

Sintesi del rapporto dalla COFA «Alimentazione nella vecchiaia»

In Svizzera ci si attende che il gruppo demografico delle persone di 80 anni e più cresca dal 5 per cento all'8 per cento della popolazione tra il 2015 e il 2035. Quest'evoluzione sarà accompagnata da un aumento delle malattie croniche e delle limitazioni funzionali legate all'invecchiamento, nonché da un incremento del consumo di medicinali e della pressione sull'intero sistema sanitario. In tutti questi aspetti l'alimentazione riveste un ruolo fondamentale. «L'alimentazione nella vecchiaia» è quindi sempre più rilevante non solo perché ci sono sempre più persone anziane che devono nutrirsi, ma anche perché il problema dell'invecchiamento demografico può essere gestito soltanto riuscendo a far sì che le persone anziane non diventino dipendenti da cure o lo diventino il più tardi possibile.

L'invecchiamento è contraddistinto da normali cambiamenti fisiologici: una diminuzione della massa muscolare, ossea e della forza muscolare, il declino dell'udito, della vista, dei sensi del gusto e dell'olfatto e una riduzione della sensibilità tattile e vibratoria. Rispetto al resto del corpo, l'apparato gastrointestinale invecchia meno rapidamente, ma con l'avanzare dell'età si modifica la composizione del microbioma, con possibili ripercussioni negative sulla salute. Questi cambiamenti delle percezioni sensoriali e delle funzioni gastrointestinali legate all'età sono importanti in relazione allo sviluppo e al trattamento di una malnutrizione.

La vecchiaia però è anche un'età suscettibile ad alterazioni e limitazioni patologiche nelle quali ha un ruolo l'alimentazione, tra cui:

- la malnutrizione (carenza o squilibrio nel consumo o nell'assimilazione di energia, proteine o altre sostanze nutritive), che è associata a morbilità e mortalità più elevate e si stima che in Svizzera provochi un costo annuale di 526 milioni di franchi;
- la sarcopenia (perdita critica di massa muscolare nell'anziano con deficit funzionali), che è associata a un rischio più elevato di cadute e di fratture dell'anca ed è considerata un precursore della fragilità;
- la fragilità dell'anziano (*frailty*), anch'essa associata a morbilità e mortalità più elevate;
- l'osteoporosi, che in Svizzera ogni anno causa costi per circa 470 milioni di franchi;
- la demenza, che causa una progressiva perdita di autonomia delle persone e ha infine esito letale; in Svizzera genera costi pari a circa 6,3 miliardi all'anno.

Un'alimentazione ottimale delle persone anziane e molto anziane¹ può contrastare lo sviluppo di queste condizioni.

Secondo il sondaggio nazionale sull'alimentazione menuCH, in Svizzera il 39,0 per cento delle persone dai 65 ai 75 anni è sovrappeso (indice di massa corporea o *body mass index* (BMI) 25,0-29,9 kg/m²) e il 17,8 per cento obeso (BMI ≥ 30,0 kg/m²); per la prima volta si tratta di dati basati su misurazioni. In futuro si prevede un aumento della prevalenza di anziani con sovrappeso o obesi. Un fenomeno in crescita nella terza età è anche la combinazione di sarcopenia (vedi sopra) e obesità (cosiddetta «obesità sarcopenica»), una costellazione preoccupante perché gli anziani con obesità sarcopenica soffrono in generale di più problemi di salute e funzionali (p. es. camminano più lentamente), hanno un rischio maggiore di malattie cardiometaboliche e una qualità della vita inferiore. Ciò nonostante, dopo i 70 anni sembra ragionevole ambire a una stabilizzazione del peso (entro il 10 % del peso abituale). Una perdita di peso nell'anziano spesso è segno di una malattia consuntiva (in particolare di origine tumorale) e aumenta nettamente il rischio globale di morte, indipendentemente dal BMI.

¹ Nel presente rapporto sono definite «anziane» le persone dai 65 anni e «molto anziane» quelle di 80 anni e più.

A causa anche delle loro interazioni con fattori nutrizionali, la comorbidità (presenza di due o più malattie) e la spesso associata polifarmacia (assunzione di cinque o più farmaci) costituiscono un ostacolo a un'alimentazione appropriata al fabbisogno nutrizionale. In questa fascia d'età, interazioni ignorate tra fattori nutrizionali e medicinali possono da un lato provocare gravi malattie e nel caso estremo il decesso, dall'altro essere diagnosticate erroneamente come segni di progressione di una malattia. Sebbene manchino prove sufficienti dell'influsso della polifarmacia sullo stato nutrizionale degli anziani, è comunque opportuno che le raccomandazioni generali sull'apporto di proteine ed energia, liquidi e su un'eventuale supplementazione di sostanze nutritive siano adattate individualmente al paziente tenendo conto delle sue malattie e della sua farmacoterapia. Un'esaustiva anamnesi alimentare e farmacologica condotta nell'ambito di una valutazione geriatrica permetterebbe un'ottimizzazione ancora più mirata dello stato nutrizionale dei pazienti anziani con comorbidità.

Per fornire raccomandazioni nutrizionali alle persone anziane è importante tenere conto dell'eterogeneità di questo gruppo della popolazione. In linea di massima gli anziani si possono suddividere in tre categorie: i robusti (il gruppo al centro del presente rapporto), i fragili e i bisognosi di cure. I robusti sono in buone condizioni di salute e soffrono al massimo di una malattia cronica. Gli anziani fragili invece sono afflitti da diverse malattie croniche (comorbidità) ma in larga parte riescono ancora a vivere a casa. I bisognosi di cure, infine, sono spesso ricoverati in istituti.

