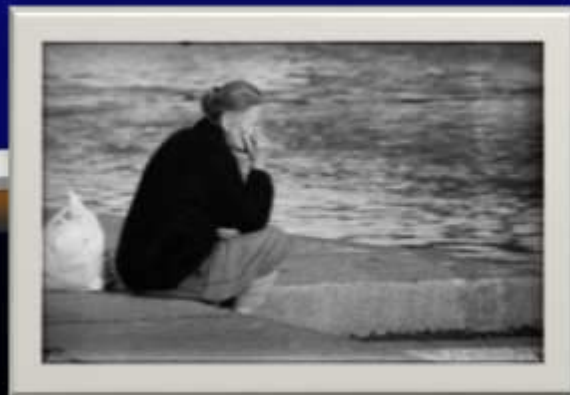
I medici di base e gli operatori ACD hanno quindi un ruolo importante per riconoscere i primi sintomi di malnutrizione.

Per poter salvare una persona da un baratro, da cui sovente non vi è ritorno, spesso è sufficiente attuare un'attenta anamnesi alimentare, conoscere la situazione economica del paziente, calcolare il BMI, e avere un occhio attento.



CAUSE DI MALNUTRIZIONE NELL'ANZIANO

- DISABILITA' FISICA
- DIFFICOLTA' ECONOMICHE
- SOLITUDINE
- PROBLEMI DENTARI
- ALTERAZIONI DELLA MUCOSA DEL TUBO DIGERENTE
- DEPRESSIONE
- DEMENZA
- POLIPATOLOGIA E POLIFARMACOTERAPIA



Con l'invecchiamento si assiste spesso ad una riduzione dell'appetito e dell'apporto nutrizionale.

Perché?

Modifiche anatomico - funzionali dello stomaco

Modifiche ormonali: aumento della leptina e della colecistochinina con precoce inibizione del centro di controllo dell'appetito nell'ipotalamo

Riduzione della sensibilità gustativa e olfattiva

Riduzione della motilità e dell'acuità visiva

Frequenti problemi dentali o edentulia

Precoce senso di sazietà

Riduzione del "piacere" derivante dalla degustazione

Riduzione della capacità a preparare cibi elaborati

Problemi di digestione

A
N
O
R
E
S
S
I
A
D
E
L
L
A
N
Z
I
A
N
O

Aumento del
colesterolo

Malattie
cardiocircolatorie

Arterosclerosi

Sovvrappeso
e obesità

ABITUDINI
ALIMENTARI
ERRATE

Anemia

Diabete

Carie
dentaria

Osteoporosi



COME RICONOSCERE E TRATTARE LA MALNUTRIZIONE AL DOMICILIO

VALUTAZIONE DEL RISCHIO NUTRIZIONALE (SCREENING)

- IDENTIFICA IL PAZIENTE MALNUTRITO O A RISCHIO DI MALNUTRIZIONE -

La valutazione del rischio nutrizionale è quel processo necessario all'identificazione di una o più caratteristiche che, singolarmente o associate fra loro, possono contribuire alla comparsa di malnutrizione. Viene effettuata attraverso diverse metodiche:

- **Cliniche** (cute, capelli, estremità,...)
- **Antropometriche** (peso, BMI, pliche, circonferenze,...)
- **Strumentali**
- **Inchiesta dietetica**
- **Laboratorio** (albuminemia, conta linfocitaria,...)



Esistono quindi diversi strumenti mirati a definire la gravità e la tipologia di malnutrizione:

- **MNA®** (Mini Nutritional Assessment)
- **GPC** (Griglia porzioni consumate)

VALUTAZIONE NUTRIZIONALE

Riconoscere quanto prima un quadro di malnutrizione è fondamentale nel fine di prevenire complicazioni. Al domicilio, già in prima visita è possibile osservarne i segni...

- **VALUTAZIONE CLINICA:**

ESAME CLINICO OBIETTIVO IN CORSO DI MALNUTRIZIONE

- ✓ calo ponderale progressivo
- ✓ edemi arti inferiori, ascite
- ✓ edemi sacrali, piaghe da decubito
- ✓ masse muscolari ipotrofiche e pannicolo adiposo scarso
- ✓ manifestazioni cutaneo mucose ed annessi cutanei:
 - CAPELLI: fragili, secchi, radi, cadenti
 - OCCHI: affossati, arrossati, disidratati
 - LABBRA: tumefatte, rosse, con fessure ai lati
 - GENGIVE: sanguinanti, rosse
 - LINGUA: tumefatta, rossa, fessurata
 - CUTE: secca, iperpigmentata, desquamata
 - UNGHIE: a forma di cucchiaino, fragili, rigate
 - VISO: pallido
- ✓ alterazioni neuro-muscolari, muscolo-scheletriche (tremori, fascicolazioni, movimenti involontari)



- **ANAMNESI ALIMENTARE:** rilevazione per ricordo, rilevazione diretta con diario alimentare.
- **DATI ANAMNESTICI:** comorbidità, terapie farmacologiche, interventi chirurgici, ecc.

