



Università degli Studi di Padova
Dipartimento di Medicina Molecolare

*Corso di Laurea Magistrale in
Scienze Riabilitative delle Professioni Sanitarie*
Presidente: Ch.ma Prof.ssa Luciana Caenazzo

TESI DI LAUREA

LA MALNUTRIZIONE NELL'ANZIANO FRAGILE: REVISIONE DELLA
LETTERATURA ED ANALISI DI LINEE GUIDA EBM PER LA DEFINIZIONE DI
UN PROGETTO DI MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' PRESSO UN I.P.A.B.
DELLA REGIONE VENETO

(Malnutrition in frail elderly: literature review and analysis of EBM guidelines
to define a quality improvement project in an I.P.A.B. in the Veneto Region)

RELATORE: Prof.ssa Alessandra Buja

LAUREANDO: Dott. Salvatore Oddo

Anno Accademico 2015- 2016

INDICE

RIASSUNTO	1
SUMMARY	2
INTRODUZIONE.....	3
1. MATERIALI E METODI.....	8
1.1 Ricerca bibliografica.....	8
1.2 Metodica del problem solving	8
1.3 Utilizzo delle linee guida per analisi degli scostamenti	8
RISULTATI	11
2. REVISIONE DELLA LETTERATURA ED ANALISI DI LINEE GUIDA EBM	11
2.1 Lo screening e la valutazione dello stato nutrizionale nell’anziano	11
2.1.1 Screening nutrizionale secondo le linee guida ASPEN.....	15
2.1.2 Screening nutrizionale secondo le linee guida NICE.....	15
2.2 Intervento e supporto nutrizionale nell’anziano	16
2.2.1 Intervento e supporto nutrizionale in ASPEN.....	18
2.2.2 Intervento e supporto nutrizionale in NICE	19
2.3 Valutazione dei risultati attesi e monitoraggio	24
2.3.1 Valutazione e monitoraggio secondo linee guida ASPEN.....	24
2.3.2 Valutazione e monitoraggio secondo linee guida NICE	26
3. ANALISI ORGANIZZATIVA DEL CONTESTO	30
3.1 La struttura residenziale e gli attori coinvolti	30
3.2 L'attuale gestione dello stato nutrizionale degli anziani	33
3.2.1 Screening dello stato nutrizionale	34
3.2.2 Intervento	34
3.2.3 Monitoraggio.....	34
3.3 Analisi degli scostamenti.....	37
4. IDENTIFICAZIONE E DEFINIZIONE DEL PROBLEMA.....	48
4.1 Analisi delle cause	48

5. PROGETTO DI MIGLIORAMENTO	51
5.1 Obiettivo del progetto di miglioramento	51
5.2 Strategie di intervento	51
5.3 SWOT ANALYSIS: analisi di fattibilità del progetto.....	57
5.4 Pianificazione del progetto di miglioramento.....	58
DISCUSSIONE	62
CONCLUSIONI.....	65
BIBLIOGRAFIA.....	66
ALLEGATI	71
Allegato I Scheda Monitoraggio Alimentazione	71
Allegato II Scheda informatizzata alimentazione e idratazione	72
Allegato III MNA® "Mini Nutritional Assessment"	73
Allegato IV Scheda di Monitoraggio alimentare quali - quantitativa giornaliera	74

RIASSUNTO

Premessa: l'anziano istituzionalizzato per la sua condizione di fragilità, può andare incontro ad un peggioramento dello stato nutrizionale; essendo la nutrizione un aspetto importante nella salute degli anziani, un'alterazione di tipo nutrizionale, può comprometterne in modo significativo lo stato di salute generale. Le strutture residenziali hanno un ruolo importante nella presa in carico dei problemi assistenziali degli anziani, dei quali fa parte l'alimentazione.

L'obiettivo che si pone questo lavoro di tesi è quello di identificare e analizzare le criticità presenti nella gestione della malnutrizione presso una struttura residenziale della provincia di Treviso.

Materiali e metodi: E' stata effettuata una revisione della letteratura sul tema della malnutrizione nell'anziano, un'analisi delle linee guide nazionali ASPEN e NICE e la verifica/presa visione di protocolli e revisioni sistematiche Cochrane. Successivamente è stata condotta un'analisi del processo di gestione del paziente adottato nel contesto residenziale di riferimento, evidenziandone gli scostamenti dalle migliori evidenze scientifiche. Si è passati poi allo sviluppo di un progetto di miglioramento della qualità con lo scopo di costruire/definire un sistema di valutazione del rischio o stato di malnutrizione per attuare interventi specifici attraverso l'adozione di migliori pratiche sanitarie ed assistenziali.

Risultati e conclusioni: le criticità riscontrate coinvolgono vari ambiti: formazione del personale, problematiche gestionali ed organizzative, le insufficienti attrezzature, gli ambienti, la mancanza di protocolli, di strumenti di screening per la valutazione del rischio o stato di malnutrizione e di percorsi di cura dedicati. Le proposte avanzate per il miglioramento della qualità delle pratica sanitaria e assistenziale prevedono: l'avvio di percorsi di formazione per il personale e l'implementazione di procedure di screening dello stato nutrizionale, la collaborazione con specialisti della nutrizione, la riorganizzazione dei piani di lavoro e l'utilizzo di prassi basate sull'evidence based nel contesto locale.

Le parole chiave utilizzate sono state: *malnutrition, nutrition, elderly, screening, frail elderly, assessment.*

SUMMARY

Introduction: the elderly hospitalised due to their vulnerability may go through a worsening of their nutritional condition; nutrition, in fact, is crucial for the health status of the elderly, therefore any change in the nutritional habits may undermine their overall health condition. Nursing homes play a key role for the care of old patients, including nutrition.

This paper proposes to identify and analyse the critical issues relating to the management of malnutrition at an institute in the province of Treviso.

Materials and methods: To this end, the reference literature referring to malnutrition affecting the elderly has been reviewed, the ASPEN and NICE national guidelines have been analysed and the Cochrane library has been checked/consulted. Then, the patient management process adopted at the institute in question has been examined, by highlighting any deviation from the well-established scientific evidences. Moreover, a quality improvement project has been developed with the purpose of establishing/defining a malnutrition risk or actual case assessment system through the adoption of the best health and healthcare practices.

Results and conclusion: the critical issues detected involve different areas: staff training, management and organizational problems, inadequate equipment, unfit environment, poor protocols, lack of screening devices for the assessment of any malnutrition risk or actual case, and the unavailability of specific treatments. The proposals aimed at improving the health and healthcare practices include: the design of staff training courses, the implementation of nutritional status screening procedures, the cooperation with nutrition experts and professionals, the reorganization of the work schedules and the adoption of evidence-oriented practices based on the local context.

Key words: *malnutrition, nutrition, elderly, screening, frail elderly, assessment.*

INTRODUZIONE

Definizione ed epidemiologia della Malnutrizione

L'anziano per definizione è caratterizzato da una condizione di “fragilità” che lo rende più suscettibile a variazioni dello stato di salute. Uno dei rischi alla quale la popolazione anziana è esposta è legato al rischio di malnutrizione. Il vissuto di solitudine, le difficoltà sociali ed economiche, la depressione, la polifarmacoterapia e la comorbilità rientrano tra i fattori che possono influenzare negativamente lo stato nutrizionale. Altri aspetti importanti che vanno presi in considerazione sono il contesto di vita in cui la persona anziana si inserisce e il suo livello di autonomia nelle attività di vita quotidiana.

La malnutrizione, secondo la definizione del Council on food and nutrition dell'American medical association, è *“una condizione di alterazione funzionale, strutturale e di sviluppo dell'organismo, conseguente allo squilibrio tra fabbisogni, introiti ed utilizzazione dei nutrienti, tale da comportare un eccesso di morbilità e mortalità o un'alterazione della qualità della vita”*. La malnutrizione include sia alterazioni derivanti da carente apporto di nutrienti, sia da eccessivo apporto, sia da alterato metabolismo degli stessi. Molteplici situazioni cliniche comportano un'elevata probabilità di determinare alterazioni dello stato di nutrizione; tuttavia l'attenzione alla malnutrizione nel paziente anziano appare ridotta tra i professionisti sanitari.

Secondo l'International Confederation of Dietetic Association (ICDA) si distinguono tre forme cliniche di Malnutrizione Proteica energetica (Mpe):

- Marasma: carenza proteico calorica dovuta a ad un apporto alimentare globale gravemente insufficiente, si manifesta con calo ponderale ed edemi (nei bambini anche arresto della crescita). Il marasma è spesso la presentazione clinica terminale di malattie severe (neoplasie, cirrosi epatica e insufficienza renale), può anche essere definita come una forma cronica di malnutrizione con capacità di adattamento da parte dell'organismo discretamente conservata;

- Kawashikori: apporto proteico severamente deficitario nonostante un apporto calorico adeguato o quasi, si manifesta con danni viscerali ed edemi importanti per grave ipoalbuminemia. (Flanagan D, Fisher T, Murray M, Visvanathan R, Charlton K, Thesing C, Quigley G, Walther K. 2012 Sep;41(9):695-9);
- Mista: presenta aspetti comuni alle due forme principali.

La Malnutrizione proteico energetica (Mpe) è stata descritta nei pazienti ospedalizzati tra il 30% e il 60% dei casi, con gradi di deplezione più grave nei soggetti di sesso femminile o di età più avanzata. Le cause di Mpe nell'anziano sono numerose e possono essere sia cliniche che sociali (Bosello, 2011).

Esiste però, anche la malnutrizione per eccesso o obesità, che nel soggetto anziano è aggravata dalla sedentarietà e dalla progressiva riduzione del metabolismo, favorendo con maggiore frequenza lesioni da pressione, frattura del femore e disturbi vascolari periferici (Holman, 2005).

La condizione di rischio e lo stato di malnutrizione conclamato si verificano quando i soggetti anziani assumono una dieta qualitativa – quantitativamente inadeguata. Tale problematica può interessare sia le persone anziane che vivono da sole nel proprio domicilio, sia quelle ospedalizzate o che risiedono presso strutture residenziali (Casa di riposo, centri servizi, Rsa, ecc...). Tra gli anziani istituzionalizzati la prevalenza della malnutrizione oscilla tra il 10-70% a seconda dei setting esaminati ed in funzione dei parametri utilizzati. (Keller HH et al, JAGS 1993, Abbasi AA et al: JAGS 1993; Lipski PS et al, 1993).

Secondo quanto pubblicato nelle *“Linee di indirizzo nazionale per la ristorazione ospedaliera e assistenziale”* gli ultraottantenni ricoverati hanno una probabilità 5 volte superiore di sviluppare la malnutrizione rispetto a pazienti di età inferiore ai 50 anni, inoltre presentano una minor risposta al trattamento della malnutrizione stessa. (Ministero della Salute).

L'articolo di Buffa, Floris, Marini, Mereu, Putzu (2007) riporta i dati di alcuni studi che evidenziano come il rischio di malnutrizione appare più basso negli

anziani autosufficienti (0-6%), diversamente è elevato negli anziani istituzionalizzati (fino al 50%).

Lo studio di Fulvio *et al* (2009) evidenzia che il 56% degli anziani ospedalizzati è a rischio di malnutrizione mentre il 25% è malnutrito. In particolare, sottolinea una più elevata prevalenza di malnutrizione nei pazienti anziani affetti da deterioramento cognitivo avanzato rispetto agli anziani non affetti da disturbi cognitivi. Ciò consente di descrivere come i pazienti affetti da demenza sono maggiormente esposti al rischio di malnutrizione.

Cecchetto *et al* (2006) evidenziano che non ci sono in letteratura metodi standardizzati di misurazione della malnutrizione nell'anziano e il numero di anziani segnalati come malnutriti può cambiare in relazione ai metodi di rilevazione dello stato nutrizionale e del numero di parametri utilizzati. Ne consegue che i dati epidemiologici riportati in letteratura sono variabili.

Le cause di malnutrizione nell'anziano possono essere molteplici. In letteratura si evidenziano fattori di tipo sociale e/o clinico. I primi si riferiscono a situazioni di difficoltà emotivo- affettive e di isolamento, scarse risorse economiche e dipendenza nell'autonomia sociale. I secondi riguardano tutte le patologie tipiche dei pazienti geriatrici (invecchiamento) che influenzano negativamente l'assunzione regolare degli alimenti o che determinano un maggior fabbisogno.

A tutti questi si aggiungono anche possibili difficoltà motorie e nelle ADL e/o la compromissione dal punto di vista cognitivo (Bissoli, Borsello, Ferrari, Sergi, Zamboni, 2001).

Lo studio di Salva *et al* (2009) aggiunge tra i fattori predisponenti anche la difficoltà di masticazione e deglutizione, la presenza di disturbi comportamentali (depressione) oltre alla presenza di condizioni croniche.

La malnutrizione ha conseguenze rilevanti, non solo nella qualità della vita di un soggetto, ma anche sull'incidenza di complicanze e sulla prognosi a distanza della

patologia di base, aumentandone il rischio di mortalità. Nello specifico può determinare un:

- aumentato rischio di piaghe da decubito e ritardata guarigione delle ferite;
- aumentato rischio di traumi/fratture e necessità di riabilitazione protratte;
- aumento delle morbilità e maggior utilizzo di terapie farmacologiche,
- maggior numero di ospedalizzazioni;
- maggior numero di complicanze post-operatorie (soprattutto infezioni, sepsi);
- aumento nella durata dei periodi di degenza;
- aumento delle mortalità;
- aumento dei costi sanitari; (Bissoli et al, 2001)

Gestione della Malnutrizione

Primo e necessario intervento per contrastare uno stato di malnutrizione è intercettarlo e riconoscerlo in tempi significativamente brevi in modo da poter intervenire con misure adeguate; per far ciò è importante che il personale sanitario sia adeguatamente formato ed utilizzi delle procedure adeguate, avvalendosi degli strumenti di valutazione specifici e finalizzati al raggiungimento dello scopo.

Lo stato di istituzionalizzazione e i molteplici ricoveri ospedalieri aumentano il rischio di malnutrizione negli anziani ed è per questo che i professionisti sanitari che operano nelle strutture residenziali e le relative clinical governance, dovrebbero preoccuparsi di facilitare e avviare percorsi di identificazione precoce di tale rischio per attuare interventi specifici atti a garantire un'adeguata qualità dell'assistenza agli utenti, secondo l'evidence based, scegliendo le pratiche migliori e adeguate al proprio contesto.

Obiettivo dello studio

La prima parte della tesi affronta il problema della malnutrizione nell'anziano, descrivendo le evidenze emerse dall'analisi della letteratura internazionale in termini di ricadute cliniche, di strumenti per l'accertamento e la valutazione dello stato nutrizionale, ed infine di gestione e trattamento.

Nella seconda parte della tesi viene proposto e descritto un progetto di miglioramento di qualità per orientare la gestione della malnutrizione all'interno di una Casa di riposo in provincia di Treviso, alle migliori pratiche secondo evidenza scientifica.

1. MATERIALI E METODI

1.1 Ricerca bibliografica

Al fine dell'elaborazione della tesi, si è provveduto ad una revisione della letteratura. Le fonti bibliografiche sono state reperite attraverso il motore di ricerca Pubmed utilizzando parole chiavi come “malnutrition”, “nutrition”, “elderly”, “screening”, “frail elderly”, “nursing homes”, “assessment”.

La ricerca ha riguardato sia studi di I livello che di II livello; in particolare, per derivare le fonti di II livello, è stata interrogata la Cochrane Library. Inoltre, sono state consultate in rete le linee guida nazionali NICE (National Institute for Health and Care Excellence) ed ASPEN (American Society for Parenteral and Enteral Nutrition) riguardanti la corretta gestione della nutrizione nell'anziano.

1.2 Metodica del problem solving

Il progetto di miglioramento ha richiesto l'analisi del contesto attraverso la raccolta di dati strutturali e di processo della struttura residenziale.

E' stata utilizzata la metodologia progettuale del problem solving che prevede l'identificazione del problema, degli obiettivi, delle strategie volte al miglioramento, della verifica e monitoraggio attraverso indicatori.

Per l'analisi del problema e la pianificazione delle attività sono stati utilizzati rispettivamente il diagramma di Ishikawa e il diagramma di Gant.

1.3 Utilizzo delle linee guida per analisi degli scostamenti

La definizione più nota di Linee Guida è quella formulata dall'Institute of Medicine nel 1992 che le definisce come “raccomandazioni sviluppate in modo sistematico per assistere medici e pazienti nelle decisioni sulla gestione appropriata di specifiche condizioni cliniche” (Institute of Medicine, 1992).

Le linee guida si caratterizzano innanzitutto per il processo sistematico di elaborazione. Questo è l'elemento che le contraddistingue rispetto ai protocolli, strumenti di maggiore rigidità, finalizzati alle azioni ritenute ottimali e quasi obbligate. Una linea guida deve sostanzialmente assistere al momento della

decisione clinica ed essere di ausilio alla pratica professionale come risultato di un preciso percorso sistematico di analisi dei processi clinici orientato alla definizione della “best practice”. (Grilli R, Penna A, Liberati A, 1995, pp. 21-32).

Le linee guida hanno acquisito nel tempo maggior interesse e attenzione per le loro molteplici funzioni:

- di educazione, formazione ed aggiornamento; in quanto queste rappresentano una sintesi critica delle informazioni scientifiche disponibili sull'efficacia degli interventi sanitari.
- Monitoraggio della pratica clinica (comportamenti messi in atto e risultati ottenuti);
- Promozione del miglioramento continuo dell'attività assistenziale; in quanto le linee guida sono fondamentali strumenti a base di un'azione di governo clinico.

Le linee guida possono “regolare” la risposta alla domanda di salute orientando le attività svolte nel contesto di una politica di garanzia di efficacia e qualità degli interventi sanitari favorendo il rapido trasferimento dei risultati della ricerca alla pratica clinica. Esse consentono l'individuazione in particolare nella fase di elaborazione ma anche nel momento di applicazione, di “criticità clinico – organizzative”. Tale passo è presupposto fondamentale alla realizzazione di un sistema operativamente orientato al cambiamento e al miglioramento continuo della qualità dell'intervento sanitario.

Nella definizione proposta da Cartabellotta (2001) *“Le linee guida sono raccomandazioni di comportamento clinico, prodotte attraverso un processo sistematico, coerenti con le conoscenze sul rapporto cost/beneficio degli interventi sanitari, per assistere medici e pazienti nella scelta delle modalità di assistenza più appropriata in specifiche circostanze cliniche”*.

