

PROCEDURE PER LA GARANZIA DELLA VALUTAZIONE E GESTIONE DEL RISCHIO NUTRIZIONALE

La Fondazione Micoli-Toscana adotta ufficialmente il contenuto del seguente documento come da delibera del 30 maggio 2023: *“il Consiglio prende atto della formazione, dell’adozione e dell’aggiornamento, ai fini dell’approvazione, dei documenti che [...] adottano e applicano procedure che garantiscano la valutazione e la gestione del rischio nutrizionale”*;

Introduzione

Il rischio nutrizionale del paziente ricoverato in casa di riposo rientra nel più ampio quadro del rischio clinico e rappresenta uno dei rischi più sottovalutati in ambito assistenziale. La letteratura esistente, le raccomandazioni fornite da linee guida e documenti di consenso nazionali e internazionali indicano la necessità che il rischio nutrizionale sia routinariamente valutato nei diversi setting assistenziali anche in un’ottica di continuità di cura.

SCOPO

La presente procedura ha lo scopo di

- Dare indicazione per la valutazione e la gestione del rischio nutrizionale degli ospiti ricoverati presso La Residenza per Anziani “Fondazione Micoli Toscana” di Castions di Zoppola.
- Implementare la diffusione della buona pratica “prevenzione del rischio nutrizionale” nell’attività clinica e assistenziale attraverso l’utilizzo di strumenti ad hoc per la valutazione del rischio nutrizionale
- Dare evidenza documentale dell’avvenuta rilevazione del rischio e del trattamento utilizzato
- Monitorare l’applicazione della buona pratica e delle relative procedure
- Definire le responsabilità e le modalità di valutazione e gestione de rischio nutrizionale

MODALITA’ OPERATIVE

La valutazione e la gestione del rischio nutrizionale deve essere condivisa fra tutti gli operatori coinvolti nel processo assistenziale della nutrizione. All’interno della casa di riposo devono essere presenti gli strumenti utili alla valutazione del rischio nutrizionale: bilancia, scheda monitoraggio introito alimentare (registrato su specifico programma Insoft), scheda di valutazione infermieristica la Mini Nutritional Assessment (MNA), scheda rilevazione peso (SIRA).

VALUTAZIONE E GESTIONE DEL RISCHIO NUTRIZIONALE

La valutazione e la gestione del rischio nutrizionale si effettua attraverso:

- a) rilevazione del peso e registrazione di informatizzata; in caso di paziente non pesabile l’IMC viene stimato attraverso la misurazione della circonferenza del braccio o lunghezza dell’ulna.
- b) valutazione della perdita involontaria di peso negli ultimi 3-6 mesi
- c) valutazione della riduzione/mancata alimentazione orale per/da più di 5 giorni

Il personale infermieristico effettua lo screening (valutazione del rischio nutrizionale) entro 24 ore utilizzando la scheda Mini Nutritional Assessment per i pazienti che presentano sovrappeso e/o sottopeso.

Sulla base dei risultati dello screening si stabiliscono gli interventi da attuare:

BASSO NUTRIZIONALE	RISCHIO	MEDIO NUTRIZIONALE	RISCHIO	ALTO NUTRIZIONALE	RISCHIO
assistenza routinaria		l'infermiere valuta l'apporto alimentare e di liquidi del paziente (per 2/3 giorni) utilizzando la registrazione informatizzata dell'assunzione giornaliera di alimenti e liquidi.		Informare il medico di riferimento dell'ospite che provvede alla valutazione nutrizionale dal punto di vista clinico con controlli clinici e/o la richiesta di una consulenza da parte dello specialista.	
ripetere lo screening dopo un periodo definito in relazione agli ambiti assistenziali.		Se gli apporti risultano adeguati o in miglioramento si ripete lo screening con la scheda dopo 7 giorni o in caso di cambiamento delle condizioni cliniche del paziente.		Il medico valuterà la prescrizione di integratori alimentari (Fortimel, ecc..) se la funzionalità del tratto gastroenterico è conservata o la prescrizione di una N.A. se il caso lo richiede.	
		Se gli apporti risultano non adeguati o comunque si evidenzia un peggioramento/diminuzione dell'assunzione alimentare, l'Infermiere segnala il caso al medico curante.		Il medico valuta la prescrizione di una dieta personalizzata in base alle condizioni cliniche	
				L'infermiera verifica e sigla l'avvenuta assunzione degli eventuali integratori nutrizionali/N.A. prescritti nella scheda di terapia.	
				Il personale OSS provvede alla corretta e adeguata assunzione degli alimenti ed eventuali supporti nutrizionali per via orale secondo le indicazioni infermieristiche.	
				L'infermiere coordinatore verifica la fornitura sicura e accurata di alimenti e supporti nutrizionali previsti dal piano di trattamento nutrizionale	

