

Area	Standard	Pratica per la sicurezza del paziente	Ambito di applicazione
Attività clinica e assistenziale	Prevenzione del rischio nutrizionale	Prevenzione del rischio nutrizionale	Struttura, Presidio, Azienda

Riferimento normativo: DGR 135 del 25/02/2008

Razionale

Il rischio nutrizionale, cioè la possibilità di eventi avversi correlabili all'alimentazione/nutrizione di una persona, rientra a pieno titolo nel più ampio quadro del rischio clinico.

La valutazione del rischio nutrizionale consiste nel processo di identificazione di caratteristiche che si sanno associate alla possibilità di eventi avversi correlati all'alimentazione/nutrizione, attraverso la costruzione di processi assistenziali appropriati, procedure definite e azioni di rilevazione semplici, non invasive, non costose ma di enorme significato clinico. La letteratura esistente, le raccomandazioni fornite da linee guida e documenti di consenso internazionali hanno posto sempre più attenzione al problema e alla necessità che il rischio nutrizionale sia routinariamente valutato nei diversi setting anche in un'ottica di continuità assistenziale

Per una gestione efficace del rischio nutrizionale è necessario:

definire una procedura aziendale per la valutazione e la gestione del rischio nutrizionale, comprendente: a) l'utilizzo di un test di screening; b) l'inserimento della valutazione nutrizionale nella documentazione clinica e, se indicato, la definizione del trattamento nutrizionale; c) la realizzazione di un'attività di informazione e formazione per gli operatori sanitari e non, coinvolti nel processo assistenziale della nutrizione (medici, dietisti, infermieri e altro personale addetto all'assistenza, personale addetto alla ristorazione collettiva, ecc.).

Requisiti minimi

1. Individuazione dei reparti/strutture nei quali effettuare la valutazione del rischio nutrizionale sulla base della probabilità che il rischio stesso si manifesti o della gravità dell'effetto sulla situazione clinica, escludendo quei pazienti che risultano a rischio sulla base della loro diagnosi clinica e che, conseguentemente, devono essere sottoposti a trattamento nutrizionale.

2. Definizione di una procedura aziendale per la valutazione e gestione del rischio nutrizionale che sia condivisa con tutti gli operatori coinvolti nel processo assistenziale della nutrizione, che sia coerente con le indicazioni fornite da Linee Guida e standard assistenziali internazionali e che includa (v. allegati):

- lo strumento di valutazione del rischio utilizzato;
- la modalità di documentazione del rischio valutato;
- le azioni da intraprendere sulla base del livello di rischio rilevato;
- l'operatore responsabile della valutazione del rischio;
- le modalità di attivazione della consulenza dietetica (e/o medica specialistica) quando appropriato sulla base della diagnosi clinica;
- modalità di attivazione del servizio di ristorazione per la richiesta di pasti adeguati alla terapia dietetica definita
- modalità di monitoraggio della effettiva disponibilità nei diversi reparti/strutture di quanto previsto dai piani di trattamento nutrizionali individuali.

3. Presenza, in ogni reparto/struttura*, di bilancia, altimetro e metro a nastro.

4. Lo strumento introdotto per la valutazione del rischio nutrizionale deve prevedere:

- la misurazione di peso corporeo e statura (o altri segmenti corporei in soggetti non altrimenti misurabili) per il calcolo dell'Indice di massa Corporea;
- la rilevazione dell'involontaria perdita di peso negli ultimi 3-6 mesi;
- la valutazione della possibilità-capacità di alimentarsi adeguatamente e la classificazione del livello di rischio (alto-medio-basso).

5. Sulla base del livello di rischio rilevato devono essere implementate azioni conseguenti:

- **basso rischio:** rivalutazione del soggetto dopo un periodo di tempo definito in relazione al setting assistenziale;
- **medio rischio:** monitoraggio e valutazione dell'assunzione alimentare attraverso l'utilizzo dello strumento prescelto, per un periodo di tempo limitato e successiva rivalutazione. La valutazione del rischio deve essere inserita nella cartella infermieristica;
- **alto rischio:** attivazione della consulenza del dietista con relativa valutazione (v. allegati) ed eventuale consulenza medico specialistica /team nutrizionale.

6. Verifica della fornitura sicura e accurata di alimenti e supporti nutrizionali previsti dal piano di trattamento nutrizionale.



7. Il piano di trattamento nutrizionale del paziente deve essere presente nella scheda terapeutica unica.
8. Alla dimissione, i risultati della valutazione del rischio nutrizionale ed eventuali piani di trattamento dietetico devono essere segnalati al MMG e/o alla struttura accogliente.
9. Presenza di operatori adeguatamente formati/aggiornati.
10. Segnalazione degli eventi senza danno o quasi eventi legati al processo assistenziale della nutrizione tramite incident reporting aziendale.

Livello di prestazione

1. Deliberazione

Delibera o atto aziendale per:

- procedura sulla valutazione e gestione del rischio nutrizionale all'interno del processo assistenziale della nutrizione;
- definizione di un piano di formazione e aggiornamento obbligatorio.

2. Attuazione

Realizzazione della procedura in tutte le sue parti.

3. Valutazione

Presenza di una procedura aziendale sulla valutazione e gestione del rischio nutrizionale.

