



Valutare per prevedere Il rischio di Malnutrizione

- In uno studio condotto negli USA è emerso che sono malnutriti il **20%** degli anziani che vivono al domicilio, il 40% di coloro che sono ricoverati nelle nursing home e il 50% dei pazienti speditizzati (Steen, 2000). In un altro studio gli autori utilizzando il Mini Nutritional Assessment hanno identificato in una popolazione di anziani ricoverati in nursing home il 32% di pazienti malnutriti e il 43% di pazienti a rischio di malnutrizione (Menecier 1999).



Checklist

“Determinare la vostra salute nutrizionale”

The Nutritional Screening Initiative, a project of: American Academy of Family Physician, The American Dietetic Association, National Council on the Aging, Inc.



“Determinate la vostra salute nutrizionale”

- **Descrizione** Si tratta di una lista di 10 domande che possono essere autosomministrate o utilizzate come guida per l'intervista al soggetto allo scopo di determinare il rischio di malnutrizione.
La checklist permette di definire tre livelli di rischio di malnutrizione per ciascuno dei quali propone dei comportamenti da adottare.
- **Popolazione** Anziani residenti al domicilio
- **Modalità di somministrazione**
Esaminatore
Medico, infermiere o operatore adeguatamente preparato.



“Determinate la vostra salute nutrizionale”

- **Punteggio** Ad ogni risposta affermativa corrisponde un punteggio compreso fra 1 e 4 che pesa l'incidenza della condizione esplorata sul determinarsi della malnutrizione (le difficoltà economiche nell'acquistare il cibo sono considerate la maggiore determinante di rischio di malnutrizione).
Il punteggio ottenuto permette di classificare il soggetto in tre classi: nessun rischio, medio o elevato rischio a cui corrispondono delle precise indicazioni di comportamento:

0-2 :non a rischio
3-5: rischio moderato
6 o più: rischio elevato
- **Durata** 10 minuti circa.

'Determinare la vostra salute nutrizionale'

Domande	si	no
Io ho una malattia o una condizione che mi obbliga a modificare la composizione o la quantità dei cibi	2	0
Io mangio meno di 2 pasti al giorno	3	0
Io mangio poca frutta o verdura, o derivati del latte	2	0
Io bevo 4 o più bicchieri di birra o di vino oppure 2 o più bicchierini di liquori pressoché ogni giorno	2	0
Io ho problemi dentali che mi rendono difficoltoso mangiare.	2	0

Domande	si	no
Io non ho sempre soldi sufficienti per acquistare il cibo necessario	4	0
Io mangio quasi sempre da solo	1	0
Io prendo ogni giorno 3 o più farmaci diversi, compresi sia quelli prescritti dal medico che quelli da banco	1	0
Senza volerlo, io ho perso o guadagnato 6 o più chilogrammi di peso negli ultimi 6 mesi	2	0
Io non sono sempre in grado di acquistare, cucinare ed/o alimentarmi da solo	2	0
Punteggio totale:		

adattato da: *Implementing nutrition screening and intervention strategies*. Washington, DC, Nutrition Screening Initiative, 1993:89.

“Determinare la vostra salute nutrizionale”



Se il vostro punteggio totale è:

- tra 0 e 2: **BENE**
 - Ripetete il test fra 6 mesi

- tra 3 e 5: **RISCHIO NUTRIZIONALE MODERATO**
 - Prendete le misure necessarie per migliorare le abitudini alimentari e lo stile di vita
 - Ripetete il test fra 3 mesi

“Determinare la vostra salute nutrizionale”



Se il vostro punteggio totale è:

- 6 o più: **RISCHIO NUTRIZIONALE ELEVATO**
 - Portate la checklist al vostro medico, dietista o ad un altro professionista qualificato per chiedere aiuto al fine di migliorare la vostra salute nutrizionale

Tradotto e adattato da: *Implementing nutrition screening and intervention strategies*.
Washington, DC, Nutrition Screening Initiative, 1993:89.

