



PROTOCOLLO PER LA VALUTAZIONE E LA GESTIONE DEL RISCHIO NUTRIZIONALE

Rev. N.	Data	Redazione	Verifica	Approvazione
0	15.04.2023	Dott.ssa Katjuscia Esposito	Dott. Antonio Cianchelli	Determinazione del Direttore generale n. 145 del 22.06.2023



INDICE

1. INTRODUZIONE	3
2. SCOPO.....	4
3. CAMPO DI APPLICAZIONE	4
5. MODALITA' OPERATIVE.....	4
5.1. Cause e conseguenze della malnutrizione nell'utente anziano	4
5.2. Accertamento dello stato nutrizionale	5
5.3. Gestione assistenziale dell'obesità e del sovrappeso	8
5.4. Gestione assistenziale della malnutrizione per difetto	8
5.4.1 Interventi per la prevenzione del rischio di malnutrizione.....	9
5.4.2 Interventi per il trattamento della malnutrizione	10
5.5 Risultati attesi.....	11
6. RESPONSABILITÀ.....	11
Riferimenti bibliografici	11



1. INTRODUZIONE

Le persone che raggiungono l'età avanzata si trovano ad affrontare le conseguenze potenziali del processo d'invecchiamento, caratterizzato da un progressivo e permanente accumulo di danno molecolare e cellulare, con possibile conseguente perdita progressiva della funzione, fragilità e la malattia.

La nutrizione è uno degli aspetti più importanti che contribuisce alla salute dell'anziano. Un'alimentazione adeguata è importante per il mantenimento dell'attività quotidiana e per preservare l'autonomia funzionale. L'avanzamento dell'età è accompagnato da cambiamenti fisiologici, psicologici, sociali ed economici che possono esporre ad un'inadeguata alimentazione.

I dati della letteratura dimostrano una prevalenza della malnutrizione per difetto nella popolazione geriatrica la cui prevalenza arriva sino al 70% nelle strutture di lungodegenza ed RSA. Tuttavia, non va dimenticata l'elevata prevalenza di obesità in età geriatrica, così come l'impatto che l'obesità sarcopenica ha, in particolare, sulla disabilità.

La malnutrizione per difetto viene definita come uno stato derivante dalla ridotta assunzione o dal ridotto assorbimento di nutrienti che porta ad un'alterazione della composizione corporea (diminuzione della massa magra) con conseguente penalizzazione delle funzioni fisica e cognitiva e alterazione della prognosi da malattia. Molti studi hanno riscontrato un rapporto tra malnutrizione ed esiti sfavorevoli, incluso l'aumento della morbilità, della mortalità e l'alterazione della qualità di vita.



2. SCOPO

Il presente documento ha lo scopo di fornire a tutti i professionisti sanitari gli strumenti e le strategie per prevenire e gestire la malnutrizione negli utenti degenti presso l'Azienda pubblica di Servizi alla Persona della Carnia San Luigi Scrosoppi.

3. CAMPO DI APPLICAZIONE

Il presente documento si applica agli utenti degenti presso l'Azienda pubblica di Servizi alla Persona della Carnia San Luigi Scrosoppi.

4. DESTINATARI

Il documento è rivolto a tutti i professionisti sanitari che prestano servizio presso l'Azienda pubblica di Servizi alla Persona della Carnia San Luigi Scrosoppi.

5. MODALITA' OPERATIVE

5.1. Cause e conseguenze della malnutrizione nell'utente anziano

Le **cause** della malnutrizione possono essere classificate in 4 categorie:

1. **ridotto introito di cibo**, che può essere dovuto a riduzione dell'appetito in seguito a dolore, nausea, depressione, digiuno per interventi chirurgici o procedure diagnostiche; a **incapacità di alimentarsi in autonomia** dovuto ad alterazioni dello stato di coscienza, a debolezza, a disfagia, vomito, stomatite, edentulia;
2. **alterato assorbimento di nutrienti**, dovuto a patologie e/o interventi chirurgici che interessano il tratto gastrointestinale, il pancreas e/o lo stomaco, a cambiamenti fisiologici del tratto gastrointestinale, o alla polifarmacologia che influenza l'assunzione di cibo producendo effetti collaterali come nausea, inappetenza e cambiamenti del sensorio;
3. **aumentata perdita di nutrienti**, dovuta a vomito, diarrea;



4. **aumentato fabbisogno di nutrienti**, dovuto ad un aumento delle richieste metaboliche in seguito a patologie quali sepsi, ustioni estese, traumatismi e/o interventi chirurgici.

