

**SOMMARIO**

<b>1</b>	<b>INTRODUZIONE .....</b>	<b>2</b>
<b>2</b>	<b>SCOPO .....</b>	<b>2</b>
<b>3</b>	<b>CAMPO DI APPLICAZIONE .....</b>	<b>2</b>
<b>4</b>	<b>RIFERIMENTI .....</b>	<b>3</b>
<b>5</b>	<b>DEFINIZIONI ED ABBREVIAZIONI .....</b>	<b>3</b>
<b>6</b>	<b>MODALITA' OPERATIVE .....</b>	<b>4</b>
<b>7</b>	<b>VALUTAZIONE E GESTIONE DEL RISCHIO NUTRIZIONALE .....</b>	<b>4</b>
<b>8</b>	<b>DIMISSIONE/TRASFERIMENTO DEL PAZIENTE E CONTINUITA' ASSISTENZIALE.....</b>	<b>6</b>
<b>9</b>	<b>DIAGRAMMA DI FLUSSO .....</b>	<b>7</b>
<b>10</b>	<b>STRUMENTI DI REGISTRAZIONE.....</b>	<b>8</b>

Gruppo di redazione: Casini A. (Direttore Agenzia Nutrizione) Alpignano G. (Dietista), Bruni F.(Coord. Infermieristico) , Di Massa T( Area Vitto) , Ficari F.(Medico), Isolani L. (Coord. Infermieristico) , Masini M.L (Responsabile Dietisti Servizio Tecnico Sanitario), Meacci C. Responsabile U.Pr Metodologica Formazione (CPSE SIOA), , Piccinno G. (RSS DEA) , Sartini L. (Dietista), Spina F.(Coord. Infermieristico) , Ermini L (infermiere Ds professional rischio clinico), Carresi Ilaria (Infermiere DS Professional Case manager); Canavese M. Cristina UPr. Sviluppo disciplinare e Professionale, Torsoli Serena ( Dietista Area Vitto)

	NOME	FUNZIONE	DATA	FIRMA
<b>REDAZIONE</b>	Piccinno G. Masini M.L	RSS DEA (Responsabile Dietisti Servizio Tecnico Sanitario	24/09/2012	
<b>VERIFICA</b>	A.Porrini	U.O. Accreditamento, Qualità e M.C.	25/09/2012	
<b>APPROVAZIONE</b>	V. Del Ministro	Direttore sanitario	01/10/2012	



## **1 INTRODUZIONE**

Il rischio nutrizionale del paziente ricoverato in ospedale, cioè la possibilità di eventi avversi correlati all'alimentazione/nutrizione, rientra nel più ampio quadro del rischio clinico e rappresenta uno dei rischi più sottovalutati in ambito assistenziale .

All'interno della AOUC, è stato realizzato negli anni 2004-2006 il "Progetto di sorveglianza nutrizionale e nutrizione clinica". I risultati di questo studio osservazionale, condotto su un campione randomizzato di 720 pazienti ricoverati in 9 SOD aziendali, ha dimostrato che: il problema del rischio nutrizionale di grado medio ed elevato è presente all'interno della AOUC; la prevalenza si aggira intorno al 30% al momento dell'ammissione mentre l'incidenza (correlata ad una degenza media di soli 8 giorni) è tra il 10-15%.

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. L'attuazione della valutazione del rischio nutrizionale è prevista dalle norme della Regione Toscana in materia di qualità e sicurezza delle strutture sanitarie.

## **2 SCOPO**

La presente procedura ha lo scopo di definire le responsabilità e le modalità di valutazione e di gestione del rischio nutrizionale dei pazienti ricoverati all'interno della Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi.

## **3 CAMPO DI APPLICAZIONE**

La presente procedura è applicata:

- Dal personale sanitario (medici, infermieri, dietisti) e di supporto all'assistenza in tutte le Aree di attività dell'AOUC
- Per tutti i pazienti in regime di ricovero ordinario previsto >a tre giorni
- Per i pazienti in regime di ricovero DH o ambulatoriale (preospedalizzazione) quali:
  - pazienti oncologici
  - pazienti candidati a interventi di chirurgia maggiore (che richiedono una degenza superiore a tre giorni)
  - pazienti di età superiore a 75 anni
  - pazienti disfagici
  - pazienti con MICI (RCU o Crohn)
  - pazienti con Cirrosi Epatica
  - Pazienti con ulcere da pressione
- Non si applica: alle degenti del percorso ostetrico e ai pazienti sottoposti a chirurgia dell'obesità.
- Non si applica: per i pazienti sottoposti a nutrizione artificiale ( parenterale totale, nutrizione enterale tramite SNG, SND, PEG, PEJ) per i quali il medico valuta la richiesta di consulenza del dietista.