Scheda di valutazione delle difficoltà nutrizionali¹

Indicare se il paziente evidenzia quanto segue:	Mai	Talvolta	Sempre	Non applicabile
	1	2	3	4
1. Mangia tutto quanto viene servito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Mangia da solo regolarmente durante i pasti (mai: item 7)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Richiede assistenza nell'afferrare utensili, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Deve essere servito un piatto alla volta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Cammina attorno ai cibi sul tavolo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Necessita di stimolazioni costanti per poter mangiare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Deve essere nutrito (se "mai" passare alla sez. farmaci)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Rifiuta alcuni cibi (se "mai" passare all'item 15)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Rifiuta tutti i cibi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Rifiuta i cibi allontanando cucchiaio o mano dell'operatore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Rifiuta i cibi voltando il capo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Rifiuta i cibi serrando la bocca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Rifiuta i cibi sputando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Mangia da solo dopo aver rifiutato di essere imboccato (ai pasti)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Scheda di valutazione delle difficoltà nutrizionali¹

Indicare se il paziente evidenzia quanto segue:	Mai	Talvolta	Sempre	Non applicabile
	1	2	3	4
15. Non apre la bocca spontaneamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Apre la bocca solo su comando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Apre la bocca solo con stimolazione tattile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Incapace di masticare un piatto standard	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Tiene il cibo in bocca ma non lo deglutisce spontaneamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Deglutisce solo a comando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Deglutisce solo con stimolazione tattile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Sembra provare dolore alla deglutizione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Si soffoca coi liquidi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Si soffoca coi solidi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Si soffoca più coi liquidi che coi solidi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. In grado di assumere liquidi a piccoli sorsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



3-oz swallow test for aspiration ²

È in grado di bere 90 ml di acqua (circa ½ bicchiere) da una tazza senza interruzione?	<input type="checkbox"/> Nessun problema	<input type="checkbox"/> Tosse durante il test o dopo 1' post-deglutizione	<input type="checkbox"/> Voce rauca durante il test o dopo 1'	<input type="checkbox"/> Non applicabile
--	--	--	---	--

References

1. Volicer L, Seltzer B, Rheaume Y, Karner J, Glennon M, Riley ME, Crino P., *Eating difficulties in patients with probable dementia of the Alzheimer type.* J Geriatr Psychiatry Neurol.1989;2:188-95.
2. DePippo KL, Holas MA, Reding MJ. *Validation of the 3-oz water swallow test for aspiration following stroke.* Arch Neurol.1992;49:1259-1261.



Scala del comportamento alimentare (Eating Behavioral Scale, EBS)

Tully M, *The Eating behavioral Scale: a simple method for assessing functional ability in patients with Alzheimer's disease.* J Gerontol Nurs 1997; 23(7):9-15.

■ Versione italiana

E' disponibile una versione italiana validata su soggetti affetti da demenza moderata-severa istituzionalizzati.

Boffelli S, Franzoni S, Latella R, Trabucchi M., *Risultati di un intervento nutrizionale nei pazienti dementi residenti in due nuclei Alzheimer,* Giornale di Gerontologia 1999; 47:195-6



Scala del comportamento alimentare (Eating Behavioral Scale, EBS)

Descrizione

- Lo scopo della scala è di misurare l'abilità funzionale dei pazienti con demenza durante il pasto. La scala valuta sia gli aspetti cognitivi sia quelli motori e considera 6 differenti aspetti del pasto:

- capacità di iniziare il pasto
- capacità di mantenere l'attenzione
- capacità di localizzare il cibo
- capacità di usare in modo appropriato le posate
- capacità di masticare e deglutire senza disfagia
- capacità di terminare il pasto.

- La scala permette di definire vari livelli di autonomia del paziente e quindi di differenziare il livello di intervento assistenziale necessario.



Scala del comportamento alimentare (Eating Behavioral Scale, EBS)

- Popolazione**

Soggetti con demenza di grado moderato-severo.

- Modalità di somministrazione**

Esaminatore

Lo strumento può essere utilizzato dal medico, dallo psicologo, dal dietista, dall'infermiere e dall'operatore addestrato.

Punteggio

Ognuno dei 6 aspetti esaminati ha un punteggio da 0 (totalmente dipendente) a 3 (totalmente indipendente). La somma dei punteggi parziali fornisce un punteggio totale compreso tra 0 (massimo livello di dipendenza) e 18 (totale autonomia).