La valutazione dello stato di nutrizione deve essere ovviamente ripetuta periodicamente così da effettuare un vero monitoraggio nutrizionale.

MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT (MNA®)

L'MNA® è uno strumento di monitoraggio e valutazione messo a punto da Nestlè e geriatri di fama internazionale, ideato allo scopo di individuare i pazienti anziani a rischio di malnutrizione (ciò consente ai medici di intervenire tempestivamente al fine di fornire un adeguato supporto nutrizionale, prevenire l'ulteriore deterioramento e migliorare i risultati del paziente).

È un test composto da 18 domande a risposta multipla dove ogni risposta data corrisponde ad un punteggio. Si divide in due parti:

- **MNA® SHORT FORM:** è composta da 6 domande. Nel caso in cui il soggetto superi i 12 punti, non è necessario che continui il test (il rischio nutrizionale è molto basso);
- **VALUTAZIONE GLOBALE:** da compilare se il punteggio è inferiore o uguale a 11 punti.

Il MNA è uno strumento di valutazione con una scala affidabile e soglie ben definite, utilizzabili da personale sanitario. Dovrebbe essere incluso nella valutazione geriatrica ed è proposto nei dati minimi per interventi nutrizionali.

MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT MNA

Area anagrafica: nome, sesso, età, altezza, peso e data di compilazione

Prima parte, MNA® short form: 6 domande. Nel caso in cui il soggetto superi i 12 punti, non è necessario che continui il test (il rischio nutrizionale è molto basso); se invece il punteggio è inferiore o uguale a 11 punti, è necessario proseguire con le successive domande presenti nella seconda parte del test.

Seconda parte: 12 domande anch'esse a risposta multipla. Indicherà il livello (basso, medio o alto) del rischio nutrizionale.

Valutazione dello stato nutrizionale:

- Da 24 a 30 punti: stato nutrizionale normale
- Da 17 a 23 punti: rischio di malnutrizione
- Meno di 17 punti: Cattivo stato nutrizionale

Nestlé Nutrition Institute Mini Nutritional Assessment **MNA®**

Cognome: _____ Nome: _____

Sesso: _____ Età: _____ Peso, kg: _____ Altezza, cm: _____

Indicare la data di compilazione: _____

Spiegazione: Rispondere alla prima parte del questionario indicando, per ogni domanda, il punteggio appropriato. Sommare i punteggi della valutazione di screening e se il risultato è uguale o inferiore a 11, compilare il questionario per ottenere una valutazione dello stato nutrizionale.

Screening

A. Presente una perdita dell'appetito? (ha mangiato meno negli ultimi 3 mesi? (perdita d'appetito, problemi digestivi, difficoltà di masticazione o deglutizione)?
 0 = grave riduzione dell'assunzione di cibo
 1 = moderata riduzione dell'assunzione di cibo
 2 = nessuna riduzione dell'assunzione di cibo

B. Perdita di peso recente (3 mesi)?
 0 = perdita di peso > 3 kg
 1 = non sa
 2 = perdita di peso tra 1 e 3 kg
 3 = nessuna perdita di peso

C. Multitask?
 0 = dal letto alla poltrona
 1 = poltrona a domicilio
 2 = casa di cura

D. Nell'arco degli ultimi 3 mesi, malattie acute o stress psicologici?
 0 = sì
 1 = no

E. Problemi neuropsicologici?
 0 = demenza o disorientamento grave
 1 = demenza moderata
 2 = nessun problema psicologico

F. Indice di massa corporea (IMC) (peso / altezza²) in kg/m²?
 0 = IMC < 16
 1 = 16 ≤ IMC < 21
 2 = 21 ≤ IMC < 23
 3 = IMC ≥ 23

Valutazione di screening (total points max 14 points)
 13-14 points: stato nutrizionale normale
 9-11 points: rischio di malnutrizione
 0-8 points: malnutrizione

Per una valutazione più approfondita, continuare con le domande 1-12.