Presenza nei reparti/strutture* degli strumenti utili alla rilevazione del rischio nutrizionale:

- scheda di valutazione del rischio;
- bilancia;
- metro a nastro;
- altimetro.

Presenza nella documentazione clinica di:

- apposito spazio per la registrazione del livello di rischio nutrizionale rilevato;
- richiesta di consulenza dietistica;
- piano di trattamento dietetico/ nutrizionale adottato per il paziente.

Presenza di un piano di formazione e aggiornamento obbligatorio sulla valutazione e gestione del rischio nutrizionale e di documenti che certificano l'effettiva realizzazione degli incontri.

* i dati presenti in letteratura indicano: medicine, chirurgie, geriatrie, ortopedie, oncologie e, a livello territoriale, residenze per anziani.

Atti, normativa e bibliografia di riferimento

1. OPCS Health survey for England. 1992. The Stationery Office: London.1994.
2. Edington J, Kon P, Martyn CN. Prevalence of malnutrition in patients in general practice. *Clinical Nutrition*. 1996; 15:60-63.
3. Finch S, Doyle W, Lowe C, et al. National Diet and Nutrition Survey: people aged 65 years and over. Volume 1: Report of the Diet and Nutrition Survey. London: The Stationary Office. 1998.
4. Clinical Resource and Audit Group (CRAG). National Nutritional Audit of Elderly Individuals in Long-Term Care, 2000.
5. McWhirter J, Pennington C, Incidence and recognition of malnutrition in hospital. *British Medical Journal*. 1994; 308:945-948.
6. Elia M. (Chairman and Editor) Guidelines for detection and management of malnutrition. Malnutrition Advisory Group (MAG), Standing Committee of BAPEN (ISBN 1 899 467 459) 2000.
7. Stratton RJ, Thompson RL, Margetts BM, Stroud M, Jackson AA, Elia M, Health care utilisation according to malnutrition risk in the elderly: an analysis of data from the National Diet and Nutrition Survey. *Proceedings of the Nutrition Society*. 2002; 61: 20A.
8. Wood C, Stubbs S, Warwick H, Dunnachie A, Elia M, Stratton RJ, Malnutrition risk and health care utilisation in orthopaedic patients. *Proceedings of the Nutrition Society*. 2003 (In Press).
9. King CL, Elia M, Stroud MA, Stratton RJ, The predictive validity of the malnutrition universal screening tool (MUST) with regard to mortality and length of stay in elderly inpatients. *Clinical Nutrition*. 2003; 22: Suppl 1, S4.
10. Stratton RJ, Hackston AJ, Price S, Joseph K, Elia M, Concurrent validity of the newly developed Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) with Mini Nutritional Assessment and Subjective Global Assessment tools. *Proceedings of the*



- Nutrition Society. 2003 (In Press).
11. Elia M, Screening for malnutrition: a multidisciplinary responsibility. Development and use of the Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) for adults. MAG, a Standing Committee of BAPEN (ISBN 1 899467 70 X) 2003.
 12. Stratton RJ, Green CJ, Elia M, Disease-related malnutrition: An evidence based approach to treatment. Oxford: CABI Publishing. 2003.
 13. Martyn CN, Winter PD, Coles SJ, Edington J, Effect of nutritional status on use of health care resources by patients with chronic disease living in the community. *Clinical Nutrition*. 1998; 17: 119-123.
 14. Clinical Standards for Food, Fluids and Nutritional Care in Hospitals prodotti dal National Health Service- Quality Improvement Scotland 2003.
 15. ResAp (2003)3 on Food and Nutritional Care in Hospitals – Risoluzione del Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa, novembre 2003.
 16. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO Standards 2004) criteri di accreditamento delle strutture sanitarie statunitensi.
 17. Nutrition Support in Adults – Linee guida NHS- National Institute for Health and Clinical Excellence 2006.
 18. Raccomadazioni sulla gestione del rischio clinico per la sicurezza dei pazienti - SIQuAS-VRQ maggio 2006.
 19. Lean ME, Kelly JE, Tessier S, Cahill A, Morris SE, Crumley A, Mc Laughlin D, Mc Kee RF. Still hungry in hospital: identifying malnutrition in acute hospital admission. *Q J Med* 2000; 93: 93-98.
 20. Kondrup J, Allison . Elia M, Vellas B, Plauth M. ESPEN Guidelines for Nutrition Screening 2002. *Clinical Nutrition* 2003;22;4:415-421.
 21. Jordan S, Snow D, et al. Introducing a nutrition screening tool: an explanatory study in a district general hospital. *Journal of Advanced Nursing* 2003; Vol.44 Issue 1.
 22. De Kruif JT, Vos A. An algorithm for the clinical assessment of nutritional status in hospitalize patients. *Br J Nutr* 2003; 90:829-836.
 23. Baldwin C, Parsons T, Logan S. Dietary advice for illness-related malnutrition in adults (Review). The Cochrane Collaboration, in the Cpchrane Library 2007, issue 1 (Published by Wiley Sons, Ltd).
 24. HAS /Haute Autorità de Santé). Recommendations professionnelles. Strategie de prise en charge en cas de denutrition proteico-energetique chez la personne agee. Avril 2007.