Scala del comportamento alimentare (Eating Behavioral Scale, EBS)

Durata

La durata media varia da 15 a 20 minuti, in coincidenza con la durata del pasto.

Applicazioni

Clinica

Valutazione dell'autonomia nel pasto e conseguente definizione del livello di **intervento assistenziale** in pazienti istituzionalizzati o **domiciliari** affetti da demenza.

Ricerca

Nella ricerca per studi clinici e studi sulla popolazione anziana.

EATING BEHAVIOR SCALE

(National Institute of Health – Warren Magnuson Clinical Center)

Osservazione del comportamento:	A	B	C	D	
1. Capacita' di iniziare il pasto		3	2	1	0
2. Attenzione durante il pasto		3	2	1	0
3. Capacita' di localizzare il cibo nei piatti		3	2	1	0
4. Uso appropriato degli utensili		3	2	1	0
5. Deglutizione senza disfagia		3	2	1	0
6. Capacita' di terminare il pasto		3	2	1	0

TOTALE: ____/18

Durata del pasto (minuti): ____

Legenda: A=Indipendente, B=supervisione (stimoli verbali), C=assistenza al pasto, D=dipendente.



Mini Nutritional Assessment (MNA)

Valeas B., Guigoz Y, *Nutritional Assessment as part of geriatric Evaluation*, In Rubenstein LZ., *Geriatric Assessment Tecnology: The State of the Art* 1995:179-194.

Versione Italiana

Bianchetti A. Franzoni S., *La nutrizione clinica dell'anziano*, Nutricia Service 6/92: 46-58

Mini Nutritional Assessment (MNA)

Descrizione

Il MNA di Guigoz e Vellas è uno strumento validato in regime di degenza ospedaliera e/o istituzionale mediante rigorose procedure statistiche (Valeas, 1995, Brugnani, 1998).

Esso ha lo scopo di individuare precocemente il rischio di malnutrizione e permettere così un veloce intervento nutrizionale.

E' composto di semplici misure e veloci domande suddivise in quattro sezioni.

Prevede: *misure antropometriche* (peso, altezza e perdita di peso), un'anamnesi alimentare (numero pasti, cibi e bevande consumate, autonomia alimentare); *una valutazione complessiva mediante domande sullo stile di vita, interventi medici e mobilità*; *valutazioni soggettive* (autopercezione di salute e stato di nutrizione); *esami di laboratorio* (opzionali) quali albumina, colesterolo e conta linfocitaria.

Il punteggio di ciascuna sezione, permette l'identificazione degli anziani francamente o moderatamente malnutriti, o in uno stato nutrizionale soddisfacente.

Mini Nutritional Assessment (MNA)

Popolazione

Anziani ospedalizzati o istituzionalizzati.

Modalità di somministrazione

Esaminatore

Medico o infermiere.

Punteggio

Per ogni domanda è possibile scegliere una tra le possibili risposte alle quali corrisponde un punteggio che va da 0 (la condizione peggiore) a 1, 2 o 3 (la condizione migliore) in relazione al peso della condizione esplorata rispetto ad una nutrizione soddisfacente.

Il punteggio ottenuto permette di classificare il soggetto in tre classi:

Stato nutrizionale soddisfacente: ≥ 24 punti

Rischio di malnutrizione: da 17 a 23,5 punti

Insufficiente stato nutrizionale: < 17 punti

Durata

15 minuti circa.

Mini Nutritional Assessment (MNA)

Applicazioni

Clinica

Valutazione del rischio di malnutrizione.

Ricerca

Studi clinici, studi di popolazione.

Limiti

Richiede la misura di dati antropometrici.

Mini Nutritional Assessment (MNA)

Strumento multidimensionale che prevede l'acquisizione di 18 semplici misure e informazioni, suddivise in quattro sezioni:

1. **valutazione antropometrica** (peso, altezza, circonferenza del braccio e del polpaccio, perdita di peso);
2. **valutazione globale** (stile di vita, eventi acuti recenti, lesioni da decubito, numero di farmaci assunti, cognitività, mobilità);
3. **valutazione dietetica** (numero dei pasti, assunzione di alimenti solidi e liquidi, autosufficienza nell'alimentazione);
4. **valutazione soggettiva** (auto-percezione dello stato di salute e di nutrizione).