Le linee guida, infatti, hanno lo scopo di orientare ad una attività clinica più omogenea riducendo la variabilità dei comportamenti, quando questi non siano motivati. Un'azienda sanitaria non ha la mission di produrre LG; progetto utopistico per risorse, competenze e tempo, ma quella di implementare e verificare l'impatto dei percorsi assistenziali, previa ricerca, valutazione critica, selezione di una LG di riferimento e suo adattamento locale. All'interno di una realtà

assistenziale possono esistere ostacoli di varia natura (strutturali, tecnologici, organizzativi, professionali, socio-culturali, geografico-ambientali, normativi) che impediscono l'applicazione di una o più raccomandazioni delle LG. Pertanto, nella fase di adattamento della LG, previa analisi del contesto locale e identificazione degli ostacoli, i professionisti devono verificare con la direzione aziendale la possibilità di rimuoverli. Se questo non è possibile, la specifica raccomandazione deve essere modificata nel PA, per non aumentare il rischio clinico dei pazienti e quello medico-legale di professionisti e organizzazione sanitaria.

Una volta che è stato segnalato un possibile problema è importante acquisire dei dati che permettano di stabilire se tale problema è reale (la percezione di un problema da parte di un gruppo di clinici non ne comporta necessariamente l'esistenza):

- esiste una variabilità nella sua gestione clinica?
- esiste uno scostamento da pratiche ottimali?
- quale è il suo impatto clinico e gestionale?

Una volta individuati gli obiettivi oggetto di valutazione occorre procurarsi i dati necessari. Una prima e importante scelta si pone tra l'utilizzo di dati già raccolti da qualche sistema informativo (spesso anche informatizzato) e la raccolta 'ad hoc'. Per semplificare la ricerca bibliografica senza correre grandi rischi è consigliabile un approccio gerarchico, in modo da ridurre al minimo il rischio di ricerche incomplete. Si consiglia di iniziare la ricerca dalle fonti secondarie, ovvero da linee guida "basate sulle prove di efficacia", metanalisi e revisioni sistematiche della letteratura, la ricerca sistematica delle fonti primarie - studi clinici randomizzati e controllati e studi osservazionali - dovrebbe essere limitata ai casi in cui non siano disponibili fonti secondarie adeguate.

Se non si trova materiale dalle fonti secondarie si dovrebbe, prima di ricercare e analizzare le fonti primarie, valutare se l'impegno e le competenze richieste per portare a termine il progetto siano alla portata del gruppo.

RISULTATI

2. REVISIONE DELLA LETTERATURA ED ANALISI DI LINEE GUIDA EBM

2.1 Lo screening e la valutazione dello stato nutrizionale nell'anziano

La valutazione dello stato nutrizionale viene comunemente effettuata utilizzando parametri antropometrici, bioumorali e immunologici. Nessuna di queste valutazioni, presa singolarmente, può essere considerata sufficiente ad identificare uno stato di nutrizione normale o carente (Gibson RS.1990) e (Shils ME, Olson JA, Shike M. 2000). mentre la valutazione con più indici consente di identificare con adeguata sensibilità e specificità situazioni di rischio (Kondrup J, Allison SP, Elia M, Vellas B, Plauth M. 2002) e (Kyle UG, Kossovsky MP, Karsegard VL, Pichard C. 2006;25:409-17).

Attraverso la raccolta delle informazioni utili alla definizione dello stato nutrizionale del paziente, è possibile interfacciare le diverse competenze medico-sanitarie (medico, infermiere, dietista, logopedista, ecc.) allo scopo di:

- definire e valutare il rischio nutrizionale
- pianificare l'intervento dietetico nutrizionale
- monitorare lo stato nutrizionale durante tutta la durata del ricovero.

Tali informazioni, integrando quelle già raccolte nella tradizionale cartella clinica, forniscono un ulteriore contributo diagnostico per la scelta terapeutica più adeguata.

Dall'analisi della letteratura emerge che ancora non esiste un gold standard per l'accertamento della malnutrizione; tuttavia, possiamo affermare che la terapia nutrizionale è una terapia a tutti gli effetti. Per eseguire un accertamento nutrizionale efficace è fondamentale una buona collaborazione e un'attenta valutazione multidimensionale e multidisciplinare tra infermieri, medici e dietisti. In ambito ospedaliero lo stato di malnutrizione nella persona anziana è associato ad aumento della mortalità, prolungamento della degenza e maggiore probabilità di istituzionalizzazione. Si presenta, quindi, la necessità di assicurare che gli

anziani siano regolarmente sottoposti a screening per il rischio di malnutrizione e che gli interventi per garantire una nutrizione adeguata debbano essere tempestivamente attuati.

Un adeguato screening dello stato nutrizionale delle persone anziane rappresenta un valido contributo nel processo di miglioramento della pratica clinica assistenziale. Le persone anziane, e fragili in particolare, sono ad alto rischio per i disturbi nutrizionali (Gaskill, 2008).

Attraverso una revisione della letteratura riguardo agli strumenti di valutazione dello stato nutrizionale dei pazienti sono stati rintracciati i seguenti:

- *Malnutrition universal screening tool* (Must) per adulti residenti in comunità;
- *Mini nutritional assessment* (Mna) per i pazienti anziani. (Guigoz, 2006)

MUST (Malnutrition Universal Screening Tool)

Tra i molteplici indici nutrizionali disponibili, il MUST, sviluppato dal Malnutrition Advisory Group (Malnutrition Advisory Group 2003). consente di identificare lo stato nutrizionale in soggetti adulti in modo semplice, rapido e riproducibile. Esso rappresenta uno dei tanti indici nutrizionali integrati che, considerando determinati parametri individuali (ad esempio il sottopeso, l'entità del decremento ponderale, le patologie presenti), giungono a calcolare un punteggio totale; quest'ultimo, se superiore a determinati valori soglia, indica la presenza di un rischio lieve, moderato o grave di malnutrizione. (Schneider SM & Hebuterne X. 2000;58:31-8) e (Allison SP.,2000;16:590-3). Il modello Must permette di identificare i soggetti che potrebbero essere a rischio nutrizionale o potenzialmente a rischio e che potrebbero trarre beneficio da un intervento nutrizionale appropriato. È una procedura rapida, semplice e generale usata dal personale infermieristico, medico o di altro tipo al primo contatto con il soggetto in modo da poter attuare indicazioni di azione chiare e fornire consigli nutrizionali appropriati. Si articola in cinque fasi:

- Fasi 1 e 2: Consiste nella raccolta delle misure antropometriche (altezza, peso, BMI, recente calo di peso non programmato). Se non è possibile

ottenere l'altezza e il peso, è possibile usare misure alternative indicate nel manuale di utilizzo;

- Fase 3: Prevede la valutazione della presenza di malattie acute in atto e i relativi effetti;
- Fase 4: Consente di determinare il punteggio di rischio globale o la categoria di malnutrizione. Se non è possibile stabilire né l'IMC né un calo di peso, è possibile valutare il rischio globale in modo soggettivo, usando "Altri criteri" indicati nel manuale di utilizzo;
- Fase 5: Consente di redigere un programma terapeutico appropriato in relazione al rischio, basandosi sulle linee guida gestionali e/o le politiche locali.

Il rischio nutrizionale è basso quando il punteggio totale è 0; in tal caso è sufficiente monitorare il paziente ripetendo lo screening settimanalmente. In presenza di un rischio medio (punteggio = 1) occorre registrare l'assunzione dei consumi alimentari per tre giorni per verificarne l'adeguatezza ed eventualmente applicare adeguate procedure terapeutiche. Anche in questo caso occorre ripetere lo screening settimanalmente. In presenza di un rischio alto (punteggio >2), occorre richiedere l'intervento del team nutrizionale o mettere in atto le idonee procedure terapeutiche e migliorare e incrementare l'introito nutrizionale totale.

Il piano nutrizionale terapeutico deve essere monitorato e aggiornato settimanalmente.

MNA (Mini Nutritional Assessment (MNA®))

L'Mna è un sistema di screening e di valutazione nutrizionale in grado di identificare soggetti anziani a rischio nutrizionale o probabilmente malnutriti.

Il test è composto da 18 domande a risposta multipla ripartite in quattro ambiti:

- dati antropometrici (BMI, circonferenza del braccio, circonferenza del polpaccio, dati relativi alla perdita di peso);
- valutazione globale (dati sociali, dati clinici, motricità, dati cognitivocomportamentali, presenza di ulcere da decubito);
- indici dietetici (numero dei pasti, qualità degli alimenti assunti, valutazione dell'introito idrico, autonomia rispetto l'assunzione);

- valutazione soggettiva (percezione dell'anziano rispetto la propria nutrizione). Ad ogni risposta data corrisponde un punteggio.

La somministrazione complessiva dello strumento si articola in due fasi:

- la prima fase preliminare, detta anche MNA® short form, è composta da 6 domande e rappresenta uno screening iniziale. Nel caso in cui il soggetto superi i 12 punti, non è necessario che continui il test (il rischio nutrizionale è molto basso); se invece il punteggio è inferiore o uguale a 11 punti, è necessario proseguire con le successive domande presenti nella seconda parte del test;
- la seconda parte (assessment) è composta da altre 12 domande anch'esse a risposta multipla e prevede un punteggio massimo di 16 punti. In base alle risposte date, si ottiene un punteggio finale (somma dei valori delle due sezioni) e si ottiene un valore (basso, medio o alto) del rischio nutrizionale. Un valore inferiore a 17 è rappresentativo di malnutrizione, un valore compreso tra 17 e 23,5 è indicativo di rischio di malnutrizione, un valore superiore o uguale a 24, indica uno stato nutrizionale nella norma (Bissoli et al, 2001).

L'Mna è uno strumento specifico per la valutazione dello stato nutrizionale nella popolazione anziana, è validato e ampiamente utilizzato con una buona sensibilità (96%) e specificità (98%). Non richiede l'esecuzione di esami di laboratorio e può essere compilato anche dagli infermieri (Leandro-Merhi et al., 2011; Morley, 2011; Vellas et al., 2006; Guigoz, 2006), in quanto utilizza un approccio semplice, poco costoso, non invasivo, anche nei soggetti allettati. È facilmente completabile in 10 o 15 minuti di tempo (Leandro-Merhi et al., 2011; Kaiser et al., 2009).

In uno studio recente, condotto dal gruppo di revisione Mna-International group, è stato proposto di omettere alcune valutazioni, rendendo così la compilazione del Mna più scorrevole e veloce nel completamento. (Leandro-Merhi et al., 2011; Kaiser et al., 2009).

2.1.1 Screening nutrizionale secondo le linee guida ASPEN

Le valutazioni nutrizionali possono portare a raccomandazioni volte a migliorare lo stato nutrizionale (ad esempio, un intervento come la modifica della dieta, nutrizione enterale o parenterale, o un'ulteriore valutazione medica) o la raccomandazione di un nuovo screening. La valutazione nutrizionale è stata definita da A.S.P.E.N. come "un approccio globale per la diagnosi di problemi di nutrizione che utilizza la combinazione dei seguenti parametri: storia clinica, nutrizione e farmaci, esame fisico, misure antropometriche, e dati di laboratorio. La valutazione nutrizionale costituisce la base per un intervento nutrizionale. In effetti, queste definizioni concordano con la comune interpretazione di screening da parte della Commissione Congiunta, come strumento utilizzato per determinare la necessità di acquisire ulteriori informazioni (valutazione) per garantire un adeguato intervento. Le raccomandazioni interne, suggeriscono che la valutazione nutrizionale è consigliata per tutti i pazienti identificati essere a rischio di malnutrizione attraverso lo screening nutrizionale. Il razionale è dato dal fatto che i pazienti malnutriti, identificati attraverso strumenti di valutazione nutrizionale, hanno evidenziato maggiori complicazioni e ricoveri prolungati rispetto ai pazienti con un ottimale stato nutrizionale. Tali pazienti, identificati tramite strumenti di valutazione nutrizionale, hanno evidenziato maggiori complicanze infettive e non infettive, prolungata degenza ospedaliera, e maggiori livelli di mortalità. A parte una sola eccezione, tutti gli studi hanno evidenziato una maggiore mortalità dei pazienti malnutriti. Lo strumento di screening riportato è il Mini Nutritional Assessment (MNA).

2.1.2 Screening nutrizionale secondo le linee guida NICE

Nelle linee guide NICE "Nutrition Support for Adults Oral Nutrition Support, Enteral Tube Feeding and Parenteral Nutrition", è riportato che lo screening per la malnutrizione e il rischio di malnutrizione deve essere effettuato da professionisti sanitari con adeguata formazione e competenze.

Le persone che risiedono in case di cura, dovranno essere valutati dal punto di vista nutrizionale al momento del ricovero e quando si rileva un peggioramento delle condizioni cliniche.

Lo screening dovrebbe valutare l'indice di massa corporea BMI e la percentuale di perdita di peso non intenzionale e dovrebbe anche prendere in considerazione il tempo in cui l'assunzione di nutrienti è stato involontariamente ridotto e/o la probabilità alterata assunzione di nutrienti in futuro.

Uno degli strumenti di screening per attuale tale intervento è The Malnutrition screening universal tool MUST.

2.2 Intervento e supporto nutrizionale nell'anziano

La prima fase dell'intervento nutrizionale è finalizzata a verificare la possibilità di un'alimentazione per via orale, al fine di correggere e potenziare l'apporto proteico-calorico mantenendo gli alimenti naturali, e si avvale di consigli nutrizionali, fortificazione degli alimenti (food fortification) e uso di integratori. Se prevalgono inappetenza, precoce ripienezza gastrica e precoce affaticamento nell'assunzione del cibo, un primo intervento nutrizionale consiste nell'indirizzare il paziente ad assumere una dieta frazionata, in pasti di piccolo volume, almeno 4 o 5 nella giornata, ad alta densità calorica, allo scopo di fornire molte calorie e proteine in un volume ridotto.

Può essere utile suggerire ai propri pazienti di arricchire l'apporto proteico-calorico dei cibi utilizzando come fonte calorica condimenti (olio, burro), salse (panna da cucina, maionese, besciamella), panna montata, gelati, zucchero, miele, marmellate, sciroppi, succhi di frutta e come fonte proteica latte, anche in polvere o condensato, formaggio, uova.

L'individuazione precoce delle situazioni a rischio di malnutrizione consentirebbe di ridurre gli effetti negativi, attraverso l'elaborazione di uno specifico piano terapeutico nutrizionale, che prevede le opportune modificazioni dei regimi alimentari e, se non sufficienti a soddisfare tutti i fabbisogni nutrizionali, l'impiego dei differenti tipi di supporti nutrizionali orali (SNO). I SNO rientrano nella categoria degli "Alimenti destinati a fini medici speciali" e sono prodotti industriali a composizione certa in macronutrienti e micronutrienti, in forma di bevanda o budino pronti all'uso o in polvere, con buona o neutra palatabilità, e in grado di soddisfare le specifiche esigenze di integrazione nutrizionale.

Si distinguono in standard o specifici per patologia e possono contenere nutrienti anche a dosi farmacologiche.

Il dispendio energetico a riposo (REE), in pazienti anziani normopeso, è di 19,4 kcal/kg di peso corporeo attuale, mentre nei soggetti sottopeso raggiunge le 20,4 kcal/kg. Anziani fragili malnutriti, ipercatabolici hanno una REE superiore che si aggira attorno alle 24 kcal/kg di peso corporeo. Soddisfare questi fabbisogni con la dieta spontanea per os è molto difficile per i motivi già elencati, e l'uso di SNO viene spesso limitato per il timore di un aumento del senso di sazietà e di una riduzione correlata dell'assunzione della normale dieta. In realtà, gli Autori che hanno indagato questo argomento hanno riscontrato che la supplementazione con integratori aumenta l'intake giornaliero sia proteico che calorico, senza modificare le abitudini alimentari del paziente. Lauque S, Arnaud-Battandier F, Mansourian R, et al. (2000)

Una recente indagine epidemiologica ha evidenziato che in molti reparti ospedalieri o nelle residenze assistite i SNO sono impiegati in modo non sufficientemente controllato. L'uso efficace dei SNO deve prevedere:

- conoscenza approfondita dei prodotti esistenti;
- individuazione degli obiettivi nutrizionali da raggiungere;
- inserimento in un programma nutrizionale completo;
- conoscenza delle interazioni con i farmaci;
- prescrizione da parte di personale specialistico.

L'impiego dei SNO nei pazienti anziani rappresenta un presidio terapeutico utile nella prevenzione della malnutrizione e dei suoi effetti clinici negativi. In pazienti che sono a rischio di malnutrizione l'uso di supplementi nutrizionali orali, per incrementare l'intake energetico-proteico e di micronutrienti, mantiene o migliora lo stato nutrizionale e migliora la sopravvivenza. Nei pazienti anziani fragili l'uso di supplementi nutrizionali orali migliora o mantiene lo stato nutrizionale. Nei pazienti con demenza iniziale e moderata i supplementi nutrizionali orali possono assicurare un'adeguato apporto energetico e di nutrienti e prevenire la malnutrizione.

I supplementi nutrizionali orali, in particolare con alto contenuto proteico, possono ridurre il rischio di sviluppo di lesioni da decubito. Volkert D, Berner YN, Berry E, et al. (2006).

Manders (2006) ha riscontrato che la circonferenza del polpaccio è risultata aumentare in maniera significativa in anziani che avevano assunto SNO per 24 settimane. Di contro, sono presenti in letteratura numerosi gli studi che non dimostrano un miglioramento clinico del paziente in relazione alla funzione cognitiva, alla forza di prensione della mano, all'equilibrio e alla resistenza fisica. Milne AC, Potter J, Vivanti A, et al. (2009).

Viceversa, malgrado numerose segnalazioni di effetti positivi relativi all'impiego dei SNO nei soggetti anziani con stato di malnutrizione già in atto, sia con lesioni da decubito, che con frattura di femore, recenti ampie revisioni della letteratura sottolineano la necessità di trial metodologicamente più rigorosi per dimostrare la reale efficacia di questo intervento nutrizionale in tali condizioni.

2.2.1 Intervento e supporto nutrizionale in ASPEN

Gli interventi di supporto nutrizionali sono raccomandati per i pazienti identificati a rischio di malnutrizione o malnutriti. Nei pazienti malnutriti, l'intervento nutrizionale è stato associato ad un migliore stato nutrizionale, ad una migliore assunzione di nutrienti, ad una migliore funzionalità fisica, ad una migliore qualità della vita e ad una riduzione dei ricoveri ospedalieri.

L'assistenza infermieristica dovrebbe avvalersi di collaborazione con varie figure specialistiche, come il dietista nei casi di pazienti a rischio o in stato di malnutrizione e la figura del farmacista per valutare le eventuali interazioni dei farmaci con i nutrienti assunti. Per una migliore gestione dei pazienti, inoltre, qualora si ritenga necessario è opportuno rivolgersi ad un team multidisciplinare specializzato in nutrizione. Nei casi di pazienti in stato di malnutrizione, altre figure che entrano a far parte del percorso di cura e che dovrebbero essere consultate sono l'assistente sociale, il terapeuta occupazionale e il logopedista .

Tra gli interventi assistenziali e di cura sanitaria è previsto di:

- alleviare la secchezza delle fauci;
- mantenere un adeguato apporto nutrizionale;

- migliorare l'assunzione orale;
- predisporre un ambiente favorevole all'assunzione dei pasti;
- fornire integratori orali

Nella linea guida, per ogni intervento vengono suggerite delle attività più specifiche, che nella tesi sono state riportate nella tabella riferita all'Analisi degli scostamenti.