- Le raccomandazioni nutrizionali per gli anziani robusti sono analoghe a quelle per gli adulti di mezza età: un apporto energetico di 25 kcal/kg di peso corporeo (PC) al giorno e 1,0-1,2 grammi di proteine per kg PC/giorno.
- Negli anziani affetti da malattie acute e fragili la priorità va data a un adeguato apporto proteico (1,2-1,5 g/kg PC/giorno), al fine di rallentare la progressione della fragilità. Per preservare o migliorare la funzione muscolare è essenziale combinare l'apporto di proteine con un'attività fisica regolare.
- L'obiettivo nutrizionale primario nelle persone anziane bisognose di cure è invece garantire un apporto sufficiente di energia.

I dati disponibili sulla situazione nutrizionale in Svizzera mostrano che le persone anziane, in media:

- bevono acqua a sufficienza (quasi 1,5 litri al giorno);
- consumano ogni giorno poco meno di 2-3 porzioni di frutta e 1,5-3 porzioni di verdura (a seconda dello studio): si tratta di un consumo relativamente elevato (le raccomandazioni prescrivono 2 porzioni di frutta e 3 di verdura al giorno);
- probabilmente raggiungono l'apporto energetico raccomandato (a seconda dello studio);
- raggiungono a malapena l'apporto proteico raccomandato per gli anziani robusti;
- hanno in genere una carenza di vitamina D;
- sviluppano con l'avanzare dell'età una carenza di vitamina B12 e di acido folico.

Data la mancanza di dati di qualità, soprattutto in Svizzera, molti aspetti rimangono oscuri (p. es. l'apporto di altri micronutrienti o la situazione nutrizionale delle persone sopra i 75 anni). Le cose però dovrebbero migliorare, almeno in parte, con la pubblicazione dei dati dello studio DO-HEALTH conclusosi nel 2017, che ci forniranno un quadro più nitido della situazione nutrizionale degli anziani in Svizzera, anche nel confronto con altri Paesi europei (Germania, Francia, Austria, Portogallo).

Un possibile punto d'approccio per un intervento volto a garantire un apporto adeguato di energia e proteine nella vecchiaia è la colazione, un pasto considerato importante dagli anziani in Svizzera, ma che spesso è povero di proteine. L'integrazione di latticini (formaggio, yogurt, quark, latte, ecc.) o di uova nel pasto del mattino potrebbe essere una soluzione.

Un'altra possibilità consiste nel valorizzare (sotto il profilo sia della quantità sia della qualità) i pasti intermedi, che oggi ricevono molto poca considerazione nella popolazione anziana in Svizzera. Il solo fatto di fare spuntini e merende tra i pasti contribuirebbe ad aumentare l'apporto di calorie. E se questi spuntini fossero ricchi di proteine ne beneficerebbe anche l'apporto proteico.

I concetti di nutrizione preventiva negli anziani devono sempre seguire un approccio globale: da una parte devono tenere conto dei cambiamenti legati all'età dell'apparato muscoloscheletrico e gastrointestinale e della progressiva riduzione della percezione sensoriale, dall'altra di eventuali alterazioni dovute a malattie. Per esempio i supplementi proteici concepiti per gli anziani non devono solo soddisfare il fabbisogno di sostanze nutritive, ma soprattutto aver un buon sapore e odore, essere facilmente digeribili e non da ultimo anche pratici da usare (aprire, dosare, richiudere).

Inoltre è importante che la terapia nutrizionale nella terza età non si limiti esclusivamente a misure alimentari ma comprenda un ampio spettro di interventi: per esempio i trattamenti dentali, la creazione di un ambiente gradevole che invogli a mangiare, ecc. Altre misure utili e attuabili sono il ricorso a un servizio di pasti a domicilio o a collaboratori domestici, oppure la partecipazione dell'anziano a pasti comunitari.

Lo studio di misure di prevenzione efficienti, ben tollerabili ed economiche che contribuiscano a rallentare l'invecchiamento fisiologico e a prolungare l'aspettativa di vita in buona salute è un obiettivo centrale della moderna ricerca geriatrica. In particolare è necessario approfondire le ricerche nei seguenti ambiti:

- comprendere meglio la fisiologia, la fisiopatologia e la funzionalità dell'apparato gastrointestinale senile (vedi capitolo 2.5);
- definire valori di riferimento per una valutazione attendibile dello stato nutrizionale degli anziani che vivono a casa propria (vedi capitolo 3);
- stabilire definizioni internazionalmente condivise di malnutrizione (vedi capitolo 5), sarcopenia (vedi capitolo 4.4), fragilità (*frailty*, vedi capitolo 4.4) e obesità sarcopenica (vedi capitolo 6.6);
- definire valori soglia del BMI appropriati alle persone anziane (vedi capitolo 6.3.2);
- studiare le conseguenze cliniche ed epidemiologiche dell'influsso di medicinali e della polifarmacia sullo stato nutrizionale (vedi capitolo 7);
- condurre studi interventistici sull'apporto e la supplementazione di micronutrienti nelle persone anziane e/o molto anziane (vedi capitolo 8);

acquisire conoscenze sulla situazione nutrizionale delle persone anziane e molto anziane in Svizzera (vedi capitolo 9).