

SICUREZZA NUTRIZIONALE E GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO



Dott.ssa Beatrice Novella Specialista in Scienza dell'Alimentazione

**Corretta alimentazione
rappresenta un
determinante di salute**



Aspetto nutrizionale diventa parte di
una visione più ampia del percorso di
salute all'interno di **un'attività
assistenziale di qualità**

INTERVENTO NUTRIZIONALE

OBIETTIVI

- **Mantenimento e promozione della salute**
- **Finalità terapeutiche specifiche e/o di prevenzione delle complicanze**



INTERVENTO NUTRIZIONALE

Le linee guida nazionali e internazionali esortano a.....

➤ **Porre maggiore attenzione all'alimentazione intesa come mezzo di prevenzione della malnutrizione**

ATTORI COINVOLTI:

Direzione sanitaria

Personale sanitario

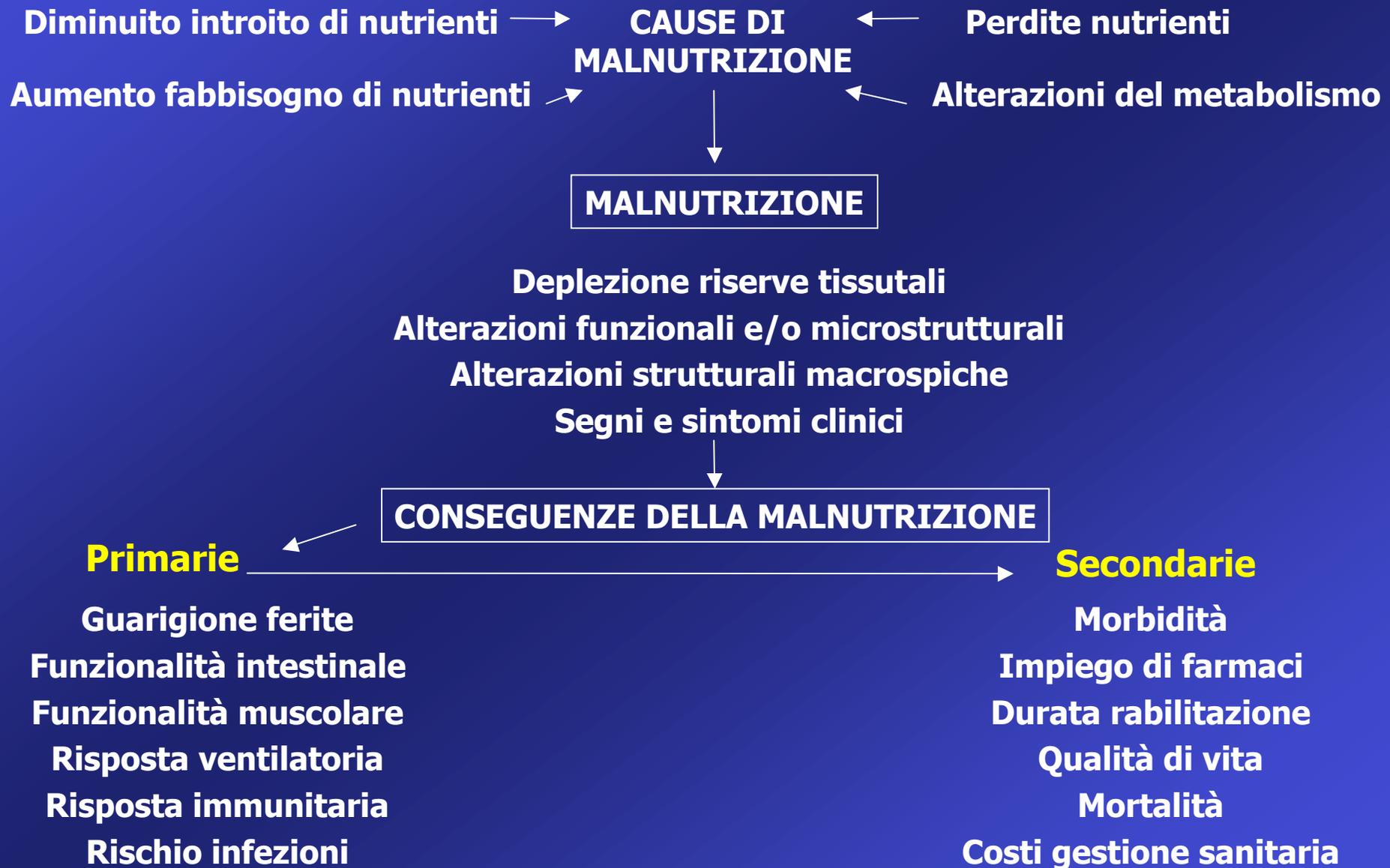
Servizio di ristorazione



Dovuto rilievo ad aspetti e attività clinico- nutrizionali

Riconoscere importanza di un'adeguata ristorazione

Cause e conseguenze della malnutrizione



Fattori che concorrono alla genesi della malnutrizione nell'anziano

NUTRIZIONALI

abitudini e consumi alimentari inadeguati e/o insufficienti
diminuzione dell'appetito
interazione farmaci-nutrienti
variazione nel fabbisogno energetico e di nutrienti

NEURO-PSICHIATRICI

confusione, depressione, demenza
deficit funzionali o motori o sensoriali
disfagia
Parkinson e altri disturbi neurologici

CLINICI

edentulia e cattiva gestione della protesi
nausea/vomito, malassorbimento, diarrea protratta
patologie croniche

SOCIALI

livello culturale
povertà
istituzionalizzazione:
isolamento, mancato supporto familiare
assistenza scarsa ai pasti

Dalla connotazione assistenziale di

"VITTO"

Insieme di alimenti e bevande
necessario per vivere

al concetto di
Pasto come momento sociale

ASPETTATIVE E VALENZA EMOTIVA



Malnutrizione nell'anziano

La malnutrizione nell'anziano è in gran parte correlata all'ambiente in cui vive:

la prevalenza è 4-10% quando vive in casa
raggiunge il 20% quando vive in casa di riposo

Il 40% in ospedale

Il 70% in lungodegenza



Fattori di malnutrizione nell'anziano istituzionalizzato

Fattori estranei al paziente

- **Vitto poco gradevole e scarsa attenzione all'alimentazione spontanea**
- **Mancata registrazione e monitoraggio del peso**
- **Mancato riconoscimento delle aumentate necessità nutrizionali per trauma o malattia**
- **Mancanza di collaborazione e interazione tra medico, dietista e infermiere**
- **Limitata disponibilità di esami di laboratorio per la valutazione dello stato nutrizionale o mancata utilizzazione di questi**

Come agire?

LA VALUTAZIONE NUTRIZIONALE

Mettendo in atto un programma nutrizionale
specifico di screening per gli ospiti

APPROCCIO MIRATO

Permette di individuare gli individui a rischio ed
affetti da malnutrizione conclamata che
richiedono un intervento ad hoc

LA VALUTAZIONE NUTRIZIONALE

La valutazione precoce del rischio nutrizionale consente di contrastare l'instaurarsi di stati di malnutrizione e/o di correggere situazioni di malnutrizione precedenti



VANTAGGIO IN TERMINI DI SALUTE



Forte correlazione tra presenza di malnutrizione e aumento di morbilità e mortalità

LA VALUTAZIONE NUTRIZIONALE

Un' ottimale gestione dell' anziano istituzionalizzato non può essere messa in atto senza aver effettuato una corretta valutazione dello stato nutrizionale

Procedura strutturata che deve possedere le seguenti caratteristiche:

- ✓ Semplicità
- ✓ Modesto impegno di tempo
- ✓ Applicabilità ai pazienti allettati
- ✓ Efficacia(ripetuta periodicamente a seconda delle necessità)

LA VALUTAZIONE NUTRIZIONALE

Tale metodica deve essere riconosciuta come parte integrante ed imprescindibile dell'assessment geriatrico multidimensionale

L'identificazione del rischio e la successiva diagnosi di malnutrizione avviene grazie all'utilizzo di molteplici **indicatori:**

❖ **Clinico - Anamnestici**

❖ **Antropometrici**

CARTELLA NUTRIZIONALE

❖ **Biomateriali**

❖ **Test di screening (*Mini Nutritional Assessment*)**

INDICATORI DI RISCHIO

CLINICO - ANAMNESTICI

- storia clinica
- patologia di base e associate complicanze
- fattori che espongono l'individuo ad un aumentato rischio di malnutrizione:
 - riduzione dell'acutezza del gusto
 - edentulia
 - difficoltà nella preparazione orale del bolo e disfagia
 - presenza di sintomatologia gastrointestinale
- assunzione dietetica

INDICATORI DI RISCHIO

ANTROPOMETRICI

- ❖ Peso
- ❖ Altezza / Altezza al ginocchio (distanza tallone-rotula)
- ❖ Calcolo Indice di Massa Corporea (IMC)
- ❖ Circonferenza del braccio (non dominante)
- ❖ Plicometria
- ❖ Circonferenza e area muscolare del braccio

INDICATORI DI RISCHIO

BIOUMORALI

concentrazioni ematiche di alcune proteine:

ALBUMINA..... emivita più lunga risponde lentamente alle variazioni degli apporti proteici

TRANSFERRINA

PREALBUMINA

RBP(proteina legante il retinolo)

Riflettono più rapidamente le modifiche dello stato di nutrizione proteico

LINFOCITI

Criticità: Indici poco specifici da soli in quanto subiscono variazioni dipendenti da es. infezioni, traumi stress, ecc.

INDICATORI DI RISCHIO

TEST DI SCREENING (*MINI NUTRITIONAL ASSESMENT*)

Le ESPEN guidelines for nutrition screening 2002 suggeriscono l'utilizzo di questo test in quanto possiede un'elevata sensibilità 96% e specificità 98% nel rilevare gli stati di malnutrizione

Strumento multidimensionale che prevede l'acquisizione di informazioni suddivise in quattro sezioni

Mini-Nutritional Assessment MNA™

Last Name: _____ First Name: _____ M.I. _____ Sex: _____ Date: _____

Age: _____ Weight (kg): _____ Height (cm): _____ Knee Height (cm): _____

Complete the form by writing the numbers in the boxes. Add the numbers in the boxes and compare the total assessment to the Malnutrition Indicator Score.

Anthropometric Assessment			
1. Body Mass Index (BMI) (weight in kg)/(height in m) ² a. BMI <19 = 0 points b. BMI to <21 = 1 point c. BMI 21 to <23 = 2 points d. BMI ≥ 23 = 3 points	Points		
2. Mid-arm circumference (MAC) in cm a. MAC < 21 = 0.0 points b. MAC 21 ≤ 22 = 0.5 points c. MAC > 22 = 1.0 points	Points		
3. Calf circumference (CC) in cm a. CC < 31 = 0 points b. CC ≥ 31 = 1 point	Points		
4. Weight loss during last 3 months a. weight loss greater than 3 kg (6.6 lbs) = 0 points b. does not know = 1 point c. weight loss between 1 & 3 kg = 2 points d. no weight loss = 3 points	Points		
General Assessment			
5. Lives independently (not in a nursing home or hospital) a. no = 0 points b. yes = 1 point	Points		
6. Takes more than 3 prescription drugs per day a. yes = 0 points b. no = 1 point	Points		
7. Has suffered psychological stress or acute disease in the past 3 months a. yes = 0 points b. no = 1 point	Points		
8. Mobility a. bed or chair bound = 0 points b. able to get out of bed/chair but does not go out = 1 point c. goes out = 2 points	Points		
9. Neuropsychological problems a. severe dementia or depression = 0 points b. mild dementia = 1 point c. no psychological problems = 2 points	Points		
10. Pressure sores or skin ulcers a. yes = 0 points b. no = 1 point	Points		
Dietary Assessment			
11. How many full meals does the patient eat daily? a. 1 meal = 0 points b. 2 meals = 1 point c. 3 meals = 2 points	Points		
12. Selected consumption markers for protein intake • At least one serving of dairy products (milk, cheese, yogurt) per day? yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> • Two or more servings of legumes or eggs per week? yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> • Meat, fish, or poultry every day? yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> a. if 0 or 1 yes = 0.0 points b. if 2 yes = 0.5 points c. if 3 yes = 1.0 points	Point		
13. Consumes two or more servings of fruits or vegetables per day? a. no = 0 points b. yes = 1 point	Points		
14. Has food intake declined over the past three months due to loss of appetite, digestive problems, chewing or swallowing difficulties? a. severe loss of appetite = 0 points b. moderate loss of appetite = 1 point c. no loss of appetite = 2 points	Points		
15. How much fluid (water, juice, coffee, tea, milk ...) is consumed per day? (1 cup = 8 oz.) a. less than 3 cups? = 0.0 points b. 3 to 5 cups = 0.5 points c. more than 5 cups = 1.0 points	Points		
16. Mode of feeding a. unable to eat without assistance = 0 points b. self-fed with some difficulty = 1 point c. self-fed without any problem = 2 points	Points		
Self-Assessment			
17. Do they view themselves as having nutritional problems? a. major malnutrition = 0 points b. does not know or moderate malnutrition = 1 point c. no nutritional problem = 2 points	Points		
18. In comparison with other people of the same age, how do they consider their health status? a. not as good = 0.0 points b. does not know = 0.5 points c. as good = 1.0 points d. better = 2.0 points	Points		
Assessment Total (max. 30 points)		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Malnutrition Indicator Score			
<input type="checkbox"/> ≥ 24 points	well-nourished	<input type="checkbox"/> 17 to 23.5 points	at risk of malnutrition
<input type="checkbox"/> < 17 points	malnourished		

1. Valutazione antropometrica

2. Valutazione globale (n. di farmaci assunti, eventi acuti, lesioni da decubito, cognitivtà)

3. Valutazione Alimentare (numero pasti completi, assunzione di liquidi, autonomia nel mangiare)

4. Autovalutazione (giudizio sui propri problemi nutrizionali e sullo stato di salute)

RISCHIO NUTRIZIONALE

ospiti normo-nutriti o con grado di rischio minimo ai quali deve essere fornita una dieta che risponda ai fabbisogni nutrizionali e alla capacità di alimentarsi

ospiti nutrizionalmente vulnerabili **con grado di rischio medio o elevato o con malnutrizione** in atto per i quali è fondamentale un immediato supporto nutrizionale e la scelta di un percorso terapeutico nutrizionale personalizzato

UTENTE

SCREENING E MONITORAGGIO NUTRIZIONALE

MENU' APPROPRIATO

INTEGRAZIONE

NUTRIZIONE ARTIFICIALE

MENU' APPROPRIATO

VITTO COMUNE O MENU' STANDARD: prevede ricette standardizzate a composizione bromatologia definita che consentano **il raggiungimento degli apporti nutrizionali idonei**

DIETE SPECIALI: schemi dietoterapici adatti a specifiche patologie con caratteristiche bromatologiche precodificate **allestiti con i piatti dell'alimentazione comune opportunamente adattati e combinati a seconda dell'esigenze terapeutiche**

MENU' APPROPRIATO

CARATTERISTICHE

- ❖ essere articolato su almeno 4 settimane
- ❖ prevedere l'alternanza stagionale e privilegiare i prodotti del territorio
- ❖ rispettare gli orari dei pasti e **il gusto collettivo**
- ❖ tener conto delle tradizioni locali in particolare di quelle relative ai giorni festivi o a ricorrenze nelle quali sia previsto il consumo di cibi particolari

MENU' APPROPRIATO

❖ consentire la fruibilità delle preparazioni da parte di utenti con problemi di masticazione e deglutizione e in condizioni patologiche



Dieta semisolida



Dieta per disfagici



Dieta per diabetici



Dieta per dislipidemicici



Dieta iposodica per ipertesi



Dieta ipoproteica per nefropatici

*tabella standard ben
strutturata non
prevede
problemi per la
gestione delle diete
speciali*

ELABORAZIONE DEL MENÙ

Rappresenta un mezzo valido per pianificare ed ottimizzare l'intervento nutrizionale e consente di conciliare le esigenze terapeutiche con quelle tecnico-amministrative

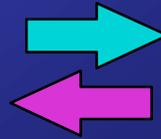
La procedura di elaborazione del menù prevede la collaborazione tra le competenze e funzioni sanitarie, gestionali e dei cuochi

ELABORAZIONE DEL MENÙ

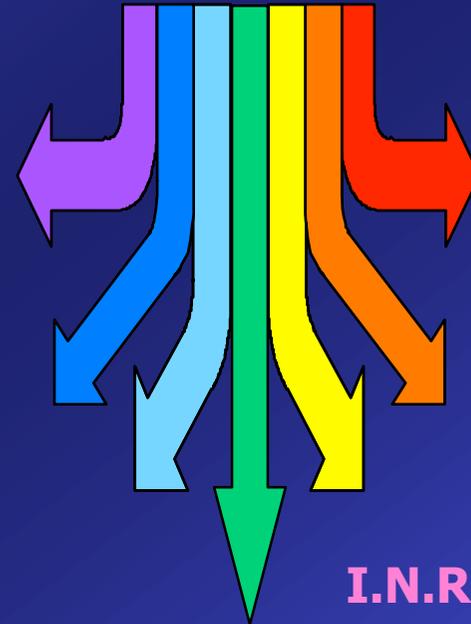
- ❖ Deve essere realizzato in base alle strutture e attrezzature della cucina e all'organizzazione del servizio
- ❖ Deve essere compatibile con la garanzia di buone prassi di lavorazione e di corrette procedure di autocontrollo
- ❖ **Deve ispirarsi agli indirizzi scientifici in materia nutrizionale** nel rispetto delle abitudini locali

SICUREZZA EQUILIBRIO NUTRIZIONALE

LARN
SINU 2012



Linee Guida
per una sana alimentazione



I.N.R.A.N. 2003

- ◆ **Varietà ed alternanza**
- ◆ **Sviluppo di tecniche di preparazione e cottura nutrizionalmente corrette**

**LARN
SINU 2012**

Livelli di Assunzione Raccomandati di Nutrienti

**Fabbisogni energetici medi per la
popolazione anziana
(kcal/die)**

	Uomini	Donne
Età ≥ 60	1800-2100	1600-1900

**LARN
SINU 2012**

Livelli di Assunzione Raccomandati di Nutrienti

Composizione in nutrienti

energia da carboidrati **45-60%**
di cui semplici **≤ 15%**

da lipidi **25% < 10% AG saturi**
7-10 % AG polinsaturi
restante % AG monoinsaturi

da proteine **0,9 g/Kg di peso corporeo ideal**

**LARN
SINU 2012**

Livelli di Assunzione Raccomandati di Nutrienti

fibra alimentare

15 g/1000 kcal

acqua

30-35 ml/kg di peso corporeo

**intesa come bevanda e
come componente degli alimenti**

vitamine e minerali

**una dieta che comprenda
alimenti freschi e poco manipolati ne garantisce il
giusto apporto, la cottura prolungata e la
conservazione possono provocare perdite totali o
parziali di questi principi nutritivi**

Una dieta varia che comprenda
tutti e 5 i gruppi alimentari

cereali e tuberi

frutta e verdura

latte e derivati

carne, pesce e legumi

grassi

combinati opportunamente è
garanzia di alimentazione corretta.



Numero di Porzioni Giornaliere Consigliate

Alimenti	1700 kcal	2000 kcal	
Cereali, tuberi			
Pane	2	3	
Prodotti da forno	1	1	
Pasta/riso/pasta all'uovo fresca	1/2	2	
Patate	1 (a settimana)	2 (a settimana)	
Ortaggi e frutta			
Ortaggi/insalata	2	2	
Frutta	3	3	
Carne, Pesce, uova, legumi			
	2	2	
Latte e derivati			
Latte/yogurt	3	3	
Formaggio fresco/stagionato	2 (a settimana)	3 (a settimana)	
Grassi da condimento			
Olio/burro/margarina	3	3	

Linee guida per una sana alimentazione italiana (Revisione 2003)

Linee Guida per una Sana Alimentazione

**1. CONTROLLA
IL PESO E
MANTIENITI
ATTIVO**

**3. GRASSI: SCEGLI
LA QUALITA' E LIMITA
LA QUANTITA'**

**INRAN
REVISIONE 2003**

**2. PIU' CEREALI,
LEGUMI,
ORTAGGI E FRUTTA**

**4. ZUCCHERI, DOLCI,
BEVANDE ZUCCHERATE
NEI GIUSTI LIMITI**

**5. BEVI OGNI GIORNO
ACQUA
IN ABBONDANZA**

**7. BEVANDE ALCOLICHE:
SE SI', IN QUANTITA'
CONTROLLATA**

**8. VARIA SPESSO
LE TUE SCELTE
A TAVOLA**

**10. LA SICUREZZA
DEI TUOI CIBI
DIPENDE ANCHE DA TE**

**9. CONSIGLI SPECIALI
PER PERSONE
SPECIALI**

**6. IL SALE?
MEGLIO POCO**

ADEGUATO STANDARD NUTRIZIONALE E PROCEDURALE

indirizzare le scelte verso alcune tipologie di materie prime:

- utilizzare olio d'oliva extravergine ed olio d'oliva eliminando l'uso dell'olio di semi
- avere a disposizione un'ampia scelta di aromi vegetali freschi o secchi per insaporire i piatti abbattendo così l'uso eccessivo di sale

ADEGUATO STANDARD NUTRIZIONALE E PROCEDURALE

- Scegliere per la fornitura di pesce surgelato tranci e filetti perfettamente deliscati di tipologie diverse
- Scegliere per la fornitura di pane anche quello integrale e a ridotto contenuto di sale
- Scegliere tagli e pezzature delle confezioni funzionali ad un corretto smaltimento, nel rispetto delle caratteristiche di freschezza del prodotto, in relazione al numero di pasti.

DIRITTO DI SCELTA TRA LE DIVERSE PREPARAZIONI

- ✓ Esporre il menu formalizzato su ogni nucleo della struttura, a disposizione di operatori, ospiti e familiari.
- ✓ Elencare giorno per giorno, i singoli piatti e le possibili alternative (ad esempio primo piatto in bianco come alternativa al "piatto del giorno").
- ✓ Assicurare una buona alternanza fra i primi piatti (paste asciutte, risotti, paste in brodo, minestre e zuppe etc.).

DIRITTO DI SCELTA TRA LE DIVERSE PREPARAZIONI

*Pur guidando le scelte dell'ospite, facilitandole
attraverso abbinamenti razionali.....*

- ✓ Fornire corretta ripartizione fra primi e secondi piatti.
- ✓ Favorire buon equilibrio fra i diversi secondi sia caldi che freddi.
- ✓ Armonizzare l'accostamento tra contorno e secondo piatto.

INTEGRAZIONE

Aumento intake nutrizionale

Per sopperire alle carenze caloriche e di nutrienti

Dieta personalizzata con la sola integrazione di tipo alimentare non basta.....

Bisogna ricorrere all'utilizzo di prodotti

In polvere

In forma liquida

In forma di budino

NUTRIZIONE ARTIFICIALE

Procedura terapeutica mediante la quale è possibile soddisfare i fabbisogni dei pazienti non per via naturale

Il trattamento di NA risulta indicato nelle seguenti condizioni

- Malnutrizione e apporto alimentare insufficiente per più di 5 giorni
- Ipercatabolismo e nutrizione orale insufficiente per più di 7 giorni
- Situazione in cui si ha una nutrizione orale insufficiente per almeno 10 giorni

IN CONCLUSIONE.....

Le decisioni prese in ambito nutrizionale sono dettate dalle evidenze fornite sia dagli indicatori clinico-nutrizionali che dagli indicatori di qualità del sistema di ristorazione assistenziale.

E' evidente che la sorveglianza igienico-sanitaria e quella nutrizionale rappresentano due aspetti sinergici del medesimo sistema di gestione dietetico-nutrizionale finalizzato a una buona assistenza nutrizionale

GRAZIE PER L'ATTENZIONE