2.2.2 Intervento e supporto nutrizionale in NICE

A livello organizzativo una delle priorità chiave è quella legate alla formazione del personale. Tutti gli operatori sanitari, infatti, che sono direttamente coinvolti nella cura del paziente dovrebbero ricevere l'istruzione e la formazione pertinenti al loro ruolo ricoperto, affinché possano garantire una nutrizione adeguata ai pazienti. Gli interventi sulla nutrizione devono essere realizzati sotto la supervisione e controllo di un team multidisciplinare.

Tutte le strutture di ricovero devono avere un comitato direttivo di nutrizione all'interno della clinical governance. La composizione di questa squadra può variare a seconda dell'organizzazione e degli accordi locali. Inoltre, le strutture che accolgono i pazienti acuti e cronici, dovrebbero impiegare almeno un infermiere specialista di supporto nutrizionale.

L'intervento di un supporto nutrizionale dovrebbe essere preso in considerazione in persone che sono malnutrite, secondo i seguenti indicatori:

- indice di massa corporea (BMI) inferiore a $18,5 \text{ kg} / \text{m}^2$
- perdita di peso involontaria superiore al 10% negli ultimi 36 mesi;
- un BMI inferiore a $20 \text{ kg}/\text{m}^2$ e perdita di peso involontaria superiore al 5% negli ultimi 36 mesi.

Va preso in considerazione anche nelle persone che sono a rischio di malnutrizione e:

- hanno mangiato poco o nulla per più di 5 giorni e/o sono propensi a mangiare poco o nulla per 5 giorni o più a lungo;
- hanno una scarsa capacità di assorbimento e/o elevate perdite di nutrienti e/o aumento fabbisogno nutrizionale, come il catabolismo.

Gli operatori sanitari dovrebbero considerare l'utilizzo orale, enterale o di supporto nutrizione parenterale, soli o in combinazione, per le persone che sono malnutrite od a rischio di malnutrizione secondo gli indicatori sopracitati. Inoltre vanno presi in considerazione possibili problemi di deglutizione.

Gli operatori sanitari coinvolti nell'attivare o interrompere il supporto nutrizionale dovrebbero, inoltre:

- ottenere il consenso da parte del paziente se nelle sue capacità;
- agire nel migliore interesse del paziente, se lo stesso non è in grado di dare il proprio consenso;
- essere consapevoli del fatto che la somministrazione di supporto nutrizionale non è sempre appropriato. Le decisioni sul mantenere o rifiutare il supporto nutrizionale devono prendere in considerazione i principi etici e legali (sia per l'ordinamento giuridico e la Convenzione sui diritti umani del 1998).
- garantire un'adeguata informazione ai pazienti e ad i loro caregiver circa il loro trattamento. Essi dovrebbero anche avere accesso alle informazioni adeguate ed avere la possibilità di discutere sulla diagnosi e sulle possibilità di trattamento.

Gli operatori sanitari che sono qualificati e formati rispetto ai requisiti e metodi di supporto nutrizionale dovrebbero verificare che nei pazienti con prescrizione di supporto nutrizionale siano garantite quantità adeguate di energia, proteine, fluidi, elettroliti, minerali, micronutrienti e fibre e una valutazione accurata di:

- livelli di attività e le condizioni cliniche di base per esempio, il catabolismo, ipertensione;
- tollerabilità gastrointestinale, potenziale instabilità metabolica e rischio di problemi nella rialimentazione;
- probabile durata del supporto nutrizionale.

Per i pazienti che non sono gravemente malati o feriti, né a rischio di sindrome di rialimentazione, la prescrizione nutrizionale suggerita per un'assunzione completa, dovrebbe contenere/prevedere:

- 25-35 kcal/kg al giorno di energia totale (compreso quello derivato da proteine);
- 0,8-1,5 g di proteine (0,13-0,24 g di azoto)/kg al giorno;
- 30-35 ml di liquidi/kg (con tolleranza per le perdite extra da scarichi e fistole, per esempio, e assunzione extra da altre fonti per esempio, farmaci per via endovenosa);
- elettroliti adeguati, minerali, micronutrienti (tenendo conto di qualsiasi deficit preesistente, perdite eccessive o aumento dei bisogni) e fibre se richiesto.

La prescrizione dovrebbe essere rivalutata e aggiornata in base ai progressi della persona e la cura dovrebbe essere messa in atto attraverso:

- uso di alimenti nutrizionalmente potenziati, i quali tendono ad integrare l'energia e/o proteine senza apportare micronutrienti e minerali adeguati;
- utilizzando alimenti e integratori in grado di soddisfare il pieno fabbisogno energetico e di azoto, in quanto se utilizzati solo in un ruolo complementare; non possono fornire micronutrienti e minerali adeguati.

Le persone che presentano i seguenti criteri dovrebbero essere considerati ad alto rischio di sviluppare la sindrome di rialimentazione. Il paziente può avere una o più delle seguenti:

- BMI inferiore a 16 kg/m²
- perdita di peso involontaria maggiore del 15% negli ultimi 36 mesi;
- scarso o nessun apporto nutrizionale per più di 10 giorni;
- bassi livelli di potassio, fosfato o magnesio prima dell'alimentazione.

Oppure:

- BMI inferiore a 18,5 kg/m²;
- perdita di peso involontaria superiore al 10% negli ultimi 36 mesi;
- scarso o nessun apporto nutrizionale per più di 5 giorni;
- una storia di abuso di alcol o farmaci tra cui l'insulina, la chemioterapia, antiacidi o diuretici.

Le persone ad alto rischio di sviluppare la sindrome di rialimentazione devono essere curate da operatori sanitari che siano adeguatamente qualificati e addestrati e hanno conoscenza approfondita delle esigenze nutrizionali e di supporto nutrizionale.

La prescrizione per le persone ad alto rischio di sviluppare sindrome di rialimentazione dovrebbe prevedere:

- iniziale supporto nutrizionale ad un massimo di 10 kcal/kg al giorno, aumentando lentamente i livelli per soddisfare o superare i bisogni completi in 4-7 giorni.
- utilizzando solo 5 kcal/kg al giorno in casi estremi (per esempio, BMI inferiore a 14 kg/m² o aspirazione trascurabile per più di 15 giorni) e controllo del ritmo cardiaco continuo di queste persone e di tutti gli altri che hanno già o sviluppano qualsiasi aritmie cardiache;
- il ripristino del volume circolatorio, il monitoraggio dell'equilibrio di liquidi e lo stato clinico generale;
- fornendo immediatamente prima e durante i primi 10 giorni di alimentazione: 200-300 mg al giorno di tiamina per via orale, 1 o 2 compresse di vitamina B tre volte al giorno (o dose piena giornaliera per via endovenosa di preparato vitaminico B, se necessario) e un multivitaminico equilibrato una volta al giorno;
- fornendo integratori orali, enterale o endovenosa di potassio (requisito probabile pari a 2-4 mmol/kg al giorno), fosfato (presumibilmente 0,3-0,6 mmol/kg al giorno) e magnesio (presumibilmente 0,2 mmol/kg al giorno per via endovenosa, 0,4 mmol/kg al giorno per via orale) a meno che nella fase di prealimentazione non siano elevati i livelli plasmatici. Nella prealimentazione la correzione dei bassi livelli plasmatici non è necessaria.

Le persone che sono a rischio o in stato di malnutrizione, spesso, possono presentare anche disturbi della deglutizione. La disfagia e la malnutrizione per difetto sono correlate, perché l'impossibilità del paziente di assumere cibi a normoconsistenza può provocare una scarsa motivazione verso l'assunzione dei pasti; per questo è importante prendere in considerazione la presenza di indicatori

di disfagia. Le persone che si presentano con eventuali indicatori evidenti o meno evidenti di disfagia elencati nella tabella 1, dovrebbero essere presi in carico da professionisti del settore sanitario con adeguata formazione e competenze sulla diagnosi, valutazione e gestione dei disturbi della deglutizione.

Tabella 1 Indicatori di disfagia

Indicatori evidenti di disfagia	Indicatori meno ovvi di disfagia
Difficoltà di masticazione; Difficoltà di deglutizione (con presenza di dolore); Rigurgito di cibo non digerito; Difficoltà a controllare il cibo o il liquido nella bocca con scialorrea; Voce rauca; Tosse o soffocamento prima, durante o dopo la deglutizione; Sensazione di ingombro; Rigurgito nasale; Sensazione di ostruzione; Perdita di peso non intenzionale, per esempio nelle persone affette da demenza.	Cambiamento nel modalità di respirazione; Picchi di temperatura inspiegabili; Voce gorgogliante; Fascicolazione della lingua (può essere indicativo di eventuale insorgenza di disartria); Xerostomia; Bruciore di stomaco; Variazione delle abitudini alimentari, per esempio, mangiare lentamente o evitare le occasioni sociali; Frequenti schiarimenti della voce; Infezioni polmonari ricorrenti; Dolore toracico atipico.

Gli operatori sanitari dovrebbero riconoscere che le persone che sono in condizioni neurologiche acute e croniche e coloro che hanno subito un intervento chirurgico o la radioterapia al tratto aero-digestivo superiore sono ad alto rischio di sviluppare la disfagia.

Nella gestione dei pazienti con disturbi della deglutizione i professionisti di riferimento dovrebbero considerare i rischi e benefici di supporto nutrizionale orale modificato e / o tubo di alimentazione enterale e i fattori riportati nella tabella sottostante.

Tabella 2 Fattori da considerare prima della modifica del supporto nutrizione e idratazione nelle persone con disfagia

Infezioni polmonari ricorrenti; Mobilità; Dipendenza dagli altri per l'assistenza a mangiare; Appetibilità e l'aspetto di alimenti o bevande percepita; Livello di allerta; Fisiologia compromessa; Scarsa igiene orale; Stato di salute compromesso; Esigenze metaboliche e nutrizionali; Vulnerabilità (per esempio, immunocompromessi); Comorbidità.

Le persone con disfagia dovrebbero avere una revisione dei farmaci per accertarsi se il farmaco che assume in quel momento (formulazione, tempo di somministrazione, ecc..) risulta appropriato e se non ha controindicazioni rispetto al regime alimentare o il processo e di deglutizione.

Gli operatori sanitari con formazione adeguata e competenze nella diagnosi, valutazione e gestione dei disturbi della deglutizione, dovrebbero monitorare e rivalutare regolarmente le persone con la disfagia che assumono cibi e liquidi modificati fino a quando non hanno raggiunto una stabilità.

2.3 Valutazione dei risultati attesi e monitoraggio

2.3.1 Valutazione e Monitoraggio secondo linee guida ASPEN

La presa in carico del paziente a rischio o in stato di malnutrizione non può tralasciare una fase di valutazione e monitoraggio degli interventi attuati.

Nelle linee guida ASPEN Rispetto all'andamento dei pazienti la valutazione dei risultati attesi rispetto all'andamento dei pazienti fa riferimento a due aspetti:

- il miglioramento degli indicatori relativi allo stato nutrizionale.;
- il miglioramento dello stato funzionale e del benessere generale.

Mentre, rispetto alle attività svolte dagli operatori della salute la valutazione dei risultati attesi riguarda:

- la somministrazione di alimenti e liquidi di adeguata quantità e qualità in un ambiente favorevole al consumo del pasto, assicurando inoltre un'adeguata assistenza ai pazienti che potenzialmente sono in grado di masticare e deglutire, ma non sono in grado di nutrirsi da soli;
- la rivalutazione periodica dei pazienti malnutriti o a rischio di malnutrizione;
- il Monitoraggio dell'eventuale insorgenza della sindrome di rialimentazione.

Inoltre, i pazienti dovranno essere adeguatamente informati sul mantenimento o il miglioramento dello stato nutrizionale e formati sulla modalità eventuali di assunzione di integratori liquidi per via orale, enterale, o parenterale.

Gli interventi di follow-up prevedono:

- il Monitoraggio dell'eventuale e graduale aumento di peso nel tempo;
- la rilevazione del peso settimanale del paziente per monitorarne l'andamento;
- la rilevazione del peso giornaliera del paziente per monitorarne l'andamento lo stato dei fluidi.

Un altro aspetto importante da monitorare e valutare riguarda la sindrome di rialimentazione con le seguenti modalità:

- nel corso della prima settimana di degenza, monitorare e valutare attentamente i pazienti riguardo la presenza di sazietà nutrizionale aggressiva;
- valutare e correggere le seguenti alterazioni elettrolitiche: Iposfosfatemia, ipopotassemia, ipomagnesemia, iperglicemia e ipoglicemia;
- valutare lo stato fluido attraverso le pesate giornaliere e il rigoroso controllo di assunzione e dell'escrezione dei liquidi;
- valutare l'eventuale presenza di insufficienza cardiaca congestizia nei pazienti con difficoltà respiratorie o cardiache;
- una volta garantita la sazietà dello stato nutrizionale, assicurarsi che gli obiettivi calorici siano raggiunti lentamente nel corso di 3 o 4 giorni per evitare la sindrome da rialimentazione;
- essere consapevoli del fatto che la sindrome di rialimentazione non è esclusiva dei pazienti hanno iniziato una nutrizione artificiale aggressiva, ma è possibile riscontrarla anche nei soggetti anziani che presentano condizioni mediche di comorbidità croniche e scarsa assunzione di nutrienti e sottoposti a un intervento di sazietà nutrizionale aggressiva tramite assunzione orale.

2.3.2 Valutazione e Monitoraggio secondo linee guida NICE

Secondo le linee guida NICE gli operatori sanitari dovrebbero rivedere le indicazioni, il percorso, i rischi, i benefici e gli obiettivi di supporto nutrizionale a intervalli regolari. Il tempo tra gli esami, l'impostazione cura e durata del sostegno nutrizionale dipendono dai pazienti. Gli intervalli di tempo possono aumentare se il paziente si stabilizza con il supporto nutrizionale.

I pazienti che sono sottoposti al supporto nutrizionale in ospedale devono essere monitorati per l'assistenza sanitaria da professionisti con competenze e formazione relative al monitoraggio nutrizionale.

Gli operatori sanitari devono far riferimento ai protocolli per la nutrizione, antropometrici e di monitoraggio clinico, indicati nella tabella 3 e agli esami di laboratorio indicati nella tabella 4 quando si tratta di pazienti che sono sottoposti ad un monitoraggio nutrizionale in ospedale. Le indicazioni riportate in tabella 4 sono particolarmente rilevanti per i pazienti che seguono una nutrizione parenterale, ma le stesse, potrebbero essere applicate selettivamente quando si utilizza il supporto nutrizione enterale o orale, in particolare per quei pazienti colpiti da malattie acute, con instabilità metabolica od a rischio di sindrome di rialimentazione. La frequenza e l'intensità delle osservazioni effettuate, devono essere adattate alle singole necessità dei pazienti.

I pazienti che sono sottoposti ad un supporto nutrizionale orale e/o si alimentano per via enterale dovrebbero essere monitorati da professionisti del settore sanitario con adeguata formazione e competenze sul monitoraggio nutrizionale. Questo tipo di pazienti dovrebbe essere monitorati ogni 3-6 mesi o più frequentemente, se non vi è alcun cambiamento delle loro condizioni cliniche. Dovrebbe essere effettuata una quantità limitata di osservazioni e test presenti nella tabella 3. Alcune osservazioni cliniche, possono essere effettuate dai pazienti stessi o dai loro accompagnatori. Se il progresso clinico è soddisfacente, gli esami di laboratorio sono raramente necessari.

Nei casi di sostegno nutrizionale a lungo termine, è necessario che pazienti e operatori siano addestrati a riconoscere i cambiamenti avversi e per rispondere

meglio al loro benessere attraverso una corretta gestione della nutrizione nel rispetto delle consegne sanitarie.

Tabella 3 Protocollo per il monitoraggio nutrizionale, antropometrici e clinico di supporto nutrizionale

Parametri	Fequenza	Razionale
Nutrizionali		
Assunzione di nutrienti per via orale, nutrizione enterale o parenterale(incluso qualsiasi variazione di condizioni che stanno interessando l'assunzione di cibo).	Quotidianamente nella fase iniziale, riducendo a due volte alla settimana, quando il quadro clinico è stabile.	Per assicurarsi che il paziente stia ricevendo i nutrienti che soddisfano i bisogni nutrizionali e per verificare se l'attuale modalità di alimentazione risulta ancora la più appropriata per il paziente. Permettere modifiche di assunzioni come indicato.
Volume effettivo dell'alimento introdotto.	Quotidianamente nella fase iniziale, riducendo a due volte alla settimana, quando Il quadro clinico è stabile.	Per garantire che il paziente stia ricevendo il corretto volume di alimento. Permettere la risoluzione dei problemi.
Antropometrico		
Peso*	Quotidiano se riguarda il bilanciamento dei liquidi/fluidi, altrimenti può avvenire settimanalmente o mensilmente.	Per valutare lo stato nutrizionale in corso e determinare se gli obiettivi nutrizionali sono stati raggiunti, considerando sia il grasso corporeo sia quello muscolare.
BMI	Ad inizio di alimentazione e poi mensilmente.	
Circonferenza a metà del braccio. Plicometria tricipite.	Mensilmente se il peso non può essere ottenuto o se è difficile da interpretare.	
Funzionalità gastrointestinale		
Nausea / vomito	Quotidiano inizialmente, riducendo per due volte alla settimana.	Per garantire la tolleranza degli alimenti.
Diarrea	Quotidiano inizialmente, riducendo a due volte alla settimana.	Per escludere eventuali altre cause di diarrea e poi valutare la tolleranza degli alimenti.
Stipsi	Quotidiano inizialmente, riducendo a due volte alla settimana.	Per escludere altre cause di costipazione e poi valutare la tolleranza degli alimenti.
Distensione addominale	Se necessario	Per valutare la tolleranza degli alimenti.

Tabella 4 Protocollo per il monitoraggio di laboratorio di supporto nutrizionale

Parametro	Frequenza	Razionale	Interpretazione
Sodio, potassio, urea, creatinina	Standard Tutti i giorni fino a stabilità del quadro clinico, poi 1 o 2 volte a settimana.	Valutazione della funzionalità renale, lo stato liquido e valori di Na e K	Interpretare con competenza l'equilibrio dei fluidi ed effettuare una medicazione. Sodio urinario è utile nei casi complessi con perdita di fluido gastrointestinale.
Glucosio	Standard 1 o 2 volte al giorno (o più se necessario) fino a stabilità del quadro clinico, poi settimanale.	Intolleranza al glucosio è comune	E' necessario un buon controllo glicemico.
Magnesio, fosfato	Standard Ogni giorno se è presente il rischio di sindrome di rialimentazione. Tre volte alla settimana fino a stabilità del quadro clinico, poi settimanale.	L'esaurimento è comune ed è sotto riconosciuto.	Basse concentrazioni indicano cattivo stato di salute.
Test di funzionalità epatica, compreso INR.	Standard Due volte alla settimana fino a stabilità del quadro clinico, poi settimanale.	Anomalie sono comuni durante la nutrizione parenterale.	E' complesso. Può essere dovuto a sepsi, malattia o apporto nutrizionale.
Il calcio, albumina	Standard poi settimanale	Si possono verificare ipocalcemia o ipercalcemia	Corretta misurazione di concentrazione di siero di calcio per albumina Ipocalcemia può essere secondaria a carenza di Mg Bassi livelli di albumina indicano malattia non il livello di proteine.
Proteina C-reattiva	Standard Poi 2 o 3 volte a settimana fino a stabilità del quadro clinico.	Migliora l'interpretazione dei risultati di proteine, oligoelementi e vitamine.	Per valutare la presenza di una Reazione di fase acuta (APR). L'andamento dei risultati è importante.