Mini Nutritional Assessment (MNA)

1°INDICI ANTROPOMETRICI

Indice di massa corporea (IMC= peso/statura)²

0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21
2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23

Circonferenza del braccio (CB in cm)

0.0 = CB < 21 0.5 = 21 ≤ CB ≤ 22
1.0 = CB > 22

Circonferenza del polpaccio (CP in cm)

0 = CP < 31
1 = CP ≥ 31

Perdita di peso recente (< 3mesi)

0 = perdita di peso > 3 Kg
1 = non lo sa
2 = perdite di peso tra 1 e 3 Kg
3 = nessuna perdita di peso

Mini Nutritional Assessment (MNA)

2° VALUTAZIONE GLOBALE

Vive in casa, in modo indipendente?

0 = NO 1 = SI

Prende più di 3 farmaci?

0 = NO 1 = SI

Malattie acute o stress psicolog. negli ultimi 3 mesi?

0 = NO 1 = SI

Mobilità

0 = dal letto alla poltrona 1 = autonomo in casa
2 = esce da casa

Problemi neuropsichici

0 = demenza o depressione severa
1 = demenza o depressione moderata
2 = nessun problema psicologico

Presenza di decubito o ulcere cutanee

0 = SI 1 = NO

Mini Nutritional Assessment (MNA)

3° INDICI DIETETICI

Quanti pasti completi assume al giorno?

0 = 1 pasto
1 = 2 pasti
2 = 3 pasti

Consuma

Almeno 1a volta al giorno latte o latticini?

SI NO

1 o 2 volte la settimana uova e legumi?

SI NO

Ogni giorno assume carne o pesce o pollo

SI NO

0.0 = 0 SI o 1 SI

0.5 = 2 SI

1 = 3 SI

Assume frutta o verdura almeno 2 volte/die?

0 = meno di 2 volte al giorno

1 = almeno 2 volte al giorno

Mini Nutritional Assessment (MNA)

3° INDICI DIETETICI

Presenta perdita dell'appetito? Ha mangiato di meno negli ultimi 3 mesi per anoressia, problemi digestivi, difficoltà di masticazione o di deglutizione?

- 0 = anoressia nervosa
- 1 = anoressia moderata
- 2 = nessuna anoressia

Quanti bicchieri beve al giorno? (acqua, succhi, vino, birra, latte, tè, caffè, etc)

- 0.0 = meno di 3 bicchieri
- 0.5 = da 3 a 5 bicchieri
- 1 = più di 5 bicchieri

In che modo si alimenta?

- 0 = ha bisogno di assistenza
- 1 = si alimenta da solo con difficoltà
- 2 = si alimenta da solo senza difficoltà

Mini Nutritional Assessment (MNA)

4° VALUTAZIONE SOGGETTIVA

Si considera ben alimentato?

- 0 = malnutrizione severa
- 1 = malnutrizione moderata
- 2 = nessun problema di malnutrizione

Si ritiene in condizioni di salute migliore o peggiore rispetto alla maggior parte delle persone della sua età?

- 0.0 = meno buona
- 0.5 = non sa
- 1 = nella media
- 2 = migliore

TOTALE (Massimo 30 punti)

Mini Nutritional Assessment (MNA)



Legenda

Stato nutrizionale soddisfacente: ≥ 24

Rischio di malnutrizione: da 17 a 23,5

Insufficiente stato nutrizionale: < 17

Guigoz Y., Vellas B., *Assessing the nutritional status of the elderly: the Mini Nutritional Assessment as part of the geriatric evaluation. Nutrition Review* 1998 ; 54. S59-S65

Mini Nutritional Assessment (MNA)



PROCEDURA DI SOMMINISTRAZIONE :

Occorrente: questionario di valutazione e conteggio, bilancia, statimetro, calibro scorrevole a paletta ampia (per misurare l'altezza al ginocchio), nastro di misurazione anelastico (per le circonferenze corporee).