Valutazione globale

G. Il paziente vive solitamente a domicilio?
 1 = sì
 0 = no

H. Frequente più di 5 malori nel giorno?
 0 = sì
 1 = no

I. Presenza di disturbi, ulcere cutanee?
 0 = sì
 1 = no

J. Quanto peso mangia al giorno?
 0 = 1 porzione
 1 = 2 porzioni
 2 = 3 porzioni

K. Consuma?
 + Almeno una volta al giorno:
 - due porzioni latticini (cassia, latte, yogurt, ecc.)
 - uno o due volte la settimana: uova o legumi?
 - tre giorni alla settimana:
 - del pesce o del pollame?
 0 = sì
 1 = no

L. Consuma almeno due volte al giorno frutta o verdure?
 0 = sì
 1 = no

M. Quanti bicchieri beve al giorno? (acqua, succo, caffè, tè, latte...)
 0 = meno di 3 bicchieri
 1 = da 3 a 5 bicchieri
 2 = più di 5 bicchieri

N. Come si muove?
 0 = necessita di assistenza
 1 = autonomamente con difficoltà
 2 = autonomamente senza difficoltà

O. Il paziente si considera ben nutrito? (in base ai problemi nutrizionali)
 0 = malnutrizione grave
 1 = malnutrizione moderata o non sa
 2 = nessun problema nutrizionale

P. Il paziente considera il suo stato di salute migliore rispetto a altre persone della sua età?
 0 = meno buono
 1 = uguale
 2 = migliore

Q. Conferenza finale (CF, max)
 0 = CF + 21
 1 = CF + 21 o CF + 22
 2 = CF + 22

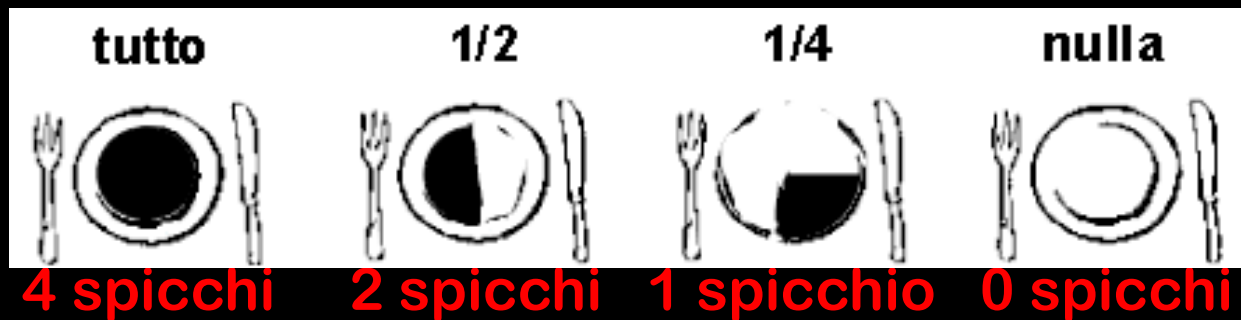
R. Conferenza del punteggio (CP, max)
 0 = CP + 31
 1 = CP + 31

Valutazione globale (max 30 points)
 Screening
 Valutazione finale (max 16 points)
 Valutazione dello stato nutrizionale

24-30 da 24 a 30 punti: stato nutrizionale normale
 17-23 da 17 a 23,3 punti: rischio di malnutrizione
 meno 17 punti: cattivo stato nutrizionale

CONTROLLO ALIMENTAZIONE: GRIGLIA PORZIONI CONSUMATE (GPC)

La GPC è uno strumento necessario al caregiver per valutare l'introito alimentare della persona della quale si occupa. Ogni piatto è rappresentato da 4 spicchi. Verrà indicato quanto del piatto servito è stato effettivamente consumato:



La valutazione della quantità di porzione consumata deve avvenire dopo ogni pasto e può essere utilizzata dal caregiver anche per determinare meglio quali siano i piatti e gli alimenti che più vengono apprezzati dal soggetto di cui si occupano.

Per ogni settimana compilata si dovranno fare dei semplici calcoli per valutare il rischio nutrizionale del paziente in base al punteggio ottenuto. Il calcolo consiste nella somma degli spicchi consumati. Una porzione completa corrisponde a 4 spicchi.