## **4 RIFERIMENTI**

- Clinical standards for Food, Fluids and Nutritional Care in Hospitals. NHS- Quality Improvement Scotland 2003
- ResAp (2003)3 on Food and Nutritional Care in hospitals . Risoluzione del Comitato dei Ministri. Consiglio d'Europa novembre 2003
- Standards JCAHO Standards 2008-2009
- Nutrition Support in Adults- NICE Guidelines 2006
- Raccomandazioni sulla gestione del rischio clinico per la sicurezza dei pazienti SIQuAS-VRQ 2006 Guidelines and position papers from the European Society for Clinical Nutrition and Metabolism – Clinical Nutrition (2006) 25, 224-244
- Delibera Regione Toscana n. 135 del 25 febbraio 2008” Attestazione buone pratiche per la sicurezza del paziente. Integrazione della DGR 267/2007”
- Legge Regionale n. 51/2009 "Norme in materia di qualità e sicurezza delle strutture sanitarie: procedure e requisiti autorizzativi di esercizio e sistemi di accreditamento
- DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE 24 dicembre 2010, n. 61/R
- Regolamento di attuazione della legge regionale 5 agosto 2009, n. 51 (Norme in materia di qualità e sicurezza delle strutture sanitarie: procedure e requisiti autorizzativi di esercizio e sistemi di accreditamento)

## **5 DEFINIZIONI ED ABBREVIAZIONI**

**Scheda MUST** - Malnutrition Universal Screening Tool: test di screening per la valutazione del rischio nutrizionale

**IMC Indice di massa corporea** : l'Indice di Massa Corporea o Indice di Quetelet (in inglese BMI, Body Mass Index) si misura dividendo il peso corporeo (in kg) per il quadrato della statura (in metri).

**Misurazione della circonferenza del braccio**: utilizzata per predire l'IMC in pazienti non pesabili; se la circonferenza del braccio è inferiore a cm 23,5 si stima che l'IMC sia < 20 e quindi il paziente può essere classificato a medio rischio nutrizionale

**Parametri antropometrici** :

Peso corporeo,

Statura,

Circonferenze, sono indicatori delle dimensioni trasversali dei segmenti corporei, impiegate come indicatori del rischio di malattia.

**Piano di trattamento nutrizionale**: Documento sanitario elaborato dal dietista contenente le indicazioni (miscela nutrizionale, velocità e progressione dell'infusione, composizione in nutrienti, ecc) per l'applicazione della nutrizione artificiale

**Piano di trattamento dietetico**: Documento sanitario elaborato dal dietista contenente le indicazioni

( alimenti da consumare, distribuzione nella giornata, composizione in nutrienti, sostituzioni consigliate, ecc.) per l'applicazione della terapia dietetica e/o del supporto nutrizionale per os.

**SOD:** Struttura Organizzativa Dipartimentale

**Dietetico Ospedaliero:** raccolta di diete standardizzate a composizione bromatologia nota che sono disponibili nella struttura ospedaliera. Prevede vitto comune e diete per pazienti che presentano particolari esigenze nutrizionali.

**AAD:** Area di Attività Dipartimentale

**STU:** Scheda Terapeutica Unica

**MMG:** Medico di Medicina Generale

**SNG:** Sondino naso-gastrico

**SND:** Sondino naso-digiunale

**PEG:** Gastrostomia endoscopica per cutanea

**PEJ:** Digiunostomia endoscopica percutanea

## **6 MODALITA' OPERATIVE**

La valutazione e la gestione del rischio nutrizionale deve essere condivisa fra tutti gli operatori coinvolti nel processo assistenziale della nutrizione. Nelle SOD/AAD devono essere presenti gli strumenti utili alla valutazione del rischio nutrizionale: bilancia con stadiometro, metri a nastro specifici, scheda di valutazione infermieristica rischi per l'assistenza (scheda MUST) Progetto VIRA .

## **7 VALUTAZIONE E GESTIONE DEL RISCHIO NUTRIZIONALE**

Si effettua attraverso :

- rilevazione di dati antropometrici di primo livello all'ingresso del paziente in reparto (peso, altezza, calcolo dell'Indice di massa corporea); in caso di paziente non pesabile l'IMC viene stimato attraverso la misurazione della circonferenza del braccio.
- valutazione della perdita involontaria di peso negli ultimi 3-6 mesi
- valutazione della mancata alimentazione orale per/da più di 5 giorni

**Il personale infermieristico:**

- **effettua lo screening** (valutazione del rischio nutrizionale) **entro 24 ore** (secondo quanto definito al punto 3 "**Campo di applicazione**") utilizzando la scheda MUST che identifica il livello di rischio del paziente attraverso un punteggio in base al quale si attivano specifiche raccomandazioni di trattamento.