Ove non sia possibile ottenere un colloquio soddisfacente con il soggetto, è necessario completare il questionario intervistando i familiari o il *caregiver*.

Si chiede di rispondere al questionario indicando, per ogni domanda, il punteggio appropriato.

Si somma il punteggio di ogni domanda per ottenere una valutazione dello stato di nutrizione.

Le misurazioni antropometriche devono essere eseguite secondo procedure ben definite; inoltre, nell'anziano, la misurazione di alcuni indici antropometrici come peso ed altezza può risultare difficoltosa, poiché in soggetti non deambulanti o con problemi posturali non è possibile eseguire una valutazione accurata.

Mini Nutritional Assessment (MNA)



Il **peso corporeo** è rilevato preferibilmente al mattino, a soggetto scalzo, con un minimo vestiario, dopo evacuazione e a digiuno.

Generalmente è utilizzata una bilancia verticale basculante o altra pesapersone calibrata.

In ambito ospedaliero e istituzionale, qualora il soggetto non sia in grado di mantenere la stazione eretta, sono spesso utilizzate sedie pesapersone o sollevatori elettrici con bilancia.

Il peso corporeo può essere considerato come valore assoluto o come IMC ottenuto dal rapporto tra peso corporeo (in chilogrammi) e quadrato dell'altezza (in metri).

L'IMC permette di avere un'indicazione della massa corporea corretta per l'altezza, e quindi di differenziare i soggetti normali da quelli in sovrappeso oppure in sottopeso, cioè a rischio di malnutrizione.

Mini Nutritional Assessment (MNA)



La **statura** normalmente si misura a soggetto eretto, scalzo e perfettamente allineato con il dorso all'asta di misurazione verticale.

Il soggetto in esame deve mantenere il capo posizionato in modo che il piano orbito-auricolare (o di Francoforte) sia parallelo al suolo.

Il piano orbito-auricolare è definito dal punto più alto del margine superiore del meato acustico esterno bilateralmente e dal punto più basso del bordo inferiore delle orbite.

Quando la rilevazione dell'altezza non può essere effettuata con tecniche tradizionali, per esempio negli anziani immobilizzati a letto, su sedia a rotelle o con tale curvatura della colonna vertebrale da non potere ottenere una misurazione corretta, si può utilizzare l'altezza al ginocchio (distanza tra tallone e rotula).

Mini Nutritional Assessment (MNA)

La statura...

Il soggetto deve stare in posizione supina o seduta con il ginocchio piegato ad angolo retto; utilizzando un calibro scorrevole a paletta larga si posiziona la paletta fissa del calibro sotto il tallone del piede e quella mobile sulla faccia superiore della coscia (sopra ai condili femorali e prossimalmente alla rotula) e si misura la distanza tra le due palette mantenendo l'asse del calibro parallelo a quello della tibia [15, 17].

Mini Nutritional Assessment (MNA)

Durante la misurazione si deve applicare una leggera pressione per comprimere i tessuti.

Due rilevamenti eseguiti in immediata successione dovrebbero concordare entro una variazione massima di 0,5 cm.

Dall'altezza al ginocchio viene stimata la statura del soggetto mediante le seguenti formule:

Altezza (maschi) = $64,19 - (0,04 \times \text{età}) + (2,02 \times \text{altezza al ginocchio})$

Altezza (femmine) = $84,88 - (0,24 \times \text{età}) + (1,83 \times \text{altezza al ginocchio})$

- La misurazione delle altezze è in centimetri e l'età è arrotondata all'anno intero più vicino.

Mini Nutritional Assessment (MNA)

Le circonferenze corporee rilevate a livello degli arti sono i migliori indicatori di massa muscolare e quindi sono utili nel determinare gli stati di malnutrizione con perdita di massa magra.

Il rilievo viene effettuato utilizzando un metro inestensibile che deve risultare teso, aderendo alla cute senza comprimere i tessuti sottostanti; i muscoli non devono essere contratti.

Misurazioni successive dovrebbero essere comprese in una variazione di 0.5 cm.