Gli alimenti, e quindi le porzioni consumate, sono raggruppati in funzione delle caratteristiche nutrizionali in 4 gruppi principali. Ad ogni gruppo alimentare, per semplificare la valutazione, corrisponde un colore:



- **GRIGIO** per latte e derivati
- **GIALLO** per cereali e tuberi
- **VERDE** per ortaggi e frutta
- **ROSA** per carne, pesce e uova

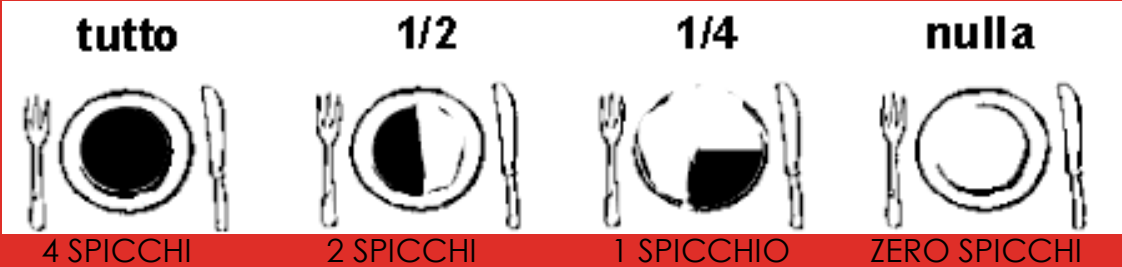
Di seguito verranno riportati i valori secondo i quali il soggetto potrà essere considerato a basso, medio o ad alto rischio nutrizionale.

Nome.....
Sesso.....
Età.....
Data inizio controllo.....

		lun	mart	merc	gio	ven	sab	dom	tot
COLAZIONE	Latte o Yogurt								
	Alimenti colazione								
SPUNTINO	frutta								
PRANZO	primo								
	secondo								
	contorno								
	pane								
	frutta								
MERENDA	Latte o yogurt								
CENA	primo								
	secondo								
	contorno								
	pane								
	frutta								

GRIGLIA PORZIONI CONSUMATE GPC

Ogni ovale rappresenta un piatto di portata. In base alla quantità di cibo che viene mangiata si dovrà colorare la porzione dell'alimento consumato secondo il seguente schema:



- Per “primo piatto” si intende un piatto a base prevalentemente di cereali (pasta, riso, farro, orzo...).
- Per “secondo piatto” si intende un piatto a base di carne, pesce, uova o formaggi.
- Per “contorno” si intende un piatto a base di verdure (crude o cotte).
- Per “alimenti colazione” si intendono tutti gli alimenti solidi comunemente consumati durante la colazione (fette biscottate, biscotti secchi o frollini, cereali, pane...).

DI SEGUITO SONO RIPORTATI I VALORI SECONDO I QUALI IL SOGGETTO PUÒ ESSERE CONSIDERATO A BASSO, MEDIO O AD ALTO RISCHIO NUTRIZIONALE.

GRUPPO ALIMENTARE		TOTALE SPICCHI «CONSUMATI» IN 7 GIORNI	
LATTE e DERIVATI		COLAZIONE + MERENDA	.../56
CEREALI e TUBERI		COLAZIONE + PRANZO + CENA	.../140
ORTAGGI e FRUTTA		SPUNTINO + PRANZO + CENA	.../140
CARNE, PESCE e UOVA		PRANZO + CENA	.../56
LATTE E DERIVATI: TOTALE SPICCHI DI «LATTE e YOGHURT» CONSUMATI IN 7 GIORNI			
Più di 50 spicchi consumati (~90%)		BASSO rischio nutrizionale	
Da 39 a 50 spicchi consumati (~70%)		MEDIO rischio nutrizionale	
Meno di 39 spicchi consumati (<70%)		ALTO rischio nutrizionale	
CEREALI E TUBERI Tot. spicchi di “pane, 1° piatto e alimento prima colazione” “consumati” in una settimana			
Più di 126 spicchi consumati (~90%)		BASSO rischio nutrizionale	
Da 98 a 126 spicchi consumati (~70%)		MEDIO rischio nutrizionale	
Meno di 98 spicchi consumati (<70%)		ALTO rischio nutrizionale	

...e in tal modo per «ORTAGGI e FRUTTA» e «CARNE, PESCE e UOVA».

Per definire il rischio nutrizionale globale si considera il valore peggiore tra quelli di “latte e derivati”, “cereali e tuberi”, “ortaggi e frutta”, “carne, pesce e uova”.