Le **azioni** da intraprendere sulla base del livello di rischio rilevato sono le seguenti:

**punteggio 0 = basso rischio**

- ripetere lo screening con la scheda MUST al 7° giorno di degenza o in caso di cambiamento delle condizioni cliniche del paziente. Se la valutazione del rischio è stata eseguita durante la preospedalizzazione il paziente sarà rivalutato al momento dell'ammissione in degenza. Se il tempo di degenza è inferiore a 7 giorni ripetere lo screening alla dimissione.

**punteggio 1 = medio rischio**

- il personale addetto all'assistenza valuta l'apporto alimentare e di liquidi del paziente (per 2/3 giorni) utilizzando il Modulo M/903/P88-A " Modulo per la rilevazione dell'assunzione giornaliera di alimenti".
- Se gli apporti risultano adeguati o in miglioramento si ripete lo screening con la scheda MUST dopo 7 giorni o in caso di cambiamento delle condizioni cliniche del paziente o al momento della dimissione se questa avviene prima dei 7 giorni.
- Se gli apporti risultano non adeguati o comunque si evidenzia un peggioramento/ diminuzione dell'assunzione alimentare, l'Infermiere richiede la consulenza del dietista come definito al punto successivo.
- Se la valutazione del rischio è stata eseguita durante la preospedalizzazione e il paziente è candidato ad un intervento di chirurgia maggiore, l'infermiere richiede la consulenza del dietista.

**punteggio  $\geq$  2 alto rischio**

- Attivazione consulenza del dietista:

L'infermiere contatta telefonicamente la dietista di riferimento per il proprio Dipartimento vedi "Elenco riferimenti telefonici per attivazione consulenza dietisti" Rif: P/903/81b ( pagina web intranet aziendale - consulta documenti – consultazione albero documenti – numeri telefonici per consulenza dietista) e registra in cartella clinica l'avvenuta richiesta di consulenza, fissando un appuntamento per la visita e comunicando:

- nome e cognome del paziente per il quale è richiesta la consulenza
- diagnosi clinica, tempi di degenza previsti.

La consulenza avverrà, di norma (compatibilmente con le richieste pervenute) entro 24 ore dal momento della richiesta ; la presenza del dietista è garantita dal lunedì al venerdì.

- Il dietista:

- Esegue la valutazione, definisce la diagnosi dietetica e la documenta in cartella clinica;
- Prescrive il piano di trattamento dietetico / nutrizionale per os o artificiale definito e condiviso (quando possibile) con il paziente ;
- Documenta in cartella clinica il piano di trattamento



- Durante la degenza assicura il monitoraggio, la rivalutazione al momento della dimissione e le indicazioni per la continuità assistenziale.

La terapia dietetica e/o nutrizionale del paziente deve essere documentata nella STU.

La Scheda MUST (Progetto VIRA) con relativi aggiornamenti e il modulo M/903/P88-A per la rilevazione dell'assunzione giornaliera di alimenti compilati, devono rimanere nella Documentazione Sanitaria del paziente.

Il personale di assistenza verifica la fornitura sicura e l'assunzione degli eventuali integratori nutrizionali prescritti nella documentazione clinica e nella parte specifica della STU. Deve inoltre verificare l'avvenuta assunzione degli alimenti previsti dal piano di trattamento dietetico.