Zinco, rame	Standard Poi ogni 2-4 settimane, a seconda dei risultati.	Carenza comune, specialmente quando aumentano le perdite.	Le persone più a rischio quando sono in anabolismo. Reazione di fase acuta provoca diminuzione di Zn e aumento di Cu.
Selenio	Standard in caso di rischio di esaurimento. Ulteriori test dipendono dallo standard.	Carenza significativa nella grave malattia e sepsi o il supporto nutrizionale a lungo termine.	Reazione di fase acuta provoca diminuzione di Selenio. Miglior stato a lungo termine è definito da glutatione perossidasi
Esame completo del sangue e MCV (volume corpuscolare medio).	Standard 1 o 2 volte a settimana fino a stabilità del quadro clinico, poi settimanale.	L'anemia a causa di ferro o di deficit di folati è comune.	Effetti di sepsi possono essere importanti.
Ferro, ferritina	Standard, poi ogni 3-6 mesi.	La carenza di ferro è comune nella nutrizione parenterale a lungo termine.	Difficile interpretazione dei livelli di ferro se in reazione di fase acuta (Diminuzione Fe, aumento ferritina).
Folato, B12	Standard Poi ogni 2-4 settimane.	La carenza di ferro è comune.	Sufficiente rapporto di Siero di folati/B12 nell'emocromo.
Manganese	ogni 3-6 mesi se in nutrizione parenterale a domicilio.	Somministrazione eccessiva da evitare, più probabile se in presenza di malattia del fegato.	L'eccesso della misura del manganese è più attendibile nei globuli rossi o nel sangue rispetto al plasma.
25-OH Vit Db	Semestrale se il sostegno è a lungo termine.	Basso se costretti a casa.	Richiede una funzionalità normale del rene, perché abbia effetto.
Densitometria ossea	All'inizio dell'alimentazione parenterale a domicilio. Successivamente ogni 2 anni.	Diagnosi di malattia metabolica dell'osso.	Insieme ai test di laboratorio per malattia metabolica dell'osso.
<p>a. Questi test sono necessari soprattutto per le persone che hanno la nutrizione parenterale nella comunità.</p> <p>b. Questi test sono raramente necessari per le persone che hanno tubo di alimentazione enterale (in ospedale o in comunità), a meno che non ci sia il rischio di complicanze</p>			

3. ANALISI ORGANIZZATIVA DEL CONTESTO

3.1 La struttura residenziale e gli attori coinvolti

L'analisi si è attuata presso La Casa di Riposo "Umberto I" di Montebelluna della provincia di Treviso. La struttura è un IPAB e svolge la propria attività in un'unica sede. Il modello organizzativo adottato dall'Ente è incentrato sulla ripartizione per "Nuclei residenziali" differenziati in funzione dei profili socio-sanitari degli Ospiti e quindi dei loro bisogni assistenziali.

I Servizi erogati sono differenziati in base alla struttura residenziale (struttura per non autosufficienti e Villaggio) e, quindi, per nucleo di assegnazione, con livelli di assistenza differenziati. Per il Villaggio e per la struttura per non autosufficienti valgono due diversi Regolamenti di Accoglienza. Attualmente sono attivi i seguenti ambienti residenziali:

Nucleo BLU (Piano Primo) per Ospiti non autosufficienti, si compone di nr. 13 stanze a due letti e può accogliere 26 Ospiti con funzioni cognitive medio gravi, con scarsa mobilità o allettati che necessitano di un alto carico sanitario ed assistenziale.

Nucleo GIALLO (Piano Primo) per Ospiti non autosufficienti e parzialmente autosufficienti, si compone di nr. 6 stanze a due letti, di nr. 7 stanze a tre letti e nr. 1 stanza con un letto, può accogliere 34 Ospiti con funzioni cognitive compromesse e con scarsa mobilità, che necessitano di un medio carico sanitario e di un alto carico assistenziale.

Nucleo VERDE (Piano Secondo) per Ospiti autosufficienti e parzialmente autosufficienti, si compone di nr. 6 stanze con due letti, di nr. 7 stanze con tre letti e di nr. 1 stanza con un letto, può accogliere 34 Ospiti con funzioni cognitive buone e con parziale autonomia, che necessitano di un basso carico sanitario e di un medio carico assistenziale.

Nucleo GIRASOLE (Piano Secondo) per Ospiti affetti dalla malattia di Alzheimer, si compone di nr. 9 stanze da 2 letti e può accogliere 18 Ospiti con funzioni cognitive compromesse, con basso carico sanitario ed alto carico

assistenziale. In questo nucleo viene adottato il modello assistenziale “Gentle care”.

Villaggio Protetto (Piano Terra Settore Sud) rivolto a persone anziane autonome o quasi autonome, si compone di 18 alloggi da 2 posti letto e può accogliere 36 Ospiti con funzioni psico-fisiche ancora adeguate al compimento delle attività di base di vita quotidiana (ADL), che necessitano di moderati servizi di supporto alberghieri, sanitari, o assistenziali.

Il progetto di miglioramento sarà rivolto a tutti i nuclei della struttura, ma in modo particolari saranno coinvolti i nuclei **BLU, GIALLO VERDE e GIRASOLE**.

Trattandosi di una struttura di costruzione non recente, gli spazi adibiti a sala da pranzo non sempre risultano adeguati ad accogliere numerosi ospiti presenti in carrozzina e questo non sempre permette di creare le condizioni ideali per il consumo dei pasti in un clima familiare e protetto, specialmente per gli anziani che presentano maggiori difficoltà di autonomia o di tipo comportamentale.

La cucina interna è localizzata al piano terra e dista dalle varie sale da pranzo dei nuclei. I pasti destinati agli ospiti vengono interamente preparati presso il centro cottura esterno (Gemeaz – Elixor) alla struttura ad eccezione dei primi piatti, la cui cottura avviene nella cucina interna. Gli operatori addetti alla ristorazione che operano nella cucina interna della casa di riposo hanno il compito di smistare in appositi carrelli le porzioni previste nei vari nuclei e intervengono operativamente solo con minimi adeguamenti rispetto al condimento delle pietanze o rispetto alle consistenze modificate per i pasti destinati alle persone anziane con problematiche di disfagia. La dispensa, invece è interamente gestita dal personale socio-sanitario in servizio (Oss) all'interno di ogni nucleo.

Il servizio di refezione viene effettuato nelle sale da pranzo con il seguente orario:

	Dalle ore	Alle ore
Colazione	8.30	9.00 circa
Pranzo	11.45	12.30 circa
Cena periodo invernale	18.00	18.30
Cena periodo estivo	18.30	19.00

Il menù è articolato in sette giorni, per ognuno dei quali sono previsti piatti diversi e prevede variazioni stagionali. La composizione dei menù è avvenuta sotto lo stretto controllo di un dietista e gli stessi sono stati depositati presso l'ULSS8 di riferimento. Sono previsti dei menù personalizzati a seconda delle necessità degli anziani residenti.

Per quanto riguarda la figure professionali presenti, il dietista non rientra fra quelle inserite in pianta stabile all'interno della Casa di riposo. Tale figura, infatti, è addetta al coordinamento del centro cottura GEMEAZ – Elixor e si occupa della gestione e controllo della produzione dei pasti.

La redazione e l'aggiornamento delle diete individuali speciali (celiachia, allergie ed intolleranze, ospiti diabetici o che assumono farmaci particolari (Es. Cumadin) vengono effettuati dal dietista, ma attualmente tale figura non è coinvolta direttamente nella presa in carico degli anziani in casa di riposo a rischio od in stato di malnutrizione.

In osservanza delle indicazioni mediche individuali ogni giorno, nelle fasce orarie dalle 10:00 alle ore 11:30 e dalle ore 15:00 alle ore 16:30, a tutti gli Ospiti, allettati e non, viene offerta una scelta di bevande calde, sia con che senza zucchero (o con dolcificante), succhi di frutta senza zucchero, pappa reale d'inverno e integratori di sali minerali d'estate, yogurt o omogeneizzati.

Attori coinvolti

La pianta organica del personale è composta, oltre alle figure dirigenziali e amministrative, dalle seguenti figure professionali:

- N. 3 medici di medicina generale in convenzione;
- N. 1 coordinatore dei servizi socio – assistenziali e sanitari;
- N. 1 referente assistenziale;
- N. 1 referente assistenziale di nucleo;
- N. 1 referente infermieristico;
- N. 1 referente Ristorazione;
- N. 13 infermieri che operano nei vari nuclei;

- N. 3 fisioterapisti;
- N. 1 logopedista;
- N. 2 psicologhe;
- N. 2 educatori;
- N. 46 operatori socio assistenziali;
- N. 6 addetti alla ristorazione.

Ogni giovedì, dalle 14:00 alle 15:30, un'equipe formata dai rappresentanti di ogni settore assistenziale dell'Ente e diretta dal Coordinatore di Nucleo si riunisce in UOI (Unità Operativa Interna) per definire e aggiornare un PAI (Piano di Assistenza Individualizzata), specifico per ogni singolo Ospite. In particolare:

- nei casi di Ospitalità Definitiva o Temporanea, di durata superiore ai 45 giorni, il P. A. I. viene redatto dall'U. O. I. al massimo entro 45 giorni dalla data di ingresso;
- in pendenza del P.A.I., entro il giorno dell'accoglimento, il Coordinatore di Nucleo redigerà, in collaborazione con il Coordinatore dei Servizi Infermieristici, un Piano Assistenziale Provvisorio;
- nei casi di ospitalità temporanea di durata inferiore a 45 giorni, non si farà luogo al PAI definitivo.

3.2 L'attuale gestione dello stato nutrizionale degli anziani

La popolazione esaminata a luglio 2016 è composta da 134 anziani di cui 38 maschi e 96 femmine.

Attualmente i dati rilevabili rispetto allo stato nutrizionale sono:

- il peso di ingresso di ogni ospite e la rilevazione mensile;
- il numero di anziani in alimentazione enterale sono 11, di cui 7 PEG e 4 SNG;
- il numero di anziani con problematiche di disfagia indicate dal logopedista sono 59;
- il livello di autonomia nell'alimentazione come da seguente tabella.

Tabella 5 livello di autonomia nell'alimentazione

Si alimenta da solo	Si alimenta con aiuto	Alimentazione artificiale
N° 74 ospiti (55%)	N° 49 ospiti(37%	N° 11 Ospiti (8%)

3.2.1 Screening dello stato nutrizionale

Allo stato attuale nella struttura residenziale di riferimento durante l'ingresso il Referente assistenziale raccoglie delle informazioni dalla famiglia, tra cui le abitudini alimentari, eventuali patologie legate all'alimentazione e/o allergie/intolleranze, rileva l'eventuale presenza di problematiche di deglutizione e laddove è possibile indaga anche l'andamento di solito del peso e se ci sono state variazioni recenti rispetto a questo parametro.

Quando l'ospite viene accolto, viene rilevato il peso di ingresso e da quel momento se non ci sono condizioni particolari di rischio, la rivalutazione avviene a cadenza mensile (di solito agli inizi di ogni mese).

Per la misurazione del peso vengono utilizzate bilance pesa persone o sollevatori (con bilancia integrata) e la persona solitamente viene pesate (vestita).

Fin dai primi giorni di ingresso la persona viene monitorata dagli OSS che seguono la dispensa e si occupano dell'assistenza delle persone non autonomia. Se vengono identificati anziani poco motivati al cibo, che presentano segnali di rifiuto viene segnalato agli infermieri e riportato in consegna in modo generale l'assunzione dei cibi e di idratazione ai pasti.

Dalla seguente analisi emerge che nel servizio osservato non sembra esserci una rilevazione specifica mirata al problema della malnutrizione: l'altezza e il BMI non vengono rilevati per nessun ospite. Il dato relativo all'altezza è presente solo in cartella sanitaria (allegata fotocopia della carta d'identità) e attualmente non vengono utilizzati strumenti di screening e di valutazione dello stato nutrizionale.

3.2.2 Intervento

Se il rifiuto del cibo persiste nei successivi giorni, viene segnalato al Medico e la persona viene inserita in un monitoraggio più dettagliato dei pasti e di conseguenza la valutazione di eventuali cali ponderali nel giro di poco tempo.

Negli anziani nei quali si rileva un rischio di malnutrizione (dato dalle segnalazione del personale assistenziale) o si riscontra un calo ponderale (attualmente non sono stati definiti dei parametri di riferimento) viene attivata una scheda di monitoraggio alimentare cartacea qualitativa, dove vengono inseriti giornalmente il tipo di alimenti assunti dall'ospite in un determinato pasto (allegato I) e una quantitativa, dove vengono indicate in quarti la quantità assunta per ogni singolo pasto, in versione informatizzata sul software gestionale CBA in uso dall'ente (allegato II).

Nei casi più complessi, dove l'ospite presenta un calo ponderale significativo e l'ospite è a rischio di piaghe da decubito o sono già presenti, la perdita di peso viene rilevata dal Referente assistenziale di nucleo o dal Referente assistenziale, successivamente tale segnalazione viene inoltrata al Referente infermieristico che provvederà ad informare tempestivamente il Medico di medicina generale che ha incarico il paziente. Lo stesso, dopo la valutazione del singolo caso può suggerire ai famigliari l'eventuale adozione di supplementi nutrizionali, che spesso sono di tipo modulare o amminoacidi.

Le indicazioni rispetto alle quantità e modalità di utilizzo sono arbitrarie e fanno riferimento solo alle informative (vademecum) fornito dall'azienda produttrice dell'integratore nutrizionale. La gestione del paziente anziano con problemi di malnutrizione, infatti, è spesso lasciata alla soggettività dei singoli professionisti e ciò comporta una scarsa uniformità degli interventi all'interno della struttura.

3.2.3 Monitoraggio

Attualmente tutti gli ospiti della struttura vengono monitorati con una rilevazione del peso mensile. Nei casi di sospetto rischio di malnutrizione o di calo ponderale importante, le figure che entrano in gioco sono solitamente Il medico, il referente infermieristico, il logopedista (specialmente negli ospiti con disfagia) e il referente assistenziale di nucleo e c'è il coinvolgimento dei famigliari.

Tra gli interventi, il medico prescrive esami di laboratorio specifici per l'aspetto nutrizionale, che solitamente comprendono (prealbuminemia, albuminemia, RBP e conta linfocitaria).

Il Referente infermieristico attiva una rilevazione del peso, ma non è definita con che cadenza temporale, il coordinatore di nucleo controlla e verifica che gli OSS riportino in modo puntuale nella consegna assistenziale, l'assunzione del tipo di cibo ai pasti principali e nei casi in cui è stata attivato il monitoraggio quantitativo, anche la compilazione quantitativa nell'apposita scheda sul gestionale CBA (allegato II). Non essendo previsto l'uso di strumenti di screening (tipo Mna, Must o altri) né la valutazione del BMI questi due aspetti non vengono presi in considerazione.

Quando i caregiver e familiari sono molto presenti in struttura, possono contribuire ad aumentare l'intake calorico giornaliero dell'anziano con la somministrazione di spuntini (dessert, bevande zuccherate, cibi graditi all'anziano, ecc...) o degli integratori alimentari prescritti e viene chiesto loro di informare sempre almeno un OSS in turno sulle quantità assunte dal loro caro, in modo da raccogliere il dato per inserirlo nella consegna assistenziale.

Gli anziani che sono in trattamento con supporto nutrizionale e necessitano di un monitoraggio in sede di UOI (unità operativa interna) vengono discussi in team multidisciplinare e viene definito il PAI (Piano assistenziale individualizzato), all'interno del quale, viene definito il problema, l'obiettivo e gli interventi. Nello stesso momento si decide a distanza di quanto tempo verrà ridiscusso il caso per verificare il raggiungimento o meno dell'obiettivo e valutare lo stato di salute. Le verifiche del PAI da normativa della Regione Veneto devono avvenire ogni 3 mesi, ma nei casi più urgenti è possibile che avvenga in tempi più brevi.

Nella stesura del PAI, i campi (problema, obiettivi ed interventi) vengono descritti in modo generale e descrittivo, ma sarebbe opportuno progettare l'intervento in modo più sistematico, facendo una fotografia reale dello stato attuale dell'ospite, definendo con indicatori i risultati attesi in modo da poterli verificare in modo più oggettivo possibile.