Nome *Mario. Rossi* Sesso *M.* Et  *72* Data inizio controllo *01/01/2011*

		lun	mart	merc	gio	ven	sab	dom	tot
COLAZIONE	Latte o Yogurt								28
	Alimenti colazione								28
SPUNTINO	frutta								14
PRANZO	primo								26
	Secondo								13
	contorno								14
	pane								24
	frutta								18
MERENDA	Latte o yogurt								14
CENA	primo								28
	secondo								18
	contorno								11
	pane								24
	frutta								14

FAC SIMILE DI GPC COMPILATA

In questo caso il soggetto in esame avrebbe ottenuto i seguenti punteggi per i vari gruppi alimentari:

* latte e derivati (colore **GRIGIO**): $28 + 14 = 42$;

* cereali e tuberi (colore **GIALLO**): $28 + 26 + 24 + 28 + 24 = 87$;

* ortaggi e frutta (colore **VERDE**): $14 + 14 + 18 + 11 + 14 = 71$;

* carne, pesce e uova (colore **ROSA**): $13 + 18 = 31$

GRUPPO ALIMENTARE	Tot. Spicchi consumati per ogni gruppo alimentare in 7 giorni	
LATTE e DERIVATI	42/56	RN MEDIO
CEREALI e TUBERI	130/140	RN BASSO
ORTAGGI e FRUTTA	69/140	RN ALTO
CARNE, PESCE e UOVA	31/56	RN ALTO

Per definire il rischio si considera il valore peggiore: in questo caso il rischio   **ALTO** visti i punteggi ottenuti per “ortaggi e frutta” e per “carne, pesce e uova”. In particolare per i gruppi alimentari a medio-alto rischio,   molto importante che si provino ad individuare le cause dello scarso consumo di questi alimenti e quindi cercare di correggerle.

COME DOVREBBE ESSERE...

Alimentazione corretta per anziani

Calorie:

donna di 70 anni

1600 Kcal/giorno

uomo di 70 anni

1800 Kcal

Nutrienti:

50/60% carboidrati

15/20% proteine

25/30% lipidi

Cibi si:

Carni bianche

Latte magro

Frutta e verdura

Pasta e pane

integrali

Cibi no:

Carne rossa

Alimenti

confezionati

Alcolici

Dolciumi



- **CEREALI:** PANE, PASTA, RISO, FARRO, ORZO... ad ogni pasto principale (colazione, pranzo, cena)
- **FRUTTA E VERDURA:** Come per cereali, prodotti di stagione.
- **CARNE:** due volte alla settimana la rossa, quattro volte quella bianca.
- **PESCE:** 3-4 volte alla settimana.
- **UOVA:** 2-3 volte alla settimana
- **FORMAGGI FRESCHI:** 2-3 volte alla settimana
- **SALE:** Tutti gli alimenti già ne contengono per natura..

...e ricordare di bere 8 bicchieri d'acqua al giorno!!!





Che relazione
esiste fra
malnutrizione
ed ulcere da
pressione?



Le ulcere da pressione si
sviluppano
indipendentemente dallo
stato nutrizionale, ma lo
stato nutrizionale ne
influenza la severità e la
prognosi.

Takeda T, et al. Effects of malnutrition on
development of experimental pressure
sores. J Dermatol 1992; 19:602

LA MALNUTRIZIONE E LE ULCERE DA PRESSIONE

CONSEGUENZE DELLA MALNUTRIZIONE

PRIMARIE

- ↓ Guarigione ferite
- ↓ Risposta immunitaria
- ↑ Rischio infezioni
- ↓ Forza muscolare
- ↑ Deficit cognitivo

DANNO TESSUTALE E MALNUTRIZIONE

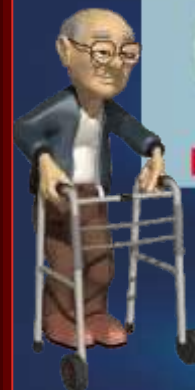
le lesioni da decubito possono
causare:

DISPROTIDEMIA
dovuta sia alla
necrosi dei tessuti
(cutaneo, adiposo, e
spesso muscolare),
sia alla plasmorrea
(perdita di plasma
dalle ferite)

ANEMIA
dovuta allo
stillicidio dalle
lesioni

**CIRCOLO
VIZIOSO**

**NEL 95% DEI CASI
LE LESIONI DA DECUBITO
DEI PAZIENTE MALNUTRITI
PRESENTANO
UNA GRAVITA' MAGGIORE
DI QUELLE DEI PAZIENTI
IN BUONO STATO DI SALUTE**



Iizaka S. 2009



TIZIANA

MALNUTRIZIONE E RISCHI DI OSTEOPOROSI



Sergio Ortolani – Pres. Lega Italiana Osteoporosi

La malnutrizione, l'inattività fisica e altri fattori eziologici possono portare a una riduzione notevole della massa magra muscolare e ossea: la sarcopenia.