Mini Nutritional Assessment (MNA)

La rilevazione della circonferenza del braccio (CB o MAC – *midarm circumference*) viene effettuata nel punto di mezzo del braccio non dominante, sul quale l'influenza dell'esercizio fisico sul trofismo muscolare è minore.

Il punto medio del braccio si identifica facendo porre il soggetto in posizione supina, con l'avambraccio flessso ad angolo retto con il palmo della mano appoggiato sull'addome; il braccio dovrebbe essere il più possibile parallelo al tronco; il punto medio del braccio è la metà della distanza tra l'acromion scapolare e l'olecrano.



Mini Nutritional Assessment (MNA)

La rilevazione della circonferenza del braccio...

Si consiglia di tracciare la pelle con una matita in questo punto prima che il braccio sia riposizionato per la misurazione della circonferenza.

Per procedere quindi alla misurazione della circonferenza il soggetto deve essere sempre in posizione supina, con il braccio sinistro steso parallelamente al tronco e con il palmo della mano rivolto verso l'alto.

Esso dovrebbe essere leggermente sollevato sulla superficie del letto sistemando una tavoletta sotto il gomito.



Mini Nutritional Assessment (MNA)

La rilevazione della circonferenza del polpaccio (CP o MCC – *mid-calf circumference*) si ottiene con il soggetto in posizione supina facendogli piegare il ginocchio ad angolo retto e misurando la circonferenza nel punto più largo del diametro del polpaccio.

Valutazione nutrizionale (Mini Nutritional Assessment MNA®)

Nome: _____ Cognome: _____ Sesso: _____ Data: _____
 Età: _____ Peso, kg: _____ Altezza, cm: _____ Altezza del ginocchio, cm: _____

Rispondi alla prima parte del questionario indicando, per ogni domanda, il punteggio appropriato. Sommi il punteggio della valutazione di screening e, se il risultato è uguale o inferiore a 11, completa il questionario per ottenere una valutazione dello stato nutrizionale.

Screening	
A	Presenta una perdita dell' appetito? Ha mangiato meno negli ultimi 3 mesi? (perdita d' appetito, problemi digestivi, difficoltà di masticazione o deglutizione) 0 = anoressia grave 1 = anoressia moderata 2 = nessuna anoressia <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/>
C	Motricità 0 = dal letto alla poltrona 1 = autonomo a domicilio 2 = esce di casa <input type="checkbox"/>
D	Nell' arco degli ultimi 3 mesi: malattie acute o stress psicologici? 0 = sì 2 = no <input type="checkbox"/>
E	Problemi neuropsicologici 0 = demenza o depressione grave 1 = demenza o depressione moderata 2 = nessun problema psicologico <input type="checkbox"/>
F	Indice di massa corporea (IMC = peso / (altezza) ² in kg/m ²) 0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23 <input type="checkbox"/>
Valutazione di screening (totale parziale max. 14 punti) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
12 punti o più normale, nessuna necessità di continuare la valutazione.	
11 punti o meno possibilità di mal nutrizione – continua la valutazione.	
Valutazione globale	
G	Il paziente vive autonomamente a domicilio? 0 = no 1 = sì <input type="checkbox"/>
H	Prende più di 3 medicinali? 0 = sì 1 = no <input type="checkbox"/>
I	Presenza di decubiti, ulcere cutanee? 0 = sì 1 = no <input type="checkbox"/>
J	Quanti pasti completi (colazione, pranzo, cena, con più di 2 punti) prende al giorno? 0 = 1 pasto 1 = 2 pasti 2 = 3 pasti <input type="checkbox"/>
K	Consuma? • Almeno una volta al giorno dei prodotti lattiero-caseari? sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> • Una o due volte la settimana uova o legumi? sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> • Ose giorno della carne, del pesce o del pollame? sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> 0,0 = se 0 o 1 sì 0,5 = se 2 sì 1,0 = se 3 sì <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
L	Consuma almeno due volte al giorno frutta o verdura? 0 = no 1 = sì <input type="checkbox"/>
M	Quanti bicchieri beve al giorno? (acqua, succo, caffè, tè, latte, vino, birra...) 0,0 = meno di 3 bicchieri 0,5 = da 3 a 5 bicchieri 1,0 = più di 5 bicchieri <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
N	Come si nutre? 0 = necessità di assistenza 1 = autonomamente con difficoltà 2 = autonomamente senza difficoltà <input type="checkbox"/>
O	Il paziente si considera ben nutrito? (ha dei problemi nutrizionali) 0 = malnutrizione grave 1 = malnutrizione moderata o non sa 2 = nessun problema nutrizionale <input type="checkbox"/>
P	Il paziente considera il suo stato di salute migliore o peggiore di altre persone della sua età? 0,0 = meno buono 0,5 = non sa 1,0 = eguale 2,0 = migliore <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Q	Circonferenza brachiale (CB, cm) 0,0 = CB < 21 0,5 = CB ≥ 21 CB < 22 1,0 = CB ≥ 22 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
R	Circonferenza del polpaccio (CP in cm) 0 = CP < 31 1 = CP ≥ 31 <input type="checkbox"/>
Valutazione globale (max. 16 punti) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Screening <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Valutazione totale (max. 30 punti) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Valutazione dello stato nutrizionale	
da 17 a 23,5 punti	rischio di malnutrizione <input type="checkbox"/>
meno 17 punti	cattivo stato nutrizionale <input type="checkbox"/>