3.3 Analisi degli scostamenti

Procedure di valutazione e screening dello stato nutrizionale

Linea Guida	Raccomandazioni	Struttura residenziale	Scostamenti
ASPEN	Parametri generali: a. Valutazione soggettiva (storia clinica presente del paziente, valutazioni sintomi, storia clinica e chirurgica passata) comorbidità.	La valutazione soggettiva viene eseguita come previsto nelle raccomandazioni.	NO
	b. Storia sociale	La raccolta viene effettuata dall'assistente sociale o dal referente assistenziale al momento dell'ingresso.	NO
	c. Interazioni farmaco – nutrienti	Vengono valutate e prese in considerazione dal Medico di Medicina generale	SI
	d. Limitazioni funzionali	Valutazione con scala barthel (Fisioterapista e Oss).	NO
	e. Stato psicologico	Valutazione con MMSE da psicologo della struttura	NO
	f. Valutazione obiettiva: esame orale, perdita di adipe sottocutaneo, atrofia muscolare, BMI, disfagia	Esame orale, perdita di adipe sottocutaneo, atrofia muscolare sono valutati sommariamente. BMI non calcolato. Disfagia valutata clinicamente dal Logopedista.	SI (ad eccezione della valutazione della disfagia)
	Analisi dell'assunzione dietetica svolta in 3 giorni espressa in calorie.	Monitoraggio alimentare quantitativo per una settimana, senza riferimenti di apporto calorico	SI
	Strumenti di valutazione del rischio nutrizionale MNA (Mini nutritional assesment)	Attualmente non viene utilizzato alcun strumento di screening per la valutazione dello stato nutrizionale	SI
NICE	Lo screening per la malnutrizione e il rischio di malnutrizione deve essere effettuato da professionisti sanitari con adeguata formazione e competenze al momento del ricovero e quando si rileva un peggioramento clinico. Lo screening dovrebbe essere considerato anche in altre occasioni (per esempio, ai controlli sanitari, vaccini, influenza). Lo screening dovrebbe valutare l'indice di massa corporea BMI e la percentuale di perdita di peso non intenzionale e dovrebbe anche prendere in considerazione il tempo in cui l'assunzione di nutrienti è stato involontariamente ridotto e / o la probabilità alterata assunzione di nutrienti in futuro. Strumento di screening menzionato: The Malnutrition screening universal tool (MUST).	Attualmente non viene eseguito alcun screening e non sono presenti professionisti sanitari formati e specializzati.	SI

ASPEN	Antropometria:		
	a. misurazione diretta di peso e altezza. Non fare affidamento sulle indicazioni fornite dal paziente. Se il paziente non riesce a stare in piedi, eseguire la misurazione dell'altezza, in corrispondenza del ginocchio, utilizzando speciali pinze ginocchio – altezza. L'altezza non dovrebbe mai essere stimata o dedotta, a causa dell'accorciamento della colonna vertebrale dovuta all'età avanzata. L'altezza auto-riferita può essere inferiore di 2,4 cm.	Il peso viene rilevato all'ingresso e successivamente ogni mese. L'altezza non viene misurata in struttura e il dato disponibile è quello indicato nel documento d'identità.	NO SI
	b. Storia del peso: si dovrebbe indagare in modo dettagliato la storia del peso e confrontarla con il peso attuale. Un'indagine dettagliata dovrebbe includere la valutazione di eventuali episodi di perdita di peso, se la perdita di peso è stata intenzionale o non intenzionale, e il relativo periodo. Una perdita di 10 Kg nel corso di 6 mesi, intenzionali o meno, è un indicatore fondamentale per un'ulteriore valutazione.	Il confronto tra la storia del peso precedente e quello attuale è superficiale e non costante. La perdita di peso viene rilevata dal Referente assistenziale, segnalata al Coordinatore infermieristico e comunicato tempestivamente al Medico curante, ma non sono presenti parametri di riferimento rispetto al valore di perdita in un periodo di tempo definito.	SI SI (lo scostamento riguarda la mancanza di parametri e valori di riferimento)
	c. Calcolo del BMI. Valori da 22 a 27 corrispondono a valori nella norma; valori <22 corrispondono ad un stato di malnutrizione per difetto	Non viene effettuato il calcolo del BMI per ogni ospite	SI
	Proteine viscerali: valutazione livelli sierici di albumina, transferrina e prealbumina	Le proteine viscerali vengono esaminate con esami di laboratorio la cui prescrizione e interpretazione è a discrezione del singolo Medico di base in caso di sospetto stato di malnutrizione od aggravamento delle condizioni generali di salute di un ospite.	NO

Procedure/strategie di intervento e supporto nutrizionale

Linea Guida	Raccomandazioni	Struttura residenziale	Scostamenti
NICE	<p>Supporto nutrizionale deve essere preso in considerazione in persone che sono malnutriti secondo 1 dei seguenti criteri:</p> <ul style="list-style-type: none"> - un BMI inferiore a 18,5 kg/m²; - perdita di peso involontaria superiore al 10% negli ultimi 36 mesi; - un BMI inferiore a 20 kg/m² e perdita di peso involontaria superiore al 5% nel ultimi 36 mesi. - hanno mangiato poco o nulla per più di 5 giorni e/o sono propensi a mangiare poco o nulla per i prossimi 5 giorni o più a lungo; - hanno una scarsa capacità di assorbimento e/o hanno elevate perdite di nutrienti e/o hanno aumentato fabbisogno di cause, come il catabolismo. 	<p>Il supporto nutrizionale viene prescritto dal Medico curante nei casi in cui c'è stato un calo ponderale significativo in un breve periodo (attualmente non vengono presi in considerazione parametri definiti rispetto al BMI, né la percentuale di peso in una finestra temporale ben definita).</p>	SI
ASPEN	<p>Collaborazioni:</p> <p>a. Richiesta di consulenza del dietista per il paziente a rischio o in stato di malnutrizione.</p> <p>b. Richiesta di consulenza del farmacista per valutazioni di eventuali interazioni farmaci – nutrienti.</p> <p>c. Richiesta di consulenza a team esperto di Nutrizione.</p> <p>d. Nei casi di Malnutrizione è richiesta la collaborazione di professionisti: assistente sociale, terapeuta occupazionale e logopedista.</p>	<p>La figura del dietista cura le diete speciali (diabete, celiachia, allergie, ecc.), ma non è coinvolto nella gestione dell'ospite con problemi di malnutrizione</p> <p>Le eventuali interazioni farmaci – nutrienti vengono valutate da Medico di base o dal Geriatra dell'Ulss di appartenenza.</p> <p>Il Medico di base può richiedere in casi particolari la consulenza del Geriatra o Medici specialisti di Nutrizione dell'Ulss di appartenenza soprattutto per la gestione delle alimentazioni enterali (SNG e PEG)</p> <p>La consulenza del logopedista viene richiesta nei casi di ospiti con malnutrizione, il terapeuta occupazionale non è presente nella struttura, l'assistente sociale non viene coinvolto in questo tipo di situazioni.</p>	<p>SI</p> <p>SI</p> <p>NO</p> <p>SI (ad eccezione della consulenza del logopedista)</p>
	<p>Alleviare la secchezza delle fauci:</p> <p>a. evitare assunzione di caffeina, alcol, alimenti secchi, ingombranti, speziati, salati o altamente acidi, e di fumare</p> <p>b. se il paziente non è affetto da demenza o non ha disfagia, somministrare caramelle o gomme da masticare senza zucchero</p>	<p>Le indicazioni del punto a. vengono già messe in atto nella struttura.</p> <p>Le indicazioni del punto b. attualmente non vengono praticate.</p>	<p>NO</p> <p>SI</p>

c. mantenere le labbra umide con vasellina	L'indicazione del punto c. attualmente non viene praticata.	SI
d. incoraggiare la frequente assunzione di sorsi d'acqua	L'indicazioni del punto d. vengono già messe in atto nella struttura	NO
Mantenere un adeguato apporto nutrizionale: il fabbisogno giornaliero degli anziani in buona salute è pari a 30 Kcal per Kg di peso corporeo e 0,8 a 1 g/Kg di proteine giornaliere, con non più del 30% di grassi. L'assunzione di calorie, carboidrati, proteine, grassi può variare a seconda del grado di malnutrizione e stress fisiologico.	Il fabbisogno giornaliero fa riferimento alle linee guida per la ristorazione collettiva Regione Veneto alle quali i menù fanno riferimento. Attualmente l'assunzione di calorie, carboidrati, proteine, grassi non è calibrata in relazione allo stato di malnutrizione e ai bisogni individuali nutrizionali	NO SI
Migliorare l'assunzione orale		
a. Valutare la capacità di assunzione di alimenti di ogni paziente entro le 24 ore dal ricovero.	La valutazione è a carico degli infermieri e del logopedista quando presente in struttura.	NO
b. Controllare durante il pasto quanto cibo è assunto e se necessario che il paziente e se necessita di assistenza al pasto	Gli oss svolgono tale attività nelle persone a rischio o non autonome nell'assunzione del pasto.	NO
c. Incoraggiare i membri della famiglia ad essere presenti durante i pasti	Il coinvolgimento dei famigliari al momento del pasto viene fatto in casi di particolari di rifiuto del cibo o di tempi del pasto molto lunghi	NO
d. Chiedere ai famigliari di provvedere ai cibi preferiti dal paziente	I famigliari possono portare cibi dall'esterno solo se confezionato nel rispetto delle norme HACCP utilizza nella struttura.	NO
e. Domandare e assecondare le preferenze alimentari del paziente	Gli oss mettono in atto tale strategia al momento dei pasti, ma c'è variabilità fra operatore ed operatore	SI
f. Suggestire la frequente assunzione di limitate porzioni alimentari contenenti adeguate sostanze nutritive per aiutare i pazienti a riacquistare o mantenere il peso forma	Tale attività viene suggerita in casi di malnutrizione conclamata, motivando i famigliari a supportare in questo intervento.	SI
g. Aiutare il paziente a mettere in atto una corretta igiene orale e a servizi di eventuali protesi immediatamente prima dei pasti	L'igiene orale viene attuata solo al mattino durante l'alzata, mentre gli utenti autonomi vengono stimolati ad eseguirla dal personale oss.	SI
Predisporre un ambiente favorevole all'assunzione dei pasti		
a. prima dei pasti rimuovere dalla stanza padelle, orinatoi e bacinelle ermetiche	Al momento del pasto non sono presenti presidi di questo genere	NO

	b. programmare la somministrazione di terapie analgesiche e antiemetici in modo da ridurre al minimo la probabilità di dolore o nausea durante i pasti	Tale accorgimenti viene messo in atto dal personale infermieristico dopo condivisione con il Medico curante.	NO
	c. fare in modo che i pazienti che possono alzarsi da letto e rimanere seduti di consumare i pasti seduti	Gli ospiti che non hanno limitazioni funzionali e di mobilità vengono regolarmente messi seduti per consumare il pasto a letto.	NO
	d. creare un'atmosfera più rilassata a livello degli occhi del paziente e assicurare il contatto visivo durante la consumazione del pasto.	Gli oss mettono in atto tale strategia al momento dei pasti, ma c'è variabilità fra operatore ed operatore	SI
	e. Richiede un nuovo vassoio di cibo o tenerlo in caldo se i pazienti non sono presenti durante il momento del pasto	Spesso, soprattutto per gli ospiti che sono momentaneamente assenti per visite mediche o altro.	NO
	f. Durante i pasti non interrompere i pazienti per procedure di routine e non urgenti	Si, generalmente il momento del pasto viene preservato.	NO
	Fornire integratori orali:		
	a. Gli integratori non devono sostituire i pasti, ma devono essere previsti tra i pasti, evitare di somministrarli entro un'ora dal pasto e prima di coricarsi.	C'è variabilità di gestione. In alcuni casi gli integratori vengono somministrati insieme al pasto principali per motivi organizzativi	SI
	b. Assicurarsi che integratore orale sia alla temperatura adeguata;	C'è variabilità che dipende dal singolo operatore.	SI
	c. Assicurarsi che la confezione dell'integratore orale possa essere aperta dai pazienti	Non sempre	SI
	d. Monitorare l'assunzione dell'integratore prescritto.	Regolarmente, ma non è registrato in apposita scheda di monitoraggio.	NO
	e. Promuovere una modalità di assunzione dell'integratore su brevi sorsi	Non sempre per difficoltà organizzative	SI
	f. Includere gli integratori nel protocollo di somministrazione dei farmaci.	Non è inserito nella scheda terapia dell'ospite che ne fa uso.	SI
NICE	Cosa dare in ospedale e in comunità Gli operatori sanitari che sono qualificati e formati rispetto ai requisiti e metodi di supporto nutrizionale dovrebbero assicurarsi che i pazienti con prescrizione di supporto nutrizionale assumano in maniere sufficiente e adeguata rispetto a:	Attualmente nella struttura non sono previsti operatori qualificati e formati nel supporto nutrizionale e tale attività viene svolta dall'infermiere su indicazione del Medico di medicina generale.	SI

	Richieste H.N.P.O.		
	a. Programmare visite ed esami nelle prime ore del giorno per ridurre il tempo di possibile non assunzione di cibo e liquidi	Di solito le visite e/o esami vengono attuate al mattino presto, compatibilmente con la disponibilità di accesso dei medici.	NO
	b. Se è inevitabile che l'esame venga fatto a fine giornata, chiedere al medico se il paziente può assumere la prima colazione	Si sempre.	NO
	c. Consultate le linee guida della pratica clinica della società americana di anesthesiologia riguardo l'intervallo di tempo consigliato di nulla per os riguardo procedure chirurgiche elettive cui sottoporre i pazienti.	Si fa riferimento alle linee guida	NO

Procedure di Monitoraggio dei pazienti

Linea Guida	Raccomandazioni	Struttura residenziale	Scostamenti
ASPEN	Pazienti		
	a. Miglioramento degli indicatori relativi allo stato nutrizionale	Gli indicatori considerati sono l'eventuale aumento del peso e valori nella norma nelle indagini con gli esami di laboratorio.	SI per il tipo di rilevazioni.
	b. Miglioramento dello stato funzionale e del benessere generale.	Si vengono valutati lo stato funzionale e il benessere generale	NO
	Prestatori di cure		
a. Assicurare la somministrazione di alimenti e liquidi di adeguata quantità e qualità in un ambiente favorevole al consumo del pasto, assicurando inoltre un adeguato supporto (esempio aiutandoli ad assumere il pasto) ai pazienti che potenzialmente sono in grado di masticare e deglutire, ma non in modo autonomo.	Gli ospiti che presentano difficoltà nell'autonomia vengono seguiti adeguatamente al pasto, ma gli ambienti non sempre sono favorevoli per gli spazi e gli ambienti e per la presenza di confusione.	NO sull'assistenza SI rispetto all'igiene ambientale.	
b. Continuare a rivalutare i pazienti malnutriti o a rischio di malnutrizione	La valutazione è generica e non si avvale di strumenti di verifica adeguati.	SI	
c. Monitorare l'eventuale insorgenza della sindrome di rialimentazione	Tale aspetto viene valutato dal Medico di medicina generale con variabilità di ogni professionista.	NO	
Istituzione			
a. Dovrà assicurare che tutti gli operatori sanitari direttamente coinvolti nella cura del paziente ricevano un'adeguata formazione e istruzione sull'importanza di appropriata alimentazione	Attualmente non sono previsti percorsi formativi inerenti tale tematica.	SI	

	<p>La presa in carico del paziente a rischio o in stato di malnutrizione non può tralasciare una fase di valutazione e monitoraggio degli interventi attuati.</p> <p>Rispetto all'andamento dei pazienti la valutazione dei risultati attesi rispetto all'andamento dei pazienti fa riferimento a due aspetti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - il miglioramento degli indicatori relativi allo stato nutrizionale.; - il miglioramento dello stato funzionale e del benessere generale. <p>Mentre, rispetto alle attività svolte dagli operatori della salute la valutazione dei risultati attesi riguarda:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La somministrazione di alimenti e liquidi di adeguata quantità e qualità in un ambiente favorevole al consumo del pasto, assicurando inoltre un'adeguata assistenza ai pazienti che potenzialmente sono in grado di masticare e deglutire, ma non sono in grado di nutrirsi da soli; - La rivalutazione periodica dei pazienti malnutriti o a rischio di malnutrizione. - Il Monitoraggio dell'eventuale insorgenza della sindrome di rialimentazione. <p>L'amministrazione aziendale dovrà garantire a tutti gli operatori sanitari direttamente coinvolti nella cura del paziente un'opportuna istruzione e formazione sull'importanza di fornire una adeguata nutrizione adeguata ai pazienti.</p> <p>E' importante stabilire misure di qualità di miglioramento e di sicurezza nella gestione nutrizionale dei pazienti anziani.</p> <p>L'istruzione e la formazione degli operatori assistenziali e sanitari dovrà comprendere quanto segue:</p> <ul style="list-style-type: none"> - esigenze nutrizionali ed indicazioni concernenti il supporto nutrizionale; 	<p>Gli indicatori di miglioramento considerati sono il peso e gli esami di laboratorio.</p> <p>Questa raccomandazione è rispettata.</p> <p>L'ambiente spesso risulta inadeguato al consumo dei pasti. L'assistenza agli ospiti non autonomi è garantita, ma le modalità non sempre risultano adeguate.</p> <p>La rivalutazione degli ospiti con queste problematiche è ridotta e non sempre esaustiva</p> <p>Tale rischio non viene preso in considerazione</p> <p>La formazione rispetto al tema della nutrizione nell'aziano appare ridotta e insufficiente.</p> <p>Attualmente non vengono stabiliti misure di qualità di miglioramento riguardanti la nutrizione degli ospiti anziani.</p> <p>Attualmente non sono previsti percorsi formativi inerenti tale tematica.</p>	<p>SI</p> <p>NO</p> <p>SI</p> <p>SI</p> <p>SI</p> <p>SI</p> <p>SI</p> <p>SI</p> <p>SI</p>
--	---	--	---

	<ul style="list-style-type: none"> - opzioni per il supporto nutrizionale (orale, enterale e parenterale); - concetti etici e legali; - potenziali rischi e benefici; - Modalità di richiesta di consulenza di esperti. <p>Allo stesso tempo anche i pazienti dovranno essere adeguatamente informati sul mantenimento o il miglioramento dello stato nutrizionale e formati sulla modalità eventuali di assunzione di integratori liquidi per via orale, enterale, o parenterale.</p> <p>Monitoraggio - Follow-up Gli interventi di follow-up prevedono:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Il Monitoraggio dell'eventuale e graduale aumento di peso nel tempo; - La rilevazione del peso settimanale del paziente per monitorarne l'andamento; - La rilevazione del peso giornaliera del paziente per monitorarne l'andamento lo stato dei fluidi. <p>Un altro aspetto importante da monitorare e valutare riguarda la sindrome di rialimentazione con le seguenti modalità:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nel corso della prima settimana di degenza, monitorare e valutare attentamente i pazienti riguardo la presenza di sazietà nutrizionale aggressiva. - Valutare e correggere le seguenti alterazioni elettrolitiche: Ipofofosfemia, ipopotassemia, ipomagnesemia, iperglicemia e ipoglicemia. - Valutare lo stato fluido attraverso le pesate giornaliere e il rigoroso controllo di assunzione e dell'escrezione dei liquidi. - Valutare l'eventuale presenza di insufficienza cardiaca congestizia nei pazienti con difficoltà respiratorie o cardiache. - Una volta garantita la sazietà dello stato nutrizionale, assicurarsi che gli obiettivi calorici siano raggiunti lentamente nel corso di 3 o 4 	<p>Vengono attuate consulenze agli ospiti (se lucidi cognitivamente) o ai familiari/caregiver se l'ospite presenta problematiche cognitive.</p> <p>I primi due interventi vengono attuati come da raccomandazione</p> <p>Non vengono effettuate rilevazione giornaliera del peso.</p> <p>Tale rischio non viene preso in considerazione</p>	<p>NO</p> <p>NO</p> <p>SI</p> <p>SI</p>
--	---	---	---

	<p>giorni per evitare la sindrome da rialimentazione.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Essere consapevoli del fatto che la sindrome di rialimentazione non è esclusiva dei pazienti hanno iniziato una nutrizione artificiale aggressiva, ma è possibile riscontrarla anche nei soggetti anziani che presentano condizioni mediche di comorbidità croniche e scarsa assunzione di nutrienti e sottoposti a un intervento di sazieta' nutrizionale aggressiva tramite assunzione orale. 		
--	---	--	--

Dalla seguente analisi emerge che nella struttura osservata non sembra esserci una rilevazione specifica mirata al problema della malnutrizione.

Un altro ostacolo apparso evidente durante il primo periodo di osservazione è legato alla rilevazione del peso corporeo e dell'altezza dei pazienti, attività che a volte per gli operatori addetti all'assistenza risultano difficili da eseguire nei pazienti allettati e non autosufficienti, se non a volte ritenute poco utili. Si può far fronte a questa problematica intervenendo sulla formazione e la sensibilizzazione del personale, sia infermieristico che socio-sanitario; questi ultimi, infatti, adeguatamente formati, potrebbero essere d'aiuto nella rilevazione delle misure antropometriche.