MATRICE DELLA RESPONSABILITA'

I: infermiere

I.C.: infermiere coordinatore

OSS: operatore socio sanitario

M.C.: medico curante

M.S.: Medico specialista

C.G.: familiare /Care Giver

fase	I.	I.C.	OSS	M.C.	M.S.	C.G.
Valutazione del rischio nutrizionale (MNA)	R		I	C		I
Valutazione clinico-nutrizionale	C		I	R		I
Attivazione consulenza specialistica	C			R	C	I
Monitoraggio/registrazione introiti giornalieri	C		R	I		C
Verifica la fornitura sicura e accurata di alimenti e supporti nutrizionali previsti dal piano di trattamento nutrizionale	C	R	C			
Stesura del piano di trattamento nutrizionale	C		I	C	R	I

STRUMENTI DI REGISTRAZIONE

Scheda di valutazione del rischio nutrizionale (MNA)

Scheda monitoraggio introiti

Diario infermieristico e diario clinico informatizzato

Scheda monitoraggio peso



Cognome:		Nome:		
Sesso:	Età:	Peso, kg:	Altezza, cm:	Data:

Risponda 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, completi 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 = grave riduzione dell'assunzione di cibo 1 = moderata riduzione dell'assunzione di cibo 2 = nessuna riduzione dell'assunzione di cibo	<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 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"/>
12-14 punti: stato nutrizionale normale 8-11 punti: a rischio di malnutrizione 0-7 punti: malnutrito	
Per una valutazione più approfondita, continuare con le domande G-R	
Valutazione globale	
G Il paziente vive autonomamente a domicilio? 1 = sì 0 = no	<input type="checkbox"/>
H Prende più di 3 medicinali al giorno? 0 = sì 1 = no	<input type="checkbox"/>
I Presenza di decubiti, ulcere cutanee? 0 = sì 1 = no	<input type="checkbox"/>
J Quanti pasti completi 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"/> • Oni 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, succhi, caffè, té, latte...) 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"/>
Valutazione globale (max. 16 punti)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Screening	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Valutazione totale (max. 30 punti)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Valutazione dello stato nutrizionale	
24-30 da 24 a 30 punti <input type="checkbox"/>	stato nutrizionale normale
17-23.5 da 17 a 23,5 punti <input type="checkbox"/>	
meno 17 punti <input type="checkbox"/>	
rischio di malnutrizione	
cattivo stato nutrizionale	

Ref. Velaz B, Villar B, Abellan G, et al. Overview of MNA® - Its History and Challenges. *J Nutr Health Aging* 2005; 10: 456-465.
Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Gulgoz Y, Velaz B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). *J Gerontol* 2001; 56A: M366-377.
Gulgoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®). *Review of the Literature - What does it tell us?* *J Nutr Health Aging* 2005; 10: 466-487.
© Goddard des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners
© Nestlé, 1994, Revision 2006. #67200 1299 10M
Per maggiori informazioni: www.mna-elderly.com

MALNUTRIZIONE PER DIFETTO

Negli anziani è possibile che si verifichi una riduzione degli apporti alimentari a causa di anoressia, depressione, demenza, nausea, vomito, disfagia, difficoltà di masticazione e di deglutizione. Le stesse terapie farmacologiche possono essere causa di malnutrizione. I diuretici per esempio possono portare a deficit di zinco, e di vitamina B6 mentre i lassativi possono comportare carenza di calcio e di vitamine A, D, E e K. Negli anziani è abbastanza frequente riscontrare patologie legate ad un deficit nell'assunzione di micronutrienti; per esempio la carenza di porta ad apatia, facile affaticamento e glossite, la carenza di vitamina B6 comporta la comparsa di ragadi peribuccali e quella di vitamina B12 depressione e perdita di memoria.