Ref.: Gagneur Y, Velho B and Garay P.J. 2004. Mini Nutritional Assessment: A practical assessment tool for geriatricians. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics* 29: 25-33.
 Harman D, L. Reker, J. Gagneur Y and Velho B. Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) and the MNA. In: "Mini Nutritional Assessment (MNA): Research and Clinical Use of the MNA".
 Gagneur Y, Velho B, Garay P.J. 2004. Mini Nutritional Assessment: A practical assessment tool for geriatricians. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics* 29: 25-33.
 © 1998 Société des Produits Nestlé S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners.

Screening

A	Presenta una perdita dell' appetito? Ha mangiato meno negli ultimi 3 mesi? (perdita d' appetito, problemi digestivi, difficoltà di masticazione o deglutizione) 0 = anoressia grave 1 = anoressia moderata 2 = nessuna anoressia <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/>
C	Motricità 0 = dal letto alla poltrona 1 = autonomo a domicilio 2 = esce di casa <input type="checkbox"/>
D	Nell' arco degli ultimi 3 mesi: malattie acute o stress psicologici? 0 = sì 2 = no <input type="checkbox"/>
E	Problemi neuropsicologici 0 = demenza o depressione grave 1 = demenza o depressione moderata 2 = nessun problema psicologico <input type="checkbox"/>
F	Indice di massa corporea (IMC = peso / (altezza) ² in kg/m ²) 0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23 <input type="checkbox"/>
Valutazione di screening (totale parziale max. 14 punti) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
12 punti o più normale, nessuna necessità di continuare la valutazione.	
11 punti o meno possibilità di mal nutrizione – continui la valutazione	

Valutazione globale	
G Il paziente vive autonomamente a domicilio? 0 = no 1 = si	<input type="checkbox"/>
H Prende più di 3 medicinali? 0 = si 1 = no	<input type="checkbox"/>
I Presenza di decubiti, ulcere cutanee? 0 = si 1 = no	<input type="checkbox"/>
J Quanti pasti completi (colazione, pranzo, cena, con più di 2 piatti) prende al giorno? 0 = 1 pasto 1 = 2 pasti 2 = 3 pasti	<input type="checkbox"/>
K Consuma? • Almeno una volta al giorno dei prodotti lattiero-caseari? si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> • Una o due volte la settimana uova o legumi? si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> • Ogni giorno della carne, del pesce o del pollame? si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> 0.0 = se 0 o 1 si 0.5 = se 2 si 1.0 = se 3 si	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>
L Consuma almeno due volte al giorno frutta o verdura? 0 = no 1 = si	<input type="checkbox"/>
M Quanti bicchieri beve al giorno? (acqua, succhi, caffè, tè, latte, vino, birra...) 0.0 = meno di 3 bicchieri 0.5 = da 3 a 5 bicchieri 1.0 = più di 5 bicchieri	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>
N Come si nutre? 0 = necessita di assistenza 1 = autonomamente con difficoltà 2 = autonomamente senza difficoltà	<input type="checkbox"/>
O Il paziente si considera ben nutrito? (ha dei problemi nutrizionali) 0 = malnutrizione grave 1 = malnutrizione moderata o non sa 2 = nessun problema nutrizionale	<input type="checkbox"/>
P Il paziente considera il suo stato di salute migliore o peggiore di altre persone della sua età? 0.0 = meno buono 0.5 = non sa 1.0 = uguale 2.0 = migliore	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>
Q Circonferenza brachiale (CB, cm) 0.0 = CB < 21 0.5 = CB ≤ 21 CB ≤ 22 1.0 = CB > 22	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>
R Circonferenza del polpaccio (CP in cm) 0 = CP < 31 1 = CP ≥ 31	<input type="checkbox"/>