Le diete sembrano essere assegnate in base alla patologia del paziente e non per l'effettivo bisogno di apporto energetico del singolo paziente. Un ostacolo ad un'adeguata valutazione, diagnosi e trattamento della malnutrizione potrebbe consistere nel fatto che non è riconosciuto a un singolo professionista il ruolo di guida nel fornire assistenza nutrizionale per i pazienti più anziani; ciò potrebbe portare a una carenza di coordinamento nei servizi di assistenza. La cura nutrizionale è un'attività multidisciplinare, ma gli infermieri dovrebbero avere un ruolo centrale nell'identificazione dei pazienti vulnerabili e nella loro alimentazione. Essi devono garantire che le loro conoscenze sulla nutrizione permettano di svolgere questo ruolo (Holmes, 2006).

I Pazienti che risultano in uno stadio di malnutrizione meriterebbero perciò esami più approfonditi per verificarne la diagnosi e per poter quindi intervenire in modo tempestivo. In effetti i risultati dello screening nutrizionale dovrebbero essere

finalizzati ad una richiesta di intervento nutrizionale per la valutazione ed il trattamento.

Come si può evincere dalla matrice sopra riportata, si riscontrano più cause significative, pertanto si è deciso di prevedere una possibile soluzione che possa rispondere a più cause contemporaneamente.

4. IDENTIFICAZIONE E DEFINIZIONE DEL PROBLEMA

La presa in carico da parte dei vari professionisti dell'equipe sanitaria avviene in tempi brevi ed è finalizzata alla rilevazione dei bisogni assistenziali e sanitari dei pazienti e conseguente stesura del PAI (Piano Assistenziale Individualizzato) definendo obiettivi ed interventi riabilitativi come previsto dalla normativa della Regione Veneto.

Durante gli incontri di team riabilitativo è emersa la difficoltà di gestione del paziente anziano in stato di malnutrizione da parte degli operatori sanitari, pertanto da questa esigenza è sorta la possibilità di approfondire la tematica della malnutrizione presso la Casa di riposo Umberto I di Montebelluna. Nella prima fase è stata condotta un'analisi organizzativa del contesto e si è andati ad analizzare in modo approfondito le modalità di gestione della malnutrizione degli anziani residenti nella struttura.

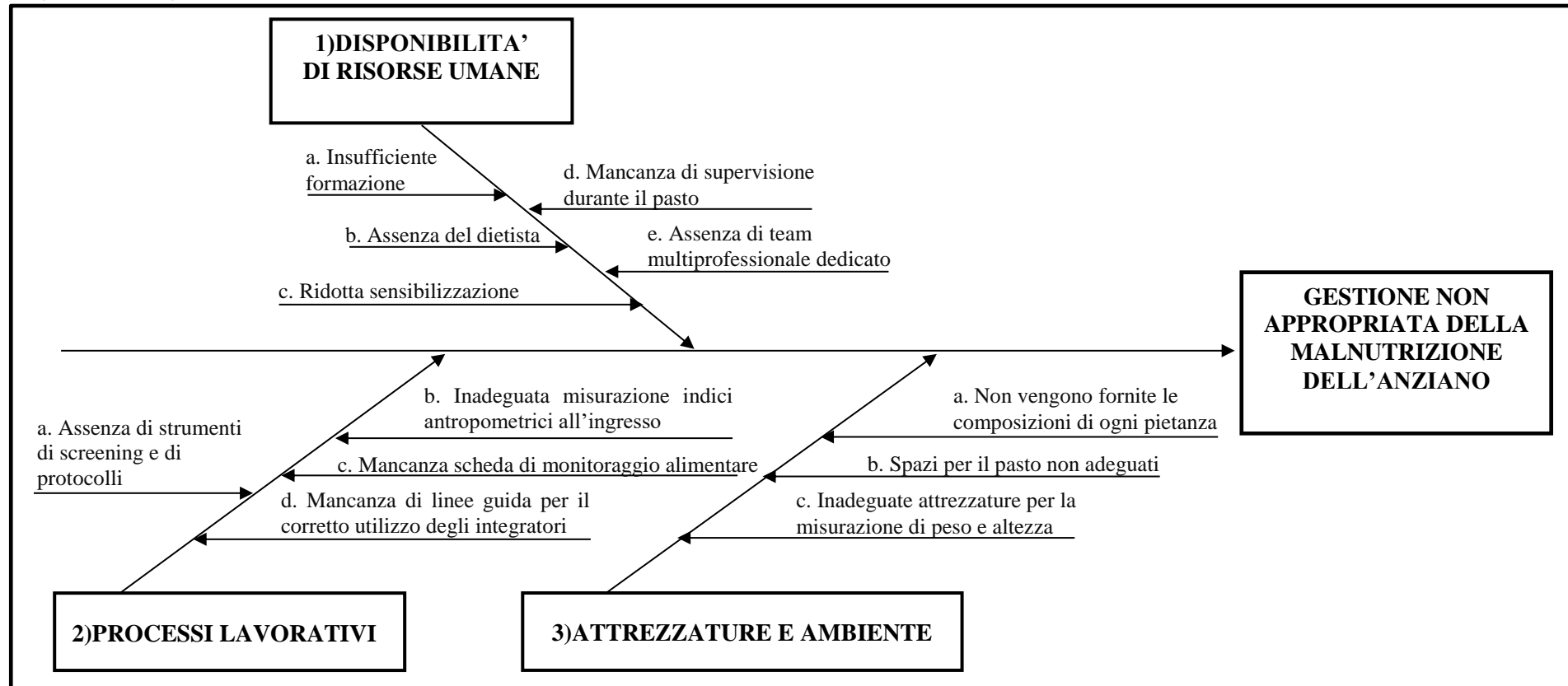
I pazienti che accedono in casa di riposo o che vi risiedono da molto tempo, spesso presentano problematiche sanitarie correlate al decadimento cognitivo e/o a disturbi della deglutizione e questo può determinare nei pazienti uno stato di malnutrizione.

Da un'analisi organizzativa si rileva quindi, la necessità di approfondire il processo di cura di tali pazienti. A seguire la pianificazione di un progetto di miglioramento allo scopo di garantire e migliorare la qualità delle cure e dell'assistenza.

4.1 Analisi delle cause

Per la raccolta dei dati e l'identificazione del problema si è scelto di utilizzare come strumento di analisi il diagramma di Ishikawa che permette di distinguere i diversi fattori che incidono sul problema (figura 1).

Figura 1 Diagramma di Ishikawa



Analizzando il processo di presa in carico dei pazienti a rischio o in stato di malnutrizione e dall'analisi delle cause sopra rappresentata tramite il diagramma Ishikawa si può evincere la presenza di molteplici cause che interessano più ambiti:

1) Disponibilità di risorse umane

Causa 1.a Insufficiente formazione sul tema della malnutrizione nella persona anziana da parte del personale assistenziale, infermieristico e professioni riabilitative;

Causa 1.b Assenza del dietista come figura professionale inserita in pianta organica (stabile) e mancanza di una consulenza specialistica per la gestione dei casi clinici più complessi di malnutrizione;

Causa 1.c Ridotta sensibilizzazione da parte del personale medico ed infermieristico rispetto al problema della malnutrizione;

Causa 1.d Mancanza di supervisione durante il momento dei pasti da parte degli OSS;

Causa 1.e Assenza di un team multiprofessionale dedicato alla gestione dell'anziano in caso di riposo, con problemi riguardanti la nutrizione.

2) Processi lavorativi

Causa 2.a Assenza di strumenti di screening e protocolli in uso per la valutazione dello stato nutrizionale nell'anziano e protocolli;

Causa 2.b L'anamnesi alimentare pregressa e recente risulta sommaria e il solo dato antropometrico rilevato mensilmente è il peso corporeo;

Causa 2.c Mancanza di una scheda di valutazione quantitativa e qualitativa del pasto assunto dall'anziano;

Causa 2.d Mancanza di linee guida operative sull'utilizzo corretto dei supplementi nutrizionali per il trattamento dei pazienti con problematiche di malnutrizione.

3) Attrezzature ed ambiente

Causa 3.a I menù non contengono le composizioni bromatologiche di ogni pietanza;

Causa 3.b Percezione di inadeguatezza degli spazi dedicati ai pasti;

Causa 3.c Parziale carenza di strumentazioni per la rilevazione del peso e dell'altezza.

5. PROGETTO DI MIGLIORAMENTO

5.1 Obiettivo/scopo del progetto di miglioramento

L'obiettivo che ci si propone attraverso la soluzione proposta è identificare precocemente i pazienti a rischio o in stato di malnutrizione, di migliorarne la presa in carico e la cura e di ridurre il più possibile la presenza di casi di malnutrizione all'interno della casa di riposo.

5.2 Strategie di intervento

1) Disponibilità di risorse umane

Causa 1.a Insufficiente formazione del personale assistenziale, infermieristico e riabilitativo.

Al fine di migliorare le conoscenze e di creare una “cultura” professionale che sia attenta al problema nutrizionale e della malnutrizione (*causa 1.c*), è utile prevedere dei programmi di formazione e aggiornamento differenziati per le varie professioni.

Dopo aver approfondito ed individuato le aree più carenti mediante interviste strutturate e/o la compilazione di questionari di valutazione delle conoscenze presenti, si presenteranno i risultati relativi ai bisogni formativi, per ottenere l'attribuzione di un budget di spesa e pianificare la formazione. Le attività formative saranno seguite dalla compilazione di questionari che valuteranno l'apprendimento specifico e il gradimento.

Causa 1.b Assenza del dietista come figura professionale inserita in pianta organica (stabile) e mancanza di una consulenza specialistica per la gestione dei casi clinici più complessi di malnutrizione.

Rispetto alla causa 1.b verrà richiesto alla Direzione la possibilità di attivare un servizio di consulenza periodica con il dietista, specialmente per la presa in carico degli ospiti che allo screening sullo stato nutrizionale risultano a rischio o in stato di malnutrizione. La collaborazione comprende la partecipazione ad incontri

trimestrale del team sulla nutrizione interno e la consulenza dietetica per i singoli bisogni e necessità nutrizionali.

Causa 1.d Mancanza di supervisione adeguata al momento dei pasto

Gli ospiti che mantengono una discreta autonomia, ma che necessitano di una minima supervisione al momento del pasto, dovranno ricevere un'assistenza costante da parte del personale OSS. La decisione sulle risorse da attivare dovrà coniugare gli aspetti organizzativi ai bisogni degli ospiti e tale decisione verrà presa in seguito ad una riorganizzazione dei piani di lavoro. Gli ospiti che invece risultano totalmente dipendenti e che in genere consumano il pasto in camera, verranno seguiti direttamente dal restante personale OSS, ai quali verranno indicati i tempi e le modalità assistenziali per la somministrazione dei pasti delle persone allettate e totalmente dipendenti nell'alimentazione.

I tempi destinati all'assistenza al momento del pasto, inoltre, dovranno essere valutati non solo rispetto all'effettivo tempo per l'assunzione del pasto, ma dovrà essere preso in considerazione anche il tempo necessario per la preparazione dell'anziano e del contesto (particolarmente rilevante per gli anziani affetti da demenza). Durante le riunioni di nucleo, sarà opportuno raccogliere le criticità e difficoltà riferite e riscontrate dagli OSS. In un secondo momento, Il coordinatore socio assistenziale insieme al Referente assistenziale dovranno attuare una revisione degli interventi assistenziali in atto e verificarli sulla base delle raccomandazioni internazionali. Infine si definiranno delle linee guida interne a sostegno degli interventi personalizzati.

2) Processi lavorativi

Causa 2.a Assenza di strumenti di screening e protocolli in uso per la valutazione dello stato nutrizionale nell'anziano e protocolli.

Al fine del raggiungimento di questo obiettivo si prevede l'adozione di uno strumento di screening che risulti utile sia per l'inquadramento all'entrata dell'ospite sia per una rivalutazione costante nel tempo.

Dopo un'attenta revisione della letteratura, per questa struttura si è scelto come strumento di valutazione multidimensionale l'MNA "Mini Nutritional

Assessment” (allegato III). Oltre a questo, verrà prevista la presenza di una scheda per la rilevazione del peso e dell’altezza per il calcolo del BMI. Per gli anziani per i quali non è possibile la rilevazione dell’altezza in stazione eretta, la scheda verrà integrata con misure alternative da poter utilizzare (misurazione della lunghezza dell’avambraccio o della tibia).

A tale strumento va aggiunta anche una valutazione del BMI, che deriva dal rapporto tra il peso (in kg) e il quadrato dell’altezza (in metri).

La titolarità dello screening sarà data all’equipe medico-infermieristica, che valuterà l’anziano al momento dell’entrata presso la struttura.

Si prevede la creazione di un protocollo interno specifico con il quale identificare oltre alla griglia, gli eventuali parametri di accertamento che dovranno integrare la scheda (laboratoristici, strumentali), e prevedere la frequenza della rivalutazione dopo il primo accertamento, con differenziazioni a seconda dello stato e del rischio nutrizionale dell’ospite. Ciò richiederà il coinvolgimento attivo dell’equipe infermieristica e dei medici. Tutti questi dati verranno inseriti in una cartella nutrizionale personale, costruita ex novo, che integrerà la cartella clinica già presente documentata dall’equipe medica ed infermieristica.

Causa 2.b L’anamnesi alimentare pregressa e recente risulta sommaria e il solo dato antropometrico rilevato mensilmente è il peso corporeo.

Rispetto alla causa 2.b la linea guida operativa interna prevederà che venga attuata un’anamnesi pregressa più approfondita all’ingresso dell’ospite. Verrà chiesto all’ospite stesso (se in condizioni di farlo) e al caregiver di fornire informazioni non solo legate alle abitudini alimentari e patologie possibili che riguardano l’alimentazione, ma di comunicare il valore del peso abituale prima dell’ingresso (a casa) o eventuali rilevazioni effettuate durante il più recente ricovero ospedaliero. Se l’ospite proviene da un’altra struttura sarà cura del Referente infermieristico raccogliere il dato dalla lettera di dimissione. Per quanto riguarda l’anamnesi recente all’ingresso della struttura dovrà essere rilevato il peso d’ingresso e attivata una scheda di monitoraggio breve di 3 giorni di tipo quali – quantitativa creata ad hoc e di seguito riportata.

Scheda di Monitoraggio alimentare quali – quantitativa giornaliera

Nome e cognome _____		Data _____						
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> <i>pasto</i> </div>							Apporto calorico unitario (in kcal)	Apporto calorico effettivo (in kcal)
		colazione						
	<i>Caffè latte</i>	1 <input checked="" type="checkbox"/>	$\frac{3}{4}$ <input type="checkbox"/>	$\frac{1}{2}$ <input type="checkbox"/>	$\frac{1}{4}$ <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	304	304
	<i>Fette biscottate (n°4)</i>	1 <input checked="" type="checkbox"/>	$\frac{3}{4}$ <input type="checkbox"/>	$\frac{1}{2}$ <input type="checkbox"/>	$\frac{1}{4}$ <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	74	304
merenda	<i>Purea di frutta</i>	1 <input type="checkbox"/>	$\frac{3}{4}$ <input type="checkbox"/>	$\frac{1}{2}$ <input type="checkbox"/>	$\frac{1}{4}$ <input type="checkbox"/>	0 <input checked="" type="checkbox"/>	70	0
	<i>Eventuale supplemento nutrizionale</i>	1 <input checked="" type="checkbox"/>	$\frac{3}{4}$ <input type="checkbox"/>	$\frac{1}{2}$ <input type="checkbox"/>	$\frac{1}{4}$ <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	220	220
pranzo	1° piatto <i>Gnocchi al ragù</i>	1 <input checked="" type="checkbox"/>	$\frac{3}{4}$ <input type="checkbox"/>	$\frac{1}{2}$ <input type="checkbox"/>	$\frac{1}{4}$ <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	247	247
	2° piatto <i>Spezzatino di manzo</i>	1 <input type="checkbox"/>	$\frac{3}{4}$ <input type="checkbox"/>	$\frac{1}{2}$ <input type="checkbox"/>	$\frac{1}{4}$ <input type="checkbox"/>	0 <input checked="" type="checkbox"/>	175	0
	Contorno <i>Spinaci al vapore</i>	1 <input checked="" type="checkbox"/>	$\frac{3}{4}$ <input type="checkbox"/>	$\frac{1}{2}$ <input type="checkbox"/>	$\frac{1}{4}$ <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	29	29
merenda	<i>Purea di frutta</i>	1 <input type="checkbox"/>	$\frac{3}{4}$ <input type="checkbox"/>	$\frac{1}{2}$ <input type="checkbox"/>	$\frac{1}{4}$ <input type="checkbox"/>	0 <input checked="" type="checkbox"/>	70	0
	<i>Eventuale supplemento nutrizionale</i>	1 <input checked="" type="checkbox"/>	$\frac{3}{4}$ <input type="checkbox"/>	$\frac{1}{2}$ <input type="checkbox"/>	$\frac{1}{4}$ <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	220	220
cena	1° piatto <i>Zuppa di legumi</i>	1 <input type="checkbox"/>	$\frac{3}{4}$ <input type="checkbox"/>	$\frac{1}{2}$ <input type="checkbox"/>	$\frac{1}{4}$ <input type="checkbox"/>	0 <input checked="" type="checkbox"/>	120	0
	2° piatto <i>Sogliola agli aromi</i>	1 <input checked="" type="checkbox"/>	$\frac{3}{4}$ <input type="checkbox"/>	$\frac{1}{2}$ <input type="checkbox"/>	$\frac{1}{4}$ <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	100	100
	Contorno <i>Patate lessate</i>	1 <input checked="" type="checkbox"/>	$\frac{3}{4}$ <input type="checkbox"/>	$\frac{1}{2}$ <input type="checkbox"/>	$\frac{1}{4}$ <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	66	66
TOTALE APPORTO CALORICO GIORNALIERO							1695	1260
TOTALE INTAKE CALORICO GIORNALIERO								

Tale scheda verrà attivata dal Coordinatore di Nucleo. E' una scheda quali – quantitativa; l'aspetto qualitativo è dato dalla presenza delle pietanze come da menù giornaliero all'interno della scheda, mentre quello quantitativo è

rappresentato dalla possibilità di segnare/rilevare la quantità di cibi assunti dall'ospite in ogni momento della giornata alimentare, quantità che viene espressa in frazioni. Ogni pietanza, inoltre è associata alla relativa composizione e ciò permette di rilevare l'effettivo intake calorico assunto dall'ospite rispetto all'intake calore previsto.

In questo progetto, la scheda è proposta in formato cartaceo, ma si auspica che lo strumento venga incorporato nel gestionale informatico in uso dall'ente (Software CBA). Tale scheda dovrà essere compilato per 3 giorni consecutivi dal personale addetto all'assistenza (OSS) in modo puntuale e secondo le indicazioni indicate nella scheda.