L'osteoporosi riguarda il 50% delle donne over 80.

Da uno studio svizzero è emersa una carenza di vitamina D nel 70% della popolazione anziana.

Dunque tra le misure preventive nella nutrizione dell'anziano va presa in considerazione anche l'opzione dell'aumento della quota proteica quotidiana accompagnato a una sufficiente attività fisica.



MARINA

LA MALNUTRIZIONE E LE CADUTE

La malnutrizione porta a un elevato rischio di cadute

TRA CAUSE e CONSEGUENZE...

1. Diminuzione massa muscolare
2. Disturbi dell'equilibrio
3. Rischio di isolamento sociale
4. Astenia, lunghe permanenze a letto
5. Disturbi delle articolazioni
6. Ipotensione



La malnutrizione aumenta l'incidenza di patologie croniche (diabete, Parkinson, demenze,...) le quali a loro volta accentuano il rischio di caduta.



La malnutrizione nella cattiva gestione degli alimenti

Un anziano su tre mangia cibo di cattiva qualità, a volte scaduto o avariato

(da uno studio presentato all'EXPO di Milano durante la giornata della ricerca).

Le persone che hanno già compiuto 60 anni possono avvalersi del «Servizio Pasti di Pro Senectute» e delle rispettive organizzazioni partner.

Solo il 15,4% degli anziani si rivolge al medico di famiglia per avere consigli sulla nutrizione, mentre la fonte di informazione principale è la tv.

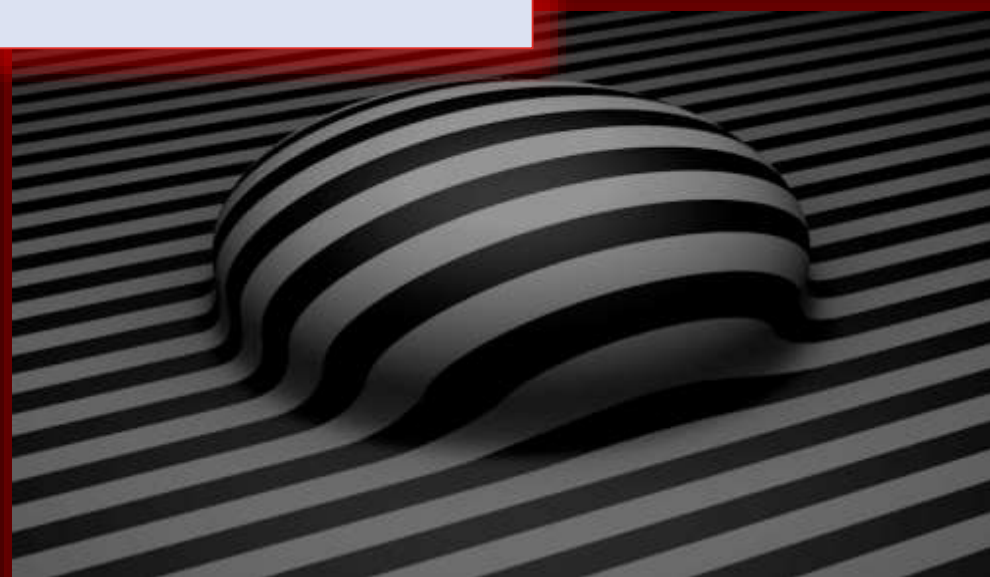
Anziani e consumo di cibo scaduto: il rischio totale di infezioni e la letalità delle stesse è più elevato tra gli over-85 anni (esempio: in caso di ricovero per gastroenterite il rischio di morte è 33 volte maggiore di un giovane)



“NON SI PUÒ PENSARE BENE, AMARE
BENE, DORMIRE BENE SE NON SI
HA MANGIATO BENE.”

(Virginia Woolf, Aforisticamente)

Thank
you



SITOGRAFIA

- www.dottorsalute.info
- www.salutedomani.com
- www.sigg.it (epidemiologia della malnutrizione nell'anziano)
- www.chuv.ch (PROGETTO PER UN SERVIZIO DI NUTRIZIONE CLINICA IN OSPEDALE)
- www.reumatismo.ch
- www.bfs.admin.ch (dati Ufficio Federale di Statistica)
- www.grey-panthers.it (Anziani e malnutrizione)
- www.obesità.it