DISFAGIA

La disfagia è un disturbo frequentemente osservato fra i pazienti più anziani. Il livello di intensità della disfagia varia da un leggero disagio ad una condizione di assoluta incapacità di deglutire. Il problema può avere origine da un'ampia varietà di condizioni strutturali o funzionali. La disfagia acuta può essere il risultato di condizioni infiammatorie come faringite, tonsillite o ulcere afose della bocca. Nella maggior parte dei casi la disfagia cronica è provocata da disturbi neurologici come il morbo di Parkinson, disturbi neuromuscolari, sclerosi multipla e morbo di Alzheimer. La disfagia è particolarmente diffusa fra i pazienti anziani perché l'invecchiamento può provocare un rallentamento dello stimolo del riflesso deglutitorio, l'indebolimento della muscolatura della mascella, la perdita dei denti, disfunzioni dell'odorato e del gusto, e ridotta salivazione. La presenza di disfagia è molto fastidiosa e può rappresentare un serio pericolo, sia perché può portare la persona a non mangiare a sufficienza, sia perché il cibo, passando nelle vie aeree invece che in quelle digestive, può causare polmoniti od ostacolare, in casi estremi, la espirazione. Per ovviare ai problemi legati alla presenza di disfagia è necessario modificare la consistenza dell'alimentazione.

Consistenze:

Alcuni ospiti potrebbero quindi necessitare di un'alimentazione con una consistenza modificata.

Tale consistenza verrà definita dal curante e potrà essere di vario tipo:

- Liquidi senza scorie: acqua con sciroppi, té, tisane ed infusi ben filtrati, distillati di frutta, birra, vino, bevande gasate.
- Semi-liquidi: gelati, granite,, creme, passato di verdura, frullato di frutta a maggiore percentuale di liquido, omogeneizzati di frutta, yogurt.
- Semi-solidi: polenta morbida, creme di farine di cereali, passati e frullati densi, omogeneizzati di carne e di pesce, uova alla coque, carni frullate preparate come gelatine, carne cruda, ricotta piemontese, formaggi cremosi, biscotti savoiardi inzuppati, budini, creme, mousse.
- Solidi: gnocchi di patate molto conditi, pasta ben cotta e ben condita, agnolotti con ripieno di magro, polenta con spezzatino, uova sode, pesce attentamente pulito dalle lisce (sogliola, platessa, palombetto, nasello), soufflé, verdure cotte non filacciose, formaggio crescenza, ricotta romana, frutta ben matura.

Come modificare i cibi:

- Consistenza (densità) e compattezza: addensanti (gelatina, fecola, addensante in polvere...); diluenti (acqua, latte, brodo...)
- Omogeneità: frullare, passare, omogeneizzare...
- Scivolosità: olio, salse...(attenzione eccesso di grassi).

Alimenti da evitare sempre:

- Cibi in cui il liquido è mescolato a parti solide (es. minestrine con pasta);
- Minestrone con verdure a pezzi e con verdure filacciose;
- Zuppe di pane o con fette biscottate;
- Verdure filacciose;
- Cibi appiccicosi (es. stracchino);
- Legumi (es: piselli, fagioli, fave, lenticchie) non omogeneizzati e filtrati
- Frutta secca (es: noci, arachidi, mandorle, pistacchi);
- Riso
- Carne filacciosa o asciutta;
- Alcolici.

Precauzioni comportamentali:

- l'ospite deve mangiare in posizione seduta, con avambracci comodamente appoggiati e salvo diversa indicazione con capo in asse;
- durante l'alimentazione lo stato di attenzione dell'ospite deve essere adeguato; fare interrompere l'alimentazione ai primi segni di stanchezza;
- far procedere lentamente, con piccole quantità alla volta e solo se il boccone precedente è stato deglutito;
- non far parlare l'ospite durante il pranzo, se non dopo aver fatto pulire la gola con qualche colpo di tosse e far deglutire a vuoto;
- se l'ospite può assumere liquidi prima di farlo bere accertarsi che in bocca non siano presenti residui di cibo;
- non far distrarre l'ospite durante il pasto (evitare di far guardare la televisione, leggere...).