



Indicatori di processo e di esito di malnutrizione

Chiara Lorini, Monica Mencacci, Guglielmo Bonaccorsi

Dipartimento di Sanità Pubblica

Università degli Studi di Firenze

Firenze, 5 ottobre 2011

Anziani e rischio nutrizionale

Fattori fisiologici

Fattori patologici

PREVALENZA
MALNUTRIZIONE
PROTEICO-ENERGETICA
PER DIFETTO
FINO A 85%

Fattori
socio-economici

Fattori psicologici

Perché occuparsi di anziani , RSA e malnutrizione?

- La malnutrizione per difetto tra gli anziani è un problema diffuso e sottostimato
- La malnutrizione per difetto ha effetti sulla mortalità e sulla morbosità, sui tempi di degenza e riabilitazione, sulla funzionalità, sulla qualità della vita e sui costi sanitari
- Alcuni studi mostrano come in RSA l'introito di nutrienti sia spesso inadeguato
- I dati epidemiologici e gli studi clinici (oltre 150 negli ultimi 30 anni) hanno ben evidenziato come il processo assistenziale della nutrizione risulti fortemente correlato al rischio clinico

Salva A. *JNHA*, 2009; 13:475-483



Contents lists available at ScienceDirect

Clinical Nutrition

journal homepage: <http://intl.elsevierhealth.com/journals/clnu>



Original Article

The first nutritionDay in nursing homes: Participation may improve malnutrition awareness[☆]

Luzia Valentini^{a,*}, Karin Schindler^{b,1}, Romana Schläpfer^c, Hubert Bucher^d, Mohamed Mouhieddine^e, Karin Steinginger^c, Johanna Tripamer^c, Marlies Handschuh^c, Christian Schuh^f, Dorothee Volkert^e, Herbert Lochs^a, Cornel Christian Sieber^b, Michael Hiesmayr^e

Background & aims: A modified version of the nutritionDay project was developed for nursing homes (NHs) to increase malnutrition awareness in this area. This report aims to describe the first results from the NH setting.

Methods: On February 22, 2007, 8 Austrian and 30 German NHs with a total of 79 units and 2137 residents (84 ± 9 years of age, 79% female) participated in the NH-adapted pilot test. The NHs participated voluntarily using standardized questionnaires. The actual nutritional intake at lunch time was documented for each resident. Six-month follow-up data were received from 1483 residents (69%).

Results: Overall, 9.2% and 16.7% of residents were classified as malnourished subjectively by NH staff and by BMI criteria (<20 kg/m²), respectively. Independent risk factors for malnutrition included age > 90 years, immobility, dementia, and dysphagia (all $p < 0.001$). In total, 89% of residents ate at least half of the lunch meal, and 46% of residents received eating assistance for an average of 15 min. Six-month mortality was higher in residents with low nutritionDay BMI (<20 kg/m²: 22%, 20–21.9 kg/m²: 17%) compared to residents with BMI ≥ 22 kg/m² (10%, $p < 0.001$). Six-month weight loss ≥ 6 kg was less common in residents with nutritionDay BMI < 22 kg/m² compared to residents with higher nutritionDay BMI (3.4% vs 12.4%, $p < 0.001$).

Conclusions: The first nutritionDay in NH provided valuable data on the nutritional status of NH residents and called attention to the remarkable time investment required by NH staff to adequately provide eating assistance to residents. Participation in the nutritionDay project appears to increase malnutrition awareness as reflected in the outcome weight results.

© 2009 Elsevier Ltd and European Society for Clinical Nutrition and Metabolism. All rights reserved.

Rischio nutrizionale in RSA

- Mancata registrazione di peso e altezza
- Mancata registrazione dell'introito alimentare
- Mancato riconoscimento delle aumentate necessità nutrizionali per trauma o malattia
- Mancanza di collaborazione e comunicazione tra medico, dietista e infermiere
- Ritardo del supporto nutrizionale al paziente in grave stato carenziale
- Limitata disponibilità di esami di laboratorio e/o strumenti per valutare lo stato nutrizionale
- Scarso rilievo all'educazione nutrizionale nelle scuole mediche
- Poca cura nella presentazione pasti
- Tempo insufficiente per consumare il pasto

MOLTI FATTORI DI RISCHIO SONO MODIFICABILI!

The failure to survey the incidence and **prevalence of protein-calorie malnutrition** and examine its relationship to the prognosis of various diseases **cannot be consistent with good patient care.**

Bistrian BR et al. J Am Med Assoc 1976; 253: 1567

Rischio nutrizionale: possibilità di eventi avversi correlabili allo stato nutrizionale di una persona

Malnutrizione come rischio clinico

COUNCIL OF EUROPE - COMMITTEE OF MINISTERS

Resolution ResAP(2003)3 - 12 novembre 2003

Food and nutritional care in hospitals: how to prevent undernutrition

1. Nutritional assessment and treatment in hospitals

- 1.1 Nutritional risk screening
- 1.2 Identification and prevention of causes of undernutrition
- 1.3 Nutritional support
- 1.4 Ordinary food
- 1.5 Artificial nutritional support

2. Nutritional care providers

- 2.1 Distribution of responsibilities for nutritional care in hospitals
- 2.2 Communication
- 2.3 Education and nutritional knowledge at all levels

3. Food service practices

- 3.1 Organization of hospital food service
- 3.2 Contract food service
- 3.3 Meal service and eating environment
- 3.4 Food temperature and hygiene
- 3.5 Specific improvements in food service practices to prevent undernutrition

4. Hospital food

- 4.1 Hospital menus and diets on medical indications
- 4.2 Meal pattern
- 4.3 Monitoring of food intake
- 4.4 Informing and involving the patient

5. Health Economics

- 5.1 Cost-effectiveness and cost-benefit considerations
- 5.2 Food service and food wastage costs

Standards, raccomandazioni e requisiti di accreditamento per la nutrizione in ospedale

- Clinical Standards for Food, Fluids and Nutritional Care in Hospitals – NHS QIS 2003
- ResAp (2003)3 on Food and Nutritional Care in Hospitals – Council of Europe 2003
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO Standards 2004)
- Nutrition Support in Adults – NHS National Institute for Health and Clinical Excellence 2006

Buona pratica Regione Toscana



Buona pratica per la prevenzione del rischio nutrizionale Scheda tecnica

Area 1	Standard	Buona pratica	Ambito di applicazione
Area clinico-assistenziale	Prevenzione del rischio nutrizionale	Scheda tecnica: prevenzione del rischio nutrizionale	Struttura, Presidio, Azienda
Razionale	Requisiti minimi	Livello di prestazione	
<p>Il rischio nutrizionale, cioè la possibilità di eventi avversi correlabili all'alimentazione/nutrizione di una persona, rientra a pieno titolo nel più ampio quadro del rischio clinico.</p> <p>La valutazione del rischio nutrizionale consiste nel processo di identificazione di caratteristiche che si sanno associate alla possibilità di eventi avversi correlati all'alimentazione/nutrizione, attraverso la costruzione di processi assistenziali appropriati, procedure definite e azioni di rilevazione semplici, non invasive, non costose ma di enorme significato clinico.</p> <p>La letteratura esistente, le raccomandazioni fornite da linee guida e documenti di consenso internazionali hanno posto sempre più attenzione al problema e alla necessità che il rischio nutrizionale sia routinariamente valutato nei diversi setting anche in un'ottica di continuità assistenziale.</p> <p>Per una gestione efficace del rischio nutrizionale è necessario:</p> <p>1) definire una procedura aziendale per la valutazione e la gestione del rischio nutrizionale, comprendente: a) l'utilizzazione di un test di screening; b) l'inserimento della valutazione nutrizionale nella documentazione clinica e, se indicato, la definizione del trattamento nutrizionale; c) realizzazione di un'attività di informazione e</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Individuazione dei reparti/ strutture nei quali effettuare la valutazione del rischio nutrizionale sulla base della probabilità che il rischio stesso si manifesti o della gravità dell'effetto sulla situazione clinica, escludendo quei pazienti che risultano a rischio sulla base della loro diagnosi clinica e che, conseguentemente, devono essere sottoposti a trattamento nutrizionale 2. Definizione di una procedura aziendale per la valutazione e gestione del rischio nutrizionale che sia condivisa con tutti gli operatori coinvolti nel processo assistenziale della nutrizione, che sia coerente con le indicazioni fornite da Linee Guida e standard assistenziali internazionali e che includa (v. allegati): <ul style="list-style-type: none"> - lo strumento di valutazione del rischio utilizzato - la modalità di documentazione del rischio valutato; - le azioni da intraprendere sulla base del livello di rischio rilevato - l'operatore responsabile della valutazione del rischio; - le modalità di attivazione della consulenza dietetica (e/o medica specialistica) quando appropriato sulla 	<p>1. deliberazione</p> <p>Delibera o atto aziendale per:</p> <ul style="list-style-type: none"> - procedura sulla valutazione e gestione del rischio nutrizionale all'interno del processo assistenziale della nutrizione; - definizione di un piano di formazione e aggiornamento obbligatorio <p>2. attuazione</p> <p>Realizzazione della procedura in tutte le sue parti</p> <p>3. valutazione</p> <p>Presenza di una procedura aziendale sulla valutazione e gestione del rischio nutrizionale</p> <p>Presenza nei reparti/strutture* degli strumenti utili alla rilevazione del rischio nutrizionale:</p> <ul style="list-style-type: none"> - scheda di valutazione del rischio - bilancia - metro a nastro - altimetro <p>Presenza nella documentazione clinica di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - apposito spazio per la registrazione del livello di rischio nutrizionale rilevato 	

Malnutrizione e qualità: indicatori



Nutrition 25 (2009) 512-519

Applied nutritional investigation

Malnutrition in Dutch health care: Prevalence, prevention, treatment, and quality indicators

Judith M. M. Meijers, M.Sc.^{a,*}, Ruud J. G. Halfens, Ph.D.^a,
Marian A. E. van Bokhorst-de van der Schueren, Ph.D.^b, Theo Dassel,
Ph.D.^c and
Jos M. G. A. Schols, Ph.D.^d

NUTRITION

www.nutritionjnl.com

Table 1
List of nutritional quality indicators

Institutional level

- Availability of an up-to-date protocol/guideline on malnutrition prevention and treatment
- Auditing of protocol/guideline on malnutrition prevention and treatment
- Availability of malnutrition advisory teams
- Multiple dietitians available in the institution
- Malnutrition education (prevention and treatment) given by malnutrition specialist within previous 2 y

Ward level

- Specifically trained malnutrition specialist working on the ward
- Control of use of prevention and treatment guidelines
- Policy to measure weight at admission
- Malnutrition interventions documented
- Correct mealtime ambience (restaurant, cooking for self, buffet, prefer eating together, table laid with tablecloth, napkins [family style], nurses asked to help with dinner, silent surroundings, no doctors, nurses, or other personnel to disturb eating) [25]

Il nostro progetto

Obiettivi. Valutare fattibilità, accuratezza e trasferibilità di un sistema di monitoraggio della qualità dei servizi alla persona basato sull'integrazione concettuale e operativa tra requisiti di accreditamento e indicatori di processo e di esito di malnutrizione/rischio di malnutrizione.

Il nostro progetto

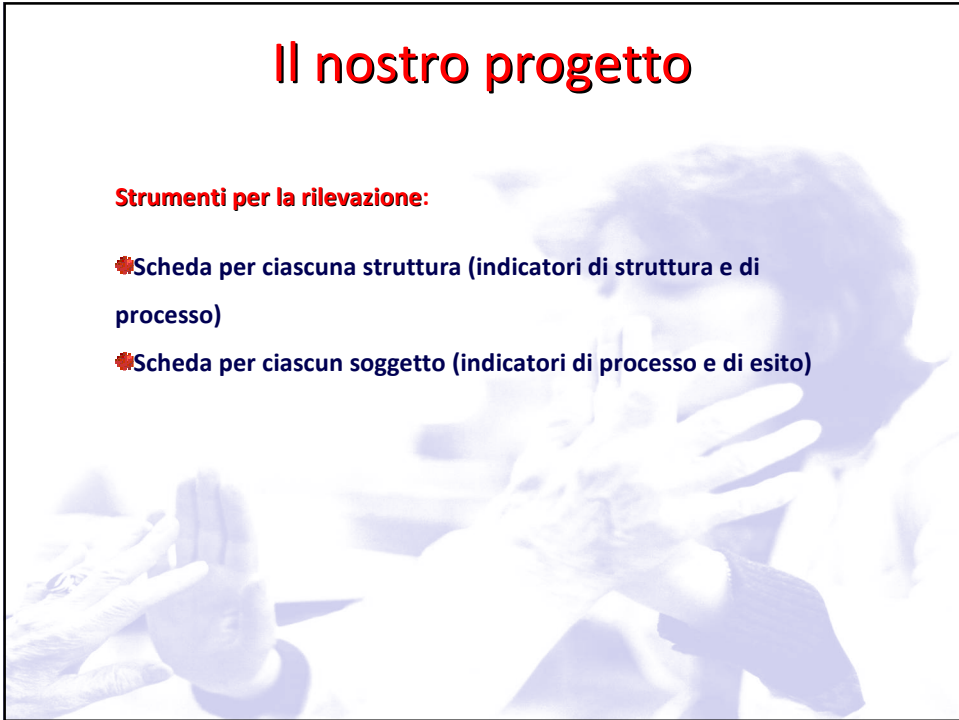
Attività:

- Sarà valutata la **rispondenza ai requisiti per l'accreditamento** che interessano indicatori di processo e di esito legati al tema della malnutrizione.
- Una **scheda ad hoc** sarà impiegata come strumento d'indagine in una **rilevazione per la costruzione di indicatori di struttura, processo ed esito**. Questa indagine servirà per fornire il quadro epidemiologico del rischio di malnutrizione e per valutare il possibile utilizzo degli indicatori nell'ambito del monitoraggio routinario. La rilevazione sarà effettuata in **un giorno da parte degli operatori** delle RSA aderenti all'iniziativa, previa specifica formazione.
- Sarà valutata la presenza di **attestazione di Buona Pratica per la prevenzione del rischio nutrizionale**, secondo quanto definito dalla Regione Toscana – Gestione Rischio Clinico (Delibera Giunta Regionale n. 135 del 25-02-2008).

Il nostro progetto

Strumenti per la rilevazione:

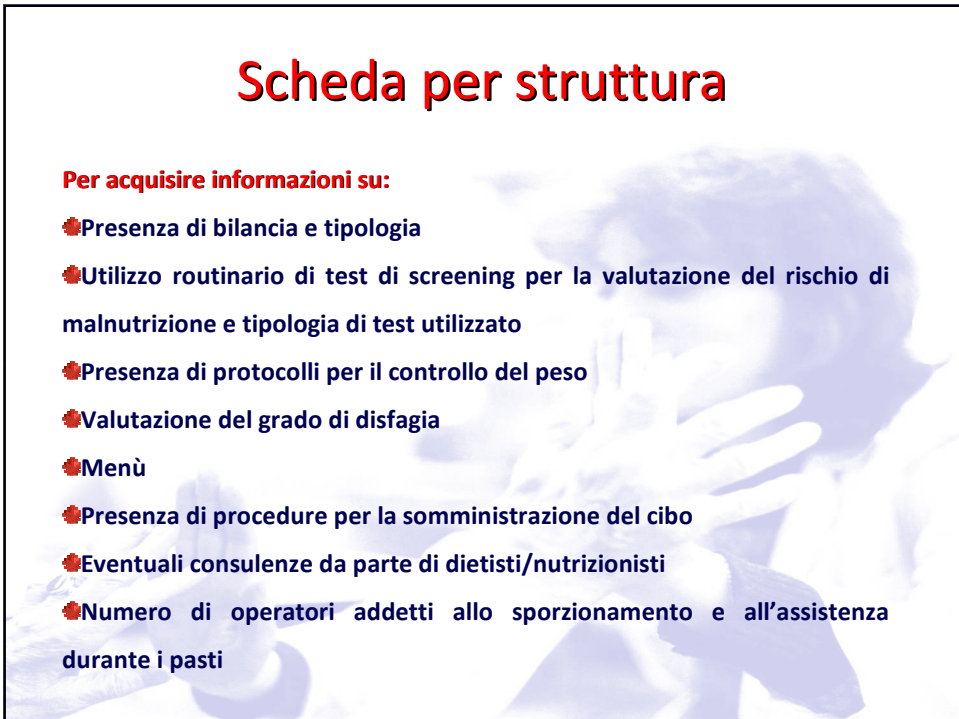
- Scheda per ciascuna struttura (indicatori di struttura e di processo)
- Scheda per ciascun soggetto (indicatori di processo e di esito)



Scheda per struttura

Per acquisire informazioni su:

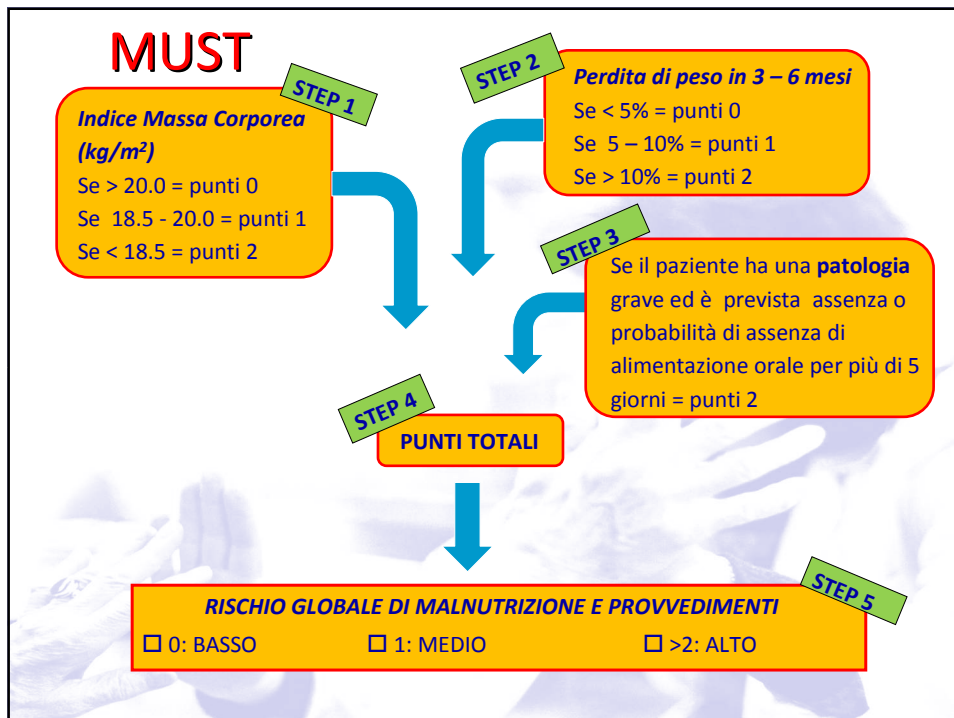
- Presenza di bilancia e tipologia
- Utilizzo routinario di test di screening per la valutazione del rischio di malnutrizione e tipologia di test utilizzato
- Presenza di protocolli per il controllo del peso
- Valutazione del grado di disfagia
- Menù
- Presenza di procedure per la somministrazione del cibo
- Eventuali consulenze da parte di dietisti/nutrizionisti
- Numero di operatori addetti allo sporzionamento e all'assistenza durante i pasti



Scheda per ospite

Per acquisire informazioni su:

- Rischio di malnutrizione, secondo Malnutrition Universal Screening Tool (MUST)
- Modalità alimentazione
- Edentulia/dentulia (N denti propri)
- Funzionalità durante i pasti, secondo Eating Behavior Scale (EBS)
- Valutazione residuo pasto (pranzo)
- N di ricoveri ospedalieri nei 12 mesi precedenti



MUST

Step 5 Management guidelines

<p>0 Low Risk Routine clinical care</p> <ul style="list-style-type: none"> Repeat screening Hospital – weekly Care Homes – monthly Community – annually for special groups e.g. those >75 yrs 	<p>1 Medium Risk Observe</p> <ul style="list-style-type: none"> Document dietary intake for 3 days if subject in hospital or care home If improved or adequate intake – little clinical concern; if no improvement – clinical concern - follow local policy Repeat screening Hospital – weekly Care Home – at least monthly Community – at least every 2-3 months 	<p>2 or more High Risk Treat*</p> <ul style="list-style-type: none"> Refer to dietician, Nutritional Support Team or implement local policy Improve and increase overall nutritional intake Monitor and review care plan Hospital – weekly Care Home – monthly Community – monthly <p>* Unless detrimental or no benefit is expected from nutritional support e.g. imminent death.</p>
--	---	--

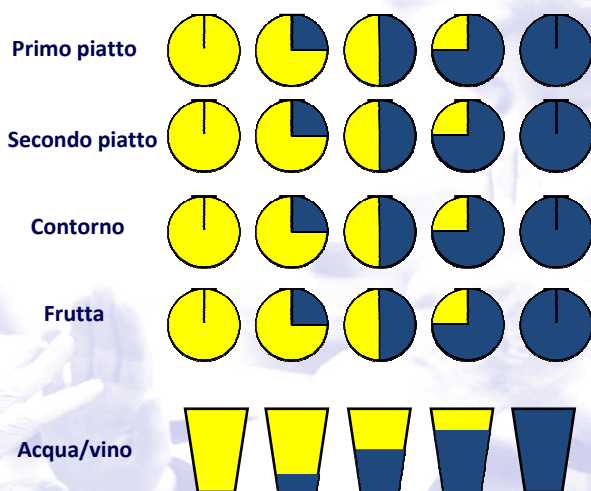
<p>All risk categories:</p> <ul style="list-style-type: none"> Treat underlying condition and provide help and advice on food choices, eating and drinking when necessary. Record malnutrition risk category. Record need for special diets and follow local policy. 	<p>Obesity:</p> <ul style="list-style-type: none"> Record presence of obesity. For those with underlying conditions, these are generally controlled before the treatment of obesity.
--	--

Funzionalità durante i pasti: Eating Behavior Scale

Comportamento osservato: il paziente era...	Indipendente	Incoraggiamenti verbali	Assistenza parziale	Dipendente
1. Capace di iniziare a mangiare	3	2	1	0
2. Capace di mantenere l'attenzione al pasto	3	2	1	0
3. Capace di individuare tutto il cibo	3	2	1	0
4. Capace di usare appropriatamente le posate	3	2	1	0
5. Capace di mordere, masticare e deglutire senza che il cibo vada di traverso	3	2	1	0
6. Capace di terminare il pasto	3	2	1	0

Indipendenza massima: punteggio 18

Quantità di pasto (pranzo) assunto: valutazione semiquantitativa



Sono aperte le iscrizioni!