Qualora dalla breve analisi, si rilevi un'assunzione di cibo scarsa o poco costante nell'ospite, si suggerisce di procedere con una rilevazione del BMI e di uno screening nutrizionale con lo strumento qui proposto: MNA "Mini nutritional Assessment" (allegato III).

Le strategie proposte per aggredire la causa 2.b comprendono in parte le azioni da intraprendere per intervenire in modo efficace sulle cause 2.a, 2.c e 3.a che vengono descritte di seguito.

Causa 2.c Mancanza di una scheda di valutazione quantitativa e qualitativa del pasto assunto dall'anziano.

Per tentare di risolvere questa causa è stata costruita una scheda di valutazione quali – quantitativa in modo da migliorare e integrare le due schede di valutazione già presenti. (allegato IV). Tale scheda è destinata alla valutazione nei primi 3 giorni di ingresso (anamnesi recente nutrizionale), nei casi di rischio o stato di malnutrizione degli ospiti nella fase di accertamento e nella fase di monitoraggio durante l'attuazione degli interventi di supporto nutrizionale.

Causa 2.e Mancanza di un team di lavoro multi professionale dedicato alla nutrizione della persona anziana in struttura.

Verrà richiesto alla direzione la possibilità di istituire un gruppo di lavoro permanente (team multidisciplinare) per la gestione della Malnutrizione degli ospiti della casa di riposo. Il team sarà composto dal Coordinatore socio –

assistenziale sanitario, dal Referente Infermieristico, da un Medico di medicina generale, logopedista, un Coordinatore di Nucleo referente per tutti gli altri, un OSS referente, il Coordinatore dei servizi ausiliari (referente per il servizio di ristorazione interna) e il dietista se viene attivata un collaborazione. Il gruppo si incontrerà mediamente 1 volta al mese per discutere dei casi in trattamento o per la presa in carico di nuovi ospiti valutato a rischio o in stato di malnutrizione al momento dell'ingresso.

Causa 2.d Mancanza di linee guida operative sull'utilizzo corretto dei supplementi nutrizionali per il trattamento dei pazienti con problematiche di malnutrizione.

Per risolvere tale causa all'interno della linea guida operativa interna per la gestione della malnutrizione, verranno definite delle indicazioni in modo da uniformare le modalità di somministrazione degli integratori nutrizionali.

3) Attrezzature (strumenti) e ambienti

Causa 3.a I menù non contengono le composizioni bromatologiche di ogni pietanza.

Verrà richiesto al dietista della ditta di ristorazione GEMEAZ – Elixir di elaborare le tabelle bromatologiche di tutte le pietanze inserite nei 7 menù totali. Gli stessi apporti calorici, verranno poi inseriti nella Scheda di valutazione quali – quantitativa sopra riportata sia in formato cartaceo che informatico per un calcolo automatico e veloce dell'intake calorico giornaliero.

Causa 3.b Spazi per il pasto non adeguati.

Verranno istituite delle riunioni di nucleo per raccogliere le difficoltà riscontrate durante il momento del pasto rispetto agli ambienti. In un successivo momento il Coordinatore dei servizi socio – assistenziali e sanitari in collaborazione con il Coordinatore di ciascun nucleo effettuerà una valutazione ed apporterà delle modifiche sulla disposizione degli arredi rispetto agli spazi dedicati alle attività assistenziali, seguirà, inoltre una riorganizzazione dei posti a tavola in base alle caratteristiche e bisogni degli ospiti. Durante le riunioni di nucleo mensili si

dedicherà un spazio di tempo limitato per la collocazione e revisione dei posti a tavola in base ai nuovi ingressi.

Causa 3.c Parziale carenza di strumentazioni per la rilevazione del peso e dell'altezza.

Al fine di una corretta rilevazione dei principali parametri necessari per lo screening nutrizionale (peso e altezza) si deve prevedere la presenza all'interno della struttura delle seguenti apparecchiature:

- n. 2 bilance a stazione eretta con asta (per i nuclei GIRASOLE e VERDE) per rilievo dell'altezza;
- n. 1 sollevatore con bilancia incorporata (per nucleo VERDE) per la rilevazione del peso degli anziani alettati; i rimanenti nuclei sono già provvisti di tale attrezzatura.
- n. 1 Nastro metrico flessibile per ciascun nucleo (BLU, GIALLO, GIRASOLE E VERDE), per la misurazione delle circonferenze e delle lunghezze. Per i pazienti per i quali non è possibile, si prevederà l'utilizzo di misurazioni alternative attraverso formule standardizzate.

5.3 SWOT ANALYSIS: analisi di fattibilità del progetto

La fase successiva consiste nell'analisi delle strategie individuate al fine di perseguire l'obiettivo compatibilmente con le risorse e con la ragionevole possibilità di superare gli ostacoli.

PUNTI DI FORZA (STRENGTHS)	PUNTI DI DEBOLEZZA (WEAKNESSES)
Cura centrata sulla persona Incoraggiamento al Team work Acquisizione di nuove conoscenze e competenze Tematiche rilevante per gli utenti anziani Condivisione e supporto dei caregiver	Scarse risorse umane Scarsa sensibilizzazione al tema della malnutrizione Tendenza a rilevazioni poco analitiche dello stato nutrizionale Mancanza di strumenti e protocolli specifici
OPPORTUNITA' (OPPORTUNITIES)	MINACCE (THREATS)
Crescita per il gruppo Maggior confronto e dialogo in equipe Beneficio per i pazienti con un'adeguata valutazione dello stato nutrizionale	Resistenza al cambiamento nella pratica clinica Scarse competenze di base

5.4 Pianificazione del progetto di miglioramento

PROBLEMA	OBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD AD 1 ANNO	STRUMENTO
Assenza di un sistema di screening del rischio di malnutrizione degli anziani in carico	Individuare gli anziani a rischio di malnutrizione	N°. anziani valutati / N°. anziani presenti	Valutazione del rischio in almeno il 50% degli anziani	Griglia validata integrata (MNA)
Presenza di conoscenze eterogenee da parte del team sulla malnutrizione	Uniformare la conoscenza da parte del team rispetto il problema malnutrizione	Partecipazione attiva ad aggiornamento finalizzato e specifico N°. risposte corrette ai test finali	Partecipazione almeno del 95% del personale coinvolto nel progetto	Questionari Griglie di valutazione qualitativa
Assenza di strumenti quali – quantitativo per il monitoraggio alimentare degli anziani a rischio o in stato di malnutrizione.	Implementare l'uso di tale strumento di monitoraggio			Strumenti / schede in cartaceo Adeguamento su software CBA
Assenza di calcolo delle calorie apportato da ogni pietanza del menù	Migliorare la rilevazione dell'intake calorico quali quantitativo nei pazienti a rischio			Menu' con le relative tabelle bromatologiche di ogni pietanza (da inserire sul monitoraggio alimentare in CBA per calcolo automatico delle calorie assunte giornaliere)
Carenza di strumentazione per la rilevazione di parametri antropometrici	Migliorare la dotazione di strumentazione per la rilevazione di peso e altezza	N°. strumenti presenti / N°. strumenti previsti	90%	Inventario di nucleo
Assenza di linea guida operativa per la somministrazione dei supplementi nutrizionali	Uniformare le modalità di utilizzo e somministrazione degli integratori	N°. operatori che rispettano le linee operative interne/n° di pazienti in trattamento	90%	Scheda di verifica
Mancanza di supervisione adeguata durante il pasto	Riorganizzazione dei piani di lavoro	Pranzi in sala che vengono monitorati da almeno 1 operatore sul totale degli ospiti	90%	Totale pasti di pazienti che pranzano in stanza monitorati da 1 operatore (1:3)

Figura 2 Gantt

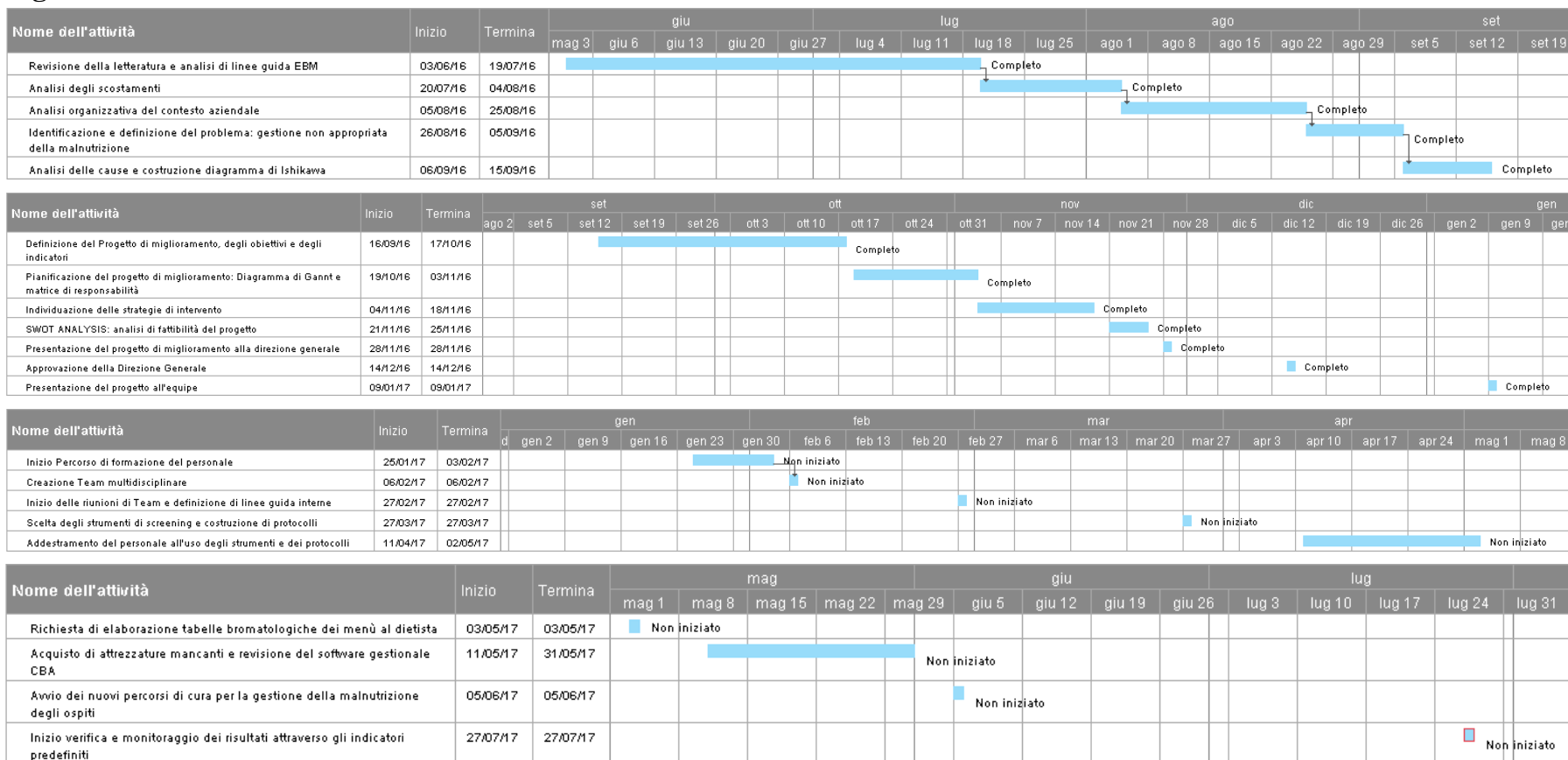


Tabella 5 Matrice di responsabilita' (1ª parte)

ATTIVITA'	DIRETTORE GENERALE	COORD. SOC. SAN. ASSIST.	REFERENTE ASSIST.	REFERENTI ASSIST. DI NUCLEO	REFERENTE INFERM.	RESP. FORM. E QUALITA'	DOCENTI EST.	MEDICI	INFERMIERI	LOGOPEDISTA	OSS	REFERENTE RISTORAZIONE
Revisione della letteratura e Analisi di linee guida EBM	I	E										
Analisi degli scostamenti	I	E	I/C	I	I/C	I	I	I	I	I	I	I
Analisi organizzativa del contesto aziendale	I	E										
Identificazione e definizione del problema: gestione non appropriata della malnutrizione	I	E	I/C	I	I/C	I		I	I	I	I	
Analisi delle cause e costruzione diagramma di Ishikawa	I	E		I	I							
Definizione del Progetto di miglioramento, degli obiettivi e degli indicatori	I	D/E/G	I/C	I/C	I/C	I/C		I	I	I	I	I
Pianificazione del progetto di miglioramento: Diagramma di Gantt e matrice di responsabilita'	I	D/E/G	I	I	I							I
Individuazione delle strategie di intervento	I	E/G	I/C	I/C	I/C	I		I/C				
SWOT ANALYSIS: analisi di fattibilita' del progetto	I	E	I/C	I/C	I/C							
Presentazione del progetto di miglioramento alla direzione generale	P	E										
Approvazione del progetto da parte della Direzione Generale	D/E	I	I	I	I	I		I	I	I	I	I
Presentazione del progetto di miglioramento all'equipe assistenziale e sanitaria	I	E	P	P	P			P	P	P	P	I

Legenda:

- E = esecutore
- C = viene consultato
- D = decide
- G = gestisce l'avanzamento
- I = viene informato
- P = partecipa
- P* = può partecipare o meno

Tabella 5 Matrice di responsabilita' (2ª parte)

ATTIVITA'	DIRETTORE GENERALE	COORD. SOC. SAN. ASSIST.	REFERENTE ASSIST.	REFERENTI ASSIST. DI NUCLEO	REFERENTE INFERM.	RESP. FORM. E QUALITA'	DOCENTI EST.	MEDICI	INFERMIERI	LOGOPEDISTA	OSS	REFERENTE RISTORAZIONE
Inizio Percorso di formazione del personale sulla malnutrizione nell'anziano	I	P*/G	P	P	P	D/G	E	P	P	P	P	P
Creazione di un Team multidisciplinare dedicato alla nutrizione	I/C	D/G	P	I	P	I		P*/I	I	P	I	P
Inizio delle riunioni di Team e definizione di linee guida interne	I	D/P*	P	I	P			P*/I	I	P		P
Scelta degli strumenti di screening e costruzione di protocolli	I	C/P/G	C/P/G	I	C/P/G	I/C	C	C/P	I	C/P	I	I
Addestramento del personale all'uso degli strumenti e dei protocolli	I	I/C	I/C/G	I	I/C/G	I		P	P	P	P	
Richiesta di elaborazione tabelle bromatologiche dei menù al dietista	I	E	I	I	I	I		I	I	I	I	I
Acquisto di attrezzature mancanti e revisione del software gestionale CBA	I/D	C/G	C/I	I	C/I			I	I	I	I	I
Avvio dei nuovi percorsi di cura per la gestione della malnutrizione degli ospiti	I	D/G	P	I	P	I		P	P	P	P	I
Verifica e monitoraggio dei risultati attraverso gli indicatori predefiniti	I	E/G	I	I	I	I/C		I	I	I	I	I

Legenda:

E = esecutore

C = viene consultato

D = decide

G = gestisce l'avanzamento

I = viene informato

P = partecipa

P* = può partecipare o meno

DISCUSSIONE

La proposta del progetto di miglioramento qui presentato, relativo alla “Malnutrizione nell’anziano fragile” ha permesso il coinvolgimento di tutte le figure professionali che operano all'interno di un'equipe riabilitativa ed è stato possibile grazie ad interventi di brainstorming emerse dai professionisti durante le riunioni periodiche. Gli strumenti utilizzati, la pianificazione e la progettazione permettono di realizzare una migliore presa in carico degli anziani residenti, che deve tener conto della globalità della persona e dei suoi bisogni assistenziali e riabilitativi. In quest'ottica gioca un ruolo importante quello del Coordinatore dei servizi socio – assistenziali e sanitari, che diventa un facilitatore di tutti i processi organizzativi che ruotano intorno alla qualità assistenziale e riabilitativa all'interno di una residenza per anziani. La condivisione del percorso di prevenzione, il coinvolgimento attivo del team di lavoro nella costruzione di processi operativi di gestione dell'accertamento precoce e il controllo della malnutrizione, rappresentano strumenti essenziali per il raggiungimento di standard assistenziali elevati. Sviluppare la consapevolezza di poter incidere efficacemente sul problema vuol dire motivare il team al cambiamento.

Punti di forza

- a) La revisione della letteratura sul tema della malnutrizione e l'analisi di linee guida nazionali EBM ha consentito di approfondire tale tematica non solo dal punto di vista teorico e concettuale, ma anche dal punto di vista operativo, con l'acquisizione di conoscenze sulle procedure assistenziali che vengono utilizzate a livello nazionale. Una struttura residenziale, attraverso l'utilizzo di prassi che fanno riferimento alle linee guida nazionali EBM, può migliorare l'assistenza sanitaria dei propri residenti; infatti, fornire una assistenza di qualità non può prescindere dal prendere in considerazione prassi fondate sull'evidenza scientifica.

- b) La proposta del progetto di miglioramento, presentata nel lavoro di tesi, è stata accolta ed approvata dalla Direzione e questo dimostra che il problema della Malnutrizione nell'anziano, è un tema sentito all'interno della casa di riposo e per il quale si intende attuare un investimento di risorse. Uno degli obiettivi che ci si è posti attraverso il progetto di miglioramento è proprio quello di sensibilizzare maggiormente le figure professionali sanitarie, rendendole più competenti nell'affrontare tale problematica nell'anziano.
- c) Sviluppare un progetto di miglioramento, applicando un metodica specifica come quella del problem solving, permette al Coordinatore di effettuare una fotografia completa rispetto all'andamento delle attività assistenziale e degli interventi di cura, oltre a rilevare problematiche di tipo organizzativo.
- d) Il coinvolgimento diretto del personale della struttura al progetto crea un terreno fertile per favorire e sviluppare un ragionamento clinico, utile non solo nella gestione della specifica tematica, ma anche di altre problematiche assistenziali e sanitarie che possono presentarsi all'interno della struttura (lesioni da decubito, problematiche legate alla disfagia, disturbi del comportamento nei nuclei per demenza, ecc...).
- e) Un altro aspetto è quello legato alla formazione continua, che permette l'acquisizione di nuove conoscenze e competenze per tutto il personale. Il coinvolgimento del team nella costruzione di linee guida interne e la sperimentazione di nuovi strumenti di lavoro, diventano occasione di autoapprendimento e di rivalutazione continua delle proprie performance professionali. Inoltre, i professionisti della salute sviluppano una maggior consapevolezza rispetto agli interventi di cura che mettono in atto.
- f) Talvolta la valutazione nutrizionale viene sostituita dal giudizio clinico personale del professionista sanitario basato su una valutazione osservazionale, che oltre non essere raccomandata dalla letteratura, può portare a valutazione erronea dello stato nutrizionale, ad esempio per quei

pazienti che presentano obesità sarcopenica, i quali apparentemente sembrano ipernutriti.

Gli strumenti per determinare lo stato nutrizionale esistono, siano questi misurazioni o test di screening, e la letteratura li valida come di elevata utilità e specificità. L'uso di strumenti di rilevazione del rischio di malnutrizione permette una valutazione oggettiva della persona anziana, sia in termini di miglioramenti che di peggioramenti dello stato nutrizionale. Si rileva, inoltre, che queste metodiche non sono dispendiose né in termini economici né temporali, e di semplice realizzazione.

Limiti dello studio

- a) Lo studio ha preso in considerazione i soggetti anziani a rischio o in stato di malnutrizione che si alimentano naturalmente per os. Un ulteriore spunto per ulteriori ricerche è ampliare l'indagine considerando anche i soggetti anziani con nutrizione tramite PEG, sondino naso gastrico o nutrizione parenterale totale.
- b) Attualmente non è possibile fornire dei risultati definitivi sull'efficacia del progetto, perché è ancora in fase di realizzazione.
- c) Per la realizzazione di un progetto di miglioramento sarebbe importante anche effettuare una valutazione economica completa attraverso un'analisi costo – efficacia, in quanto la stessa, consente di identificare, misurare e comparare i costi e i risultati di programmi sanitari in termini di efficacia, valutandone gli eventuali outcome intermedi e finali.

CONCLUSIONI

L'invecchiamento progressivo della popolazione richiede un maggior ruolo delle strutture intermedie e in particolare delle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) e delle Case di Riposo che svolgono un ruolo rilevante nelle cure degli anziani offrendo un'assistenza ai bisogni della cronicità.

E' auspicabile il riconoscimento precoce della malnutrizione che spesso agisce in sinergia con la patologia principale, vertendo negativamente sullo stato di salute della persona anziana. Quindi valutare e monitorare lo stato nutrizionale risulta fondamentale per attuare un intervento personalizzato che mira al mantenimento e al miglioramento dello stato di salute.

I progetti di miglioramento costruiti secondo la metodica del problem solving, permettono di analizzare i punti di debolezza (minor efficienza ed efficacia), prevedono una pianificazione sistematica e permettono di effettuare una verifica dei risultati attraverso indicatori precisi. Qualora le strategie individuate non risultino efficaci per risolvere il problema, durante la fase di implementazione, non è esclusa la possibilità di attuare manovre correttive e riprendere il monitoraggio.

La figura del Coordinatore è molto importante e richiede una formazione adeguata nella gestione delle risorse umane e nella pianificazione dei progetti di miglioramento. In tutto questo è fondamentale il supporto e l'approvazione da parte della *clinical governance* che in tutte le aziende socio – assistenziali dovrebbe promuovere e favorire il processo di miglioramento continuo della qualità. Per concludere, tutti gli interventi assistenziali ed i percorsi riabilitativi, pur tenendo conto delle risorse a disposizione e degli ostacoli organizzativi, devono essere adattati il più possibile ai bisogni degli anziani che vengono accolti e rispondere ad un principio di centralità della persona all'interno del percorso di cura; tutto questo in linea con i principi e i valori dichiarati nella mission e vision dell'azienda.

BIBLIOGRAFIA

1. Allison SP., (2000), “*Malnutrition, disease and outcome*”. Nutrition; Vol 16: pag 590-593.
2. Arvanitakis M., Coppens P., Doughan L., Van Gossum A. (2009), “*Nutrition in care homes and home care: recommendations - a summary based on the report approved by the Council of Europe*”. Clinical Nutrition, Vol 28, n°5, pag 492-496.
3. Auteri E. (1999), “*Management delle risorse umane. Fondamenti professionali*”, Guerini e Associati, Milano.
4. Bissoli M., Borsello O., Ferrari E., Sergi Z., Zamboni M., (2001), “*Linee guida per la valutazione della malnutrizione nell’anziano*”. Giornale di Gerontologia, Vol 49, pag 4-12.
5. Bosello O, Zamboni M (2011). “*Manuale di gerontologia e geriatria*”. Piccin, Padova.
6. Buffa R., Floris G., Marini E., Mereu RM., Putzu PF., (2007), “*La malnutrizione proteico-energetica nell’anziano: tecniche di analisi e applicazioni*”. Atropo, Vol 14, pag 19-27.
7. Calamandrei C., Orlandi C.. Manuale di management per le professioni sanitarie, McGraw-Hill Editore, IV edizione.
8. Cartabellotta A., (2008), “*Linee guida, percorsi, processi, procedure, protocolli. Il caos regna sovrano: è tempo di mettere ordine!*” GIMBEnews, 2008; Vol 1, pag 4-5.
9. Cartabellotta A, Potena C, (2001) “*Sanità e management*”, Sole 24 ore; Aprile, pag 35-41.
10. Cecchetto G., Tossani C., Zanardo M., (2006), “*Polipatologia, farmacoterapia e malnutrizione nell’anziano: uno studio in anziani ospedalizzati*”. Giornale di Gerontologia, Vol 54 pag 11-16.
11. Chen CC., Lyder CH., Schilling LS., (2001). “*A concept analysis of malnutrition in the elderly*”. Journal of Advanced Nursing, Vol 36, n°1, pag 131-142.

12. Collins RS., (2004), "*Stato di salute e valutazione nutrizionale*". I quaderni dell'Infermiere, Vol 11, pag 11-15.
13. Constans T., (2003), "*Malnutrition in the elderly*". Rev Prat; Vol 53 n° 3, pag 275-279.
14. Elia, M. (2003) *The 'MUST' report. Nutritional screening for adults: a multidisciplinary responsibility. Development and use of the 'Malnutrition Universal Screening Tool' (MUST) for adults*, Redditch: British Association for Parenteral and Enteral Nutrition (BAPEN).
15. ESPEN (2006), "*Guidelines Enteral Nutrition in geriatrics*". Clinical Nutrition, Vol 25, pag 330-360.
16. ESPEN (2009), "*Guidelines Parenteral nutrition in geriatrics*". Clinical Nutrition, Vol 28, pag 461-466.
17. Flanagan D, Fisher T., Murray M., Visvanathan R., Charlton K., Thesing C., Quigley G., Walther K., (2012), "*Managing undernutrition in the elderly - prevention is better than cure*". Aust Fam Physician. Vol 41, n°9, pag 695-699.
18. Gaskill D., Black L J., Isenring E A., Hassall S., Sanders F., Bauer J D., (2008), "*Malnutrition prevalence and nutrition issues in residential aged care facilities*. Australas J Ageing, Vol 27, n°4, pag 189-194.
19. Gibson RS., (1990), "*Principles of nutritional assessment*". Oxford University Press. New York.
20. Guigoz Y, Vellas B, Garry PJ.,(1996), "*Assessing the nutritional status of the elderly: The Mini Nutritional Assessment as part of the geriatric evaluation*". Nutr Rev; Vol 54, pag 59-65.
21. Guigoz Y, Vellas BJ., (1997), "*Malnutrition in the elderly: the Mini Nutritional Assessment (MNA)*", Jun;Vol 54,n° 6, pag 345-350.
22. Guigoz Y., (2006). "*The Mini nutritional assessment (Mna) review of the literature. What does it tell us?*" J nutr health aging, Vol 10, n°6, pag 466-487.
23. Holman C., Robert S., Nicol M. (2005). "*Promoting adequate nutrition*". Nurs older people, Vol 17, n°6, pag 31-32.

24. Holmes S., (2006). "*Barriers to effective nutritional care for older adults*". Nurs stand, Vol 21, n°3, pag 50-54.
25. Institute of Medicine, (1992), "*Guidelines for clinical practice: From Development to Use*". Washington DC; National Academic Press.
26. Joanna Briggs Institute (2007), "*Effectiveness of Intervention for undernourished older in patient in the hospital setting*". Best Practice, Vol 11, n°2.
27. Kaiser M J., Bauer J M., Ramsch C., Uter W., Guigoz Y., Cederholm T et al. (2009). "*Mna-International group. Validation of the Mini nutritional assessment short-form (Mna-Sf): a practical tool for identification of nutritional status*". J nutr health aging, Vol 13, n°9, pag 782-788.
28. Keller HH et al, Abbasi AA et al, Lipski PS et al, (1993), "*Age and Ageing*". JAGS.
29. Kondrup J., Allison SP., Elia M., Vellas B., Plauth M., (2003), "*ESPEN guidelines for nutrition screening 2002*". Clin Nutr, Vol 22, pag 415-421.
30. Kyle UG., Kossovsky MP., Karsegard VL., Pichard C., (2006) "*Comparison of tools for nutritional assessment and screening at hospital admission: a population study*". Clin Nutr, Vol 25, pag 409-417.
31. Lauque S., Arnaud-Battandier F., Mansourian R. et al. (2000), "*Protein-energy oral supplementation in malnourished nursing-home residents. A controlled trial*". Age Ageing, Vol 29, pag 51-56.
32. Leandro-Merhi V A., De Aquino J L., (2011). "*Anthropometric parameters of nutritional assessment as predictive factors of the Mini nutritional assessment (Mna) of hospitalized elderly patients*". J nutr health aging, Vol 15, n°3, pag 181-186.
33. Morley J E., (2011), "*Assessment of malnutrition in older persons: a focus on the Mini nutritional assessment*". J nutr health aging, Vol 15, n°2, pag 87-90.
34. Morosini PL., Istituto Superiore di Sanita' (2004), "*Indicatori in valutazione e miglioramento della qualità professionale*". Rapporti ISTISAN 04/29 Rev. Roma,

35. Morosini PL., Perraro F (2001). “*Enciclopedia della gestione di qualità in sanità*”. II edizione, Centro Scientifico Editore, Torino.
36. Morosini, Di Stanislao F. Casati G., Pannella M., (2005), “*Qualità professionale e percorsi assistenziali, manuali di formazione per la valutazione e il miglioramento della qualità professionale*, quarta edizione, Roma-Ancona.
37. National Guideline Clearinghouse (2006), “*Unintentional weight loss in the elderly*”.
38. Pezzana A., Borgio C., Rosolin N. et al. (2009), “*Survey on prevention, early screening and treatment of malnutrition in elderly homes*”. Abstract of the 31st ESPEN Congress, Vienna 29th August-1st September.
39. Regione Veneto, allegato B al decreto 381/2007. “*Linee di indirizzo per la ristorazione nelle strutture residenziali extraospedaliere*”.
40. Shils ME., Olson JA., Shike M., (2000), “*Modern nutrition in health and disease*”. Lea & Febiger; Philadelphia.
41. Schneider SM & Hebuterne X., (2000), “*Use of nutritional scores to predict clinical outcome in chronic disease*”. Nutr Rev, Vol 58, pag 31-38.
42. Stratton RJ., King CL., Stroud MA., Jackson AA., Elia M., (2006), “*Malnutrition Universal Screening Tool' predicts mortality and length of hospital stay in acutely ill elderly*”. Br J Nutr. Vol 95, n°2, pag 325-330.
43. Vellas B., Villars H., Abellan G., Soto M E., Rolland Y., Guigoz Y et al., (2006), “*Overview of the Mna - Its history and challenges*”. J nutr health aging, Vol 10, n°6, pag 456-465

SITOGRAFIA

- www.guideline.gov
- www.espen.org
- www.nice.org.uk/

DOCUMENTAZIONE AZIENDALE CONSULTATA

- Carta dei Servizi
- Protocolli assistenziali ed infermieristi
- Schede informatizzate del software gestione CBA
- Documentazione relativa al servizio di ristorazione
- Organigramma dell'ente

ALLEGATI

Allegato I Scheda Monitoraggio Alimentazione

Casa di Riposo Umberto I° - Montebelluna (TV)				
SCHEDA MONITORAGGIO ALIMENTAZIONE				
Cognome:			Stanza:	
Nome:				
Nucleo:				
DATA	COLAZIONE	PRANZO	MERENDA	CENA

Allegato II Scheda informatizzata alimentazione e idratazione

SIPCARplus - Cartella Socio Sanitaria

Area Sanitaria Area Valutazione Attività Consegne Analisi Fisioterapia Compilatore

Cruscotto Utente Schede Cart. Entrata Assistenziale Anamnesi Esami Allergie Intolleranze Diario Multidisciplinare Problemi Parametri Eventi Accertamenti Terapie Documenti personalizzati

Cruscotto Utente Ingresso Anamnesi Diario Clinico Eventi Prestazioni Terapie Doc. person

Utente: Età: Data Ingresso: Reparto: REPARTO BLU Stanza: ST. 130 2 LETTI ...

Andamento Parametri Cruscotto Utente - Dati in sola lettura Patologie / Problemi - Dati in sola lettura Parametri - Dati in sola lettura

Settimana 40 dal 03/10/2016 al 09/10/2016 Stampa

		colazione		pranzo		merenda		cena		warning	
		Alm.	Idrat.	Alm.	Idrat.	Alm.	Idrat.	Alm.	Idrat.	Alm.	Idrat.
03 venerdì ottobre '16											
04 sabato ottobre '16											
05 domenica ottobre '16											
06 venerdì ottobre '16											
07 sabato ottobre '16											
08 domenica ottobre '16											
09 venerdì ottobre '16											

CASA DI RECUPERO "UMBERTO I" 27/9/2016 16.21.20

Allegato III MNA® “Mini Nutritional Assessment”

Mini Nutritional Assessment

MNA®

Nestlé
Nutrition Institute

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

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

C Motricità

0 = dal letto alla poltrona
1 = autonomo a domicilio
2 = esce di casa

D Nell'arco degli ultimi 3 mesi: malattie acute stress psicologici?

0 = sì 2 = no

E Problemi neuropsicologici

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

F Indice di massa corporea (IMC) = peso in kg / (altezza in m)²

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

Valutazione di screening (totale parziale max. 14 punti)

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

H Prende più di 3 medicinali al giorno?
0 = sì 1 = no

I Presenza di decubiti, ulcere cutanee?
0 = sì 1 = no

J Quanti pasti completi prende al giorno?

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

K Consuma?

- Almeno una volta al giorno dei prodotti lattiero-caseari? sì no
- Una o due volte la settimana uova o legumi? sì no
- Oni giorno della carne, del pesce o del pollame? sì no

0.0 = se 0 o 1 sì
0.5 = se 2 sì
1.0 = se 3 sì

L Consuma almeno due volte al giorno frutta o verdura?

0 = no 1 = sì

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

N Come si nutre?

0 = necessita di assistenza
1 = autonomamente con difficoltà
2 = autonomamente senza difficoltà

O Il paziente si considera ben nutrito? (ha dei problemi nutrizionali)

0 = malnutrizione grave
1 = malnutrizione moderata o non sa
2 = nessun problema nutrizionale

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

Q Circonferenza brachiale (CB, cm)

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

R Circonferenza del polpaccio (CP in cm)

0 = CP < 31
1 = CP ≥ 31

Valutazione globale (max. 16 punti)

Screening

Valutazione totale (max. 30 punti)

Valutazione dello stato nutrizionale

24-30 da 24 a 30 punti stato nutrizionale normale
17-23.5 da 17 a 23,5 punti rischio di malnutrizione
meno 17 punti cattivo stato nutrizionale

Ref. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of MNA® - Its History and Challenges. J Nutr Health Aging 2006; 10: 456-465.
Rubenstein LZ, Harker JO, Salvá A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J Geront 2001; 56A: M366-377.
Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA)® Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging 2006; 10: 465-487.
© Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners © Nestlé, 1994, Revision 2006. N67200 12/99 10M
Per maggiori informazioni: www.mna-elderly.com

Allegato IV Scheda di Monitoraggio alimentare quali – quantitativa giornaliera

Nome e cognome _____		Data _____						
pasto	Frazione di cibo consumata						Apporto calorico unitario (in kcal)	Apporto calorico effettivo (in kcal)
colazione	Caffè latte	1 <input checked="" type="checkbox"/>	$\frac{3}{4}$ <input type="checkbox"/>	$\frac{1}{2}$ <input type="checkbox"/>	$\frac{1}{4}$ <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	304	304
	Fette biscottate (n°4)	1 <input checked="" type="checkbox"/>	$\frac{3}{4}$ <input type="checkbox"/>	$\frac{1}{2}$ <input type="checkbox"/>	$\frac{1}{4}$ <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	74	304
merenda	Purea di frutta	1 <input type="checkbox"/>	$\frac{3}{4}$ <input type="checkbox"/>	$\frac{1}{2}$ <input type="checkbox"/>	$\frac{1}{4}$ <input type="checkbox"/>	0 <input checked="" type="checkbox"/>	70	0
	Eventuale supplemento nutrizionale	1 <input checked="" type="checkbox"/>	$\frac{3}{4}$ <input type="checkbox"/>	$\frac{1}{2}$ <input type="checkbox"/>	$\frac{1}{4}$ <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	220	220
pranzo	1° piatto Gnocchi al ragù	1 <input checked="" type="checkbox"/>	$\frac{3}{4}$ <input type="checkbox"/>	$\frac{1}{2}$ <input type="checkbox"/>	$\frac{1}{4}$ <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	247	247
	2° piatto Spezzatino di manzo	1 <input type="checkbox"/>	$\frac{3}{4}$ <input type="checkbox"/>	$\frac{1}{2}$ <input type="checkbox"/>	$\frac{1}{4}$ <input type="checkbox"/>	0 <input checked="" type="checkbox"/>	175	0
	Contorno Spinaci al vapore	1 <input checked="" type="checkbox"/>	$\frac{3}{4}$ <input type="checkbox"/>	$\frac{1}{2}$ <input type="checkbox"/>	$\frac{1}{4}$ <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	29	29
merenda	Purea di frutta	1 <input type="checkbox"/>	$\frac{3}{4}$ <input type="checkbox"/>	$\frac{1}{2}$ <input type="checkbox"/>	$\frac{1}{4}$ <input type="checkbox"/>	0 <input checked="" type="checkbox"/>	70	0
	Eventuale supplemento nutrizionale	1 <input checked="" type="checkbox"/>	$\frac{3}{4}$ <input type="checkbox"/>	$\frac{1}{2}$ <input type="checkbox"/>	$\frac{1}{4}$ <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	220	220
cena	1° piatto Zuppa di legumi	1 <input type="checkbox"/>	$\frac{3}{4}$ <input type="checkbox"/>	$\frac{1}{2}$ <input type="checkbox"/>	$\frac{1}{4}$ <input type="checkbox"/>	0 <input checked="" type="checkbox"/>	120	0
	2° piatto Sogliola agli aromi	1 <input checked="" type="checkbox"/>	$\frac{3}{4}$ <input type="checkbox"/>	$\frac{1}{2}$ <input type="checkbox"/>	$\frac{1}{4}$ <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	100	100
	Contorno Patate lessate	1 <input checked="" type="checkbox"/>	$\frac{3}{4}$ <input type="checkbox"/>	$\frac{1}{2}$ <input type="checkbox"/>	$\frac{1}{4}$ <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	66	66
TOTALE APPORTO CALORICO GIORNALIERO							1695	1260
TOTALE INTAKE CALORICO GIORNALIERO								