Principali riferimenti bibliografici

- Frisoni GB, Franzoni S, Rozzini R, Ferrucci L, Boffelli S, Trabucchi M. A *Nutritional Index Predicting Mortality in the Nursing Home*. JAGS 1994;42:1167-1172.
- Brugnani M., *La gestione nutrizionale dell'anziano nelle case di riposo*. Acta Gerontol, 1996;46:114-119
- Brugnani M., Colombo M., Colombo A., Pagani M., Zaccarini C., Vecchio C., *Alimentazione e malnutrizione*, in M Trabucchi, G.Casale, O.Bonaccorso, A.Guaita, *Assistenza e riabilitazione geriatrica. Linee Guida per Istituti di Riabilitazione, Residenze Sanitarie Assistenziali, Day Hospital*. Franco Angeli/sanità, Milano, 1998: 264-280.
- Bianchetti A e Boffelli S, *Stato nutrizionale e demenza: una interazione complessa*. *Demenze* 2000; 3:5-13
- Bianchetti A., Metitieri A., Trabucchi M., *La demenza strumenti e metodi di valutazione*, UTET, 2001
- Trabucchi M., *Le demenze*, III ediz., UTET 2002
- Tully MW; Iambros Matrakas K, Musallam K., *The Eating Behavioral Scale: a simple method of assessing functional ability in patient with Alzheimer's disease*. J Nutr Aging 1998; 2(2): 119-21

Modulo per valutare l'assunzione dietetica giornaliera degli anziani istituzionalizzati

Descrizione

Il modulo di facile e semplice compilazione è indicato per la valutazione della quantità di cibo consumata effettivamente da un soggetto.

E' utile per monitorare l'effettiva assunzione della dieta prescritta, mentre è di scarsa utilità per valutare l'abituale consumo di cibo giornaliero.

La compilazione accurata può evidenziare chiaramente l'inadeguata assunzione dietetica (al di sotto del 75% del fabbisogno giornaliero prescritto) e, giustificare l'intervento personalizzato dello specialista, perché fornisca informazioni per una dieta qualitativamente e quantitativamente corretta.

Modulo per valutare l'assunzione dietetica giornaliera degli anziani istituzionalizzati

Popolazione

Anziani ospedalizzati, istituzionalizzati o residenti al domicilio

Modalità di somministrazione

Esaminatore

Infermiere, Operatore Socio Sanitario, Familiare opportunamente informato

Punteggio

Non viene attribuito alcun punteggio, ma un codice che corrisponde alla quantità di pasto introdotto rispetto al pasto servito

Durata

1 minuto circa per pasto o spuntino

Applicazioni

Clinica

Valutazione dell'assunzione giornaliera della dieta prescritta.

Assunzione dietetica giornaliera

Alla fine di ogni pasto metti le croci nel riquadro corrispondente:

+ se l'introduzione è stata **1/4** del pasto

++ se l'introduzione è stata **1/2** del pasto

+++ se l'introduzione è stata **3/4** del pasto

++++ se l'introduzione è stata **4/4** del pasto

Per il fuori pasto:

++ se l'introduzione è costituita da bevande calde (latte, cioccolato etc.)

+++ se l'introduzione è costituita da una bevanda più un panino, un toast o un pacchetto di cracker).

Data	Colazione	Pranzo	Merenda	Cena	Snack	Totale