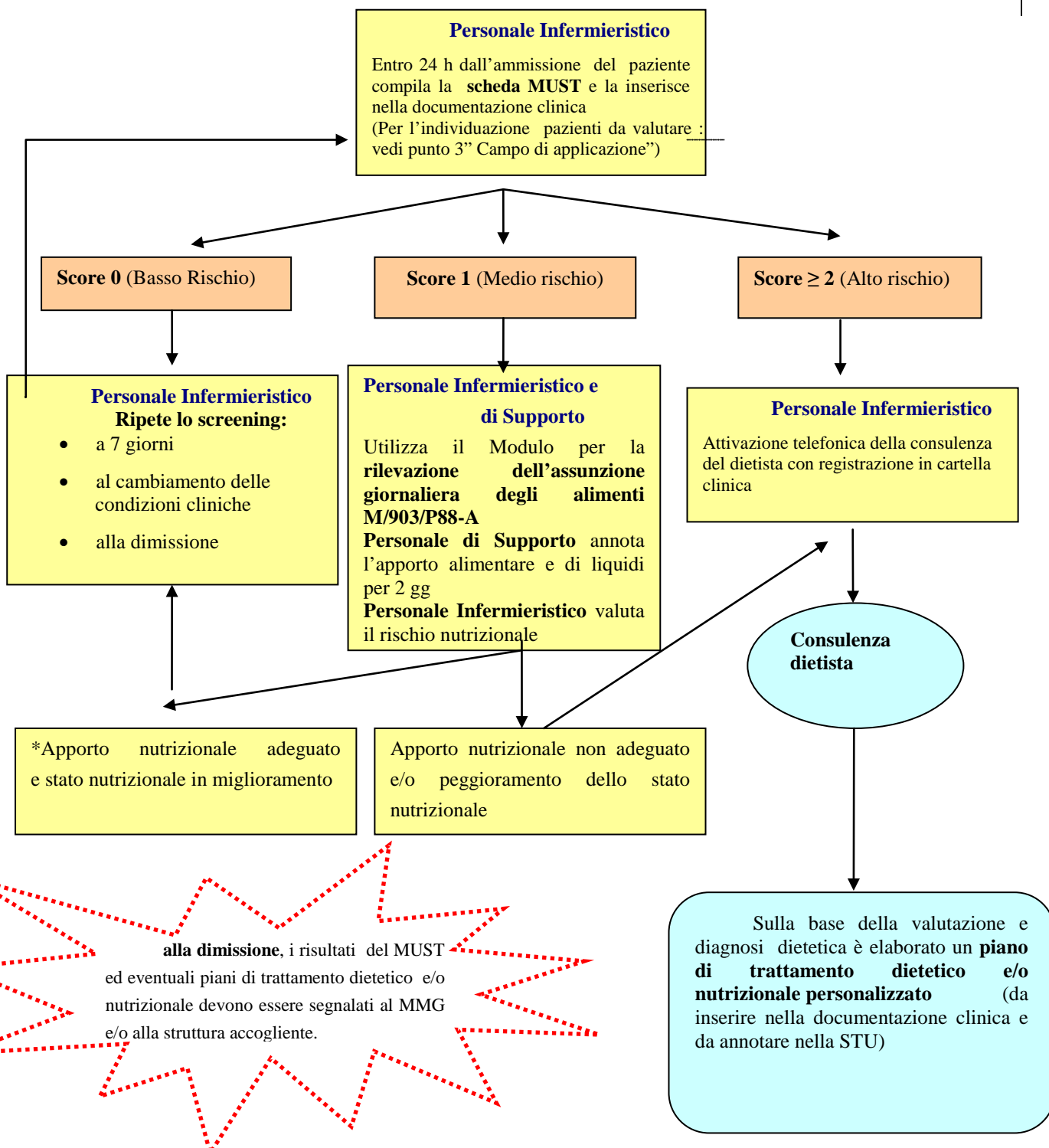
Al momento dell'ammissione in ospedale, per tutti i pazienti che usufruiscono della ristorazione ospedaliera, deve essere definita, da parte del personale medico, la tipologia di dieta standardizzata che il paziente dovrà seguire sulla base di quanto contenuto nel "Dietetico Ospedaliero" D/903/104 (vedi pagina web intranet aziendale – consulta documenti)

Nel caso di pazienti ad alto rischio nutrizionale (score MUST  $\geq$  2) il dietista definirà il piano di trattamento nutrizionale personalizzato.

## **8 DIMISSIONE/TRASFERIMENTO DEL PAZIENTE E CONTINUITA' ASSISTENZIALE**

Alla dimissione/trasferimento del paziente i risultati della valutazione del rischio nutrizionale ed eventuali piani di trattamento dietetico/ nutrizionale devono essere segnalati al MMG, alla struttura accogliente o alla Area di Attività di trasferimento per garantire la continuità assistenziale.

**9 DIAGRAMMA DI FLUSSO**



\***Concetto di apporto nutrizionale adeguato:** quando il paziente consuma i pasti previsti dal Dietetico Ospedaliero.



---

## **10 STRUMENTI DI REGISTRAZIONE**

- ✓ **Scheda MUST** – “Scheda di valutazione del rischio nutrizionale” - Progetto VIRA
- ✓ **M/903/P88-A** – “Modulo per la rilevazione dell’assunzione giornaliera degli alimenti”