Le **conseguenze** della malnutrizione si classificano in **primarie** e **secondarie**. Tra le conseguenze **primarie** troviamo: l'elevato rischio d'insorgenza di lesioni da pressione, un ritardo nella guarigione delle ferite, la ridotta funzionalità intestinale, muscolare, una ridotta risposta ventilatoria e immunitaria. Tra quelle **secondarie** invece si trovano l'aumento della morbilità e mortalità, dell'uso di farmaci, della durata della riabilitazione, dei costi di gestione sanitaria e infine una ridotta qualità di vita.

5.2. Accertamento dello stato nutrizionale

L'accertamento dello stato nutrizionale si effettua al momento dell'accoglimento dell'utente mediante l'intervista, l'osservazione diretta e l'esame obiettivo.

L'infermiere raccoglie informazioni sui seguenti aspetti:

- **numero di pasti** che l'utente consuma abitualmente in un giorno, l'orario e la composizione sia in termini quantitativi che qualitativi;
- **grado di appetito** dell'utente indagando il desiderio di mangiare ed eventuali alterazioni avvenute di recente;
- **preferenze/necessità** relative alla consistenza dei cibi (per es. se presenta difficoltà nella masticazione perché edentulo o disfagico) e al gusto;
- presenza di **allergie/intolleranze** alimentari.

Delega l'Oss del nucleo in cui è accolto il nuovo utente alla rilevazione del primo peso corporeo e pianifica il servizio alla persona "Peso" nel sistema gestionale in soft con cadenza mensile (1M), la data da inserire è il primo giorno del mese in corso indipendentemente dalla data dell'ingresso in modo che il servizio compaia poi il primo di ogni mese;



Una volta che l'infermiere avrà a disposizione tutti i dati necessari, procederà alla compilazione della scheda di valutazione *Mini Nutritional Assesment* (MNA) disponibile sul programma gestionale In-Soft.

Lo stato nutrizionale si riflette spesso sull'aspetto della persona. Attraverso **l'esame clinico obiettivo**, l'infermiere rileva i seguenti segni fisici di buona o scarsa nutrizione:

<i>INDICATORI</i>	<i>SEGNI DI BUONA NUTRIZIONE</i>	<i>SEGNI DI SCARSA NUTRIZIONE</i>
<i>ASPETTO GENERALE</i>	Sveglio, responsivo	Apatico
<i>CAPELLI</i>	Lucidi, cuoio capelluto sano e resistente	Opachi e secchi, fragili
<i>VISO</i>	Colore della pelle uniforme, aspetto sano	Pelle scura sotto gli occhi e sulle guance, squamosa, guance vuote, affossate
<i>OCCHI</i>	Luminosi, chiari, umidi	Membrane oculari pallide, secche
<i>LABBRA</i>	Colore rosa, lisce	Gonfie, presenza di cheilosi angolare
<i>LINGUA</i>	Rosso intenso, presenza papille sulla superficie	Liscia, gonfia, con tagli, papille atrofiche
<i>DENTI E GENGIVE</i>	Denti dritti, assenza di carie, gengive rosee	Carie, gengive gonfie e arrossate, retrazioni
<i>PELLE</i>	Liscia, buon colore, umida	Ruvida, secca, squamosa, gonfia e pallida
<i>UNGHIE</i>	Solide, rosa	A cucchiaio, convesse e fragili
<i>ADDOME</i>	Piatto	Gonfio
<i>ARTI E MUSCOLI</i>	Arti non gonfi, muscoli ben sviluppati, sodi	Arti deboli e doloranti, edematosi; muscoli flaccidi, ipotonici, atrofizzati
<i>SISTEMA NERVOSO</i>	Riflessi normali	Diminuzione o scomparsa dei riflessi della caviglia e del ginocchio



Infine, se disponibili eventuali esami ematici recenti, l'infermiere verifica i valori della concentrazione plasmatica di prealbumina, albumina, transferrina ed emoglobina in collaborazione con il medico.

L'infermiere infine identifica i **fattori o cause** probabili del disturbo dello stato nutrizionale legati allo stato di salute e malattia:

- **alterazioni cognitive e/o limitazioni fisiche**, le persone confuse o affette da demenza possono dimenticare o non essere in grado di alimentarsi in autonomia; una ridotta capacità visiva può influenzare la capacità della persona di consumare il cibo;
- presenza di **patologie croniche e/o intestinali** che alterano il metabolismo e/o l'assorbimento di nutrienti;
- l'assunzione di **farmaci** che possono alterare l'apporto di cibo e l'assorbimento dei nutrienti;
- i **disturbi del cavo orale e delle alte vie digestive** quali ulcerazioni del cavo orale, stomatite, esofagite.



5.3. Gestione assistenziale dell'obesità e del sovrappeso

Gli interventi assistenziali per la gestione della persona in sovrappeso (BMI compreso tra 25 e 30) o affetta da obesità (BMI maggiore a 30) sono orientati all'aderenza al regime dietetico e all'esercizio fisico, alla prevenzione e gestione delle complicanze quali ipertensione, ipercolesterolemia e iperglicemia, in un'ottica multidisciplinare che vede coinvolti infermieri, operatori sociosanitari, fisioterapisti, medici e dietisti. Gli interventi sono i seguenti:

- educare l'utente ad un regime dietetico ipocalorico, riducendo le porzioni di cibo, il contenuto di calorie, grassi e colesterolo e favorendo il consumo di frutta e verdura, cereali integrali, assunzione di acqua piuttosto di altre bevande;
- educare l'utente a un esercizio fisico costante;
- monitorare l'introito di cibo fuori pasto e l'introito e l'eliminazione di liquidi;
- monitorare il peso corporeo regolarmente (condividere con il medico la frequenza delle rilevazioni a seconda del caso).

5.4. Gestione assistenziale della malnutrizione per difetto

Gli interventi assistenziali per la gestione della malnutrizione per difetto nell'anziano sono orientati all'identificazione precoce del rischio di malnutrizione, alla pianificazione e attuazione degli interventi di prevenzione, risoluzione e monitoraggio dei problemi reali o potenziali riscontrati durante la fase di accertamento.

Tutti gli interventi dovrebbero essere condivisi all'interno di un gruppo multidisciplinare per garantire un'adeguata presa in carico dell'utente al fine di favorire un adeguato introito dietetico volto a mantenere e aumentare il peso corporeo e migliorare gli *out come* clinici e funzionali.

I professionisti sanitari dovrebbero ricevere un'adeguata educazione sugli aspetti nutrizionali al fine di garantire consapevolezza e conoscenze di base sui problemi legati



alla malnutrizione e quindi promuovere un adeguato apporto dietetico nelle persone anziane.

5.4.1 Interventi per la prevenzione del rischio di malnutrizione

- garantire un apporto energetico giornaliero pari a 30 Kcal/kg e un apporto di proteine di almeno 1g/kg/die; questi valori, tuttavia, dovrebbero essere adattati individualmente in base allo stato nutrizionale dell'utente, al livello di attività fisica, allo stato di salute/malattia e tolleranza;
- sottoporre regolarmente gli utenti a test di screening per rilevare precocemente il rischio di malnutrizione e monitorarlo nel tempo; rilevare il peso corporeo una volta al mese o settimanalmente su indicazione medica;
- personalizzare l'assistenza nutrizionale al fine di garantire un adeguato apporto nutritivo, per mantenere e migliorare lo stato nutrizionale e le condizioni cliniche degli utenti;
- supportare gli utenti incapaci di alimentarsi in autonomia al fine di garantire un adeguato introito alimentare;
- garantire un ambiente di ristorazione piacevole e familiare al fine di supportare un'alimentazione adeguata e mantenere una buona qualità della vita;
- incoraggiare a condividere l'ora dei pasti con gli altri al fine di stimolare l'assunzione dietetica e migliorare la qualità della vita;
- incoraggiare gli utenti ad effettuare attività fisica, al fine di mantenere e migliorare la funzionalità e massa muscolare;
- garantire una dieta iperproteica agli utenti a rischio di sviluppare ulcere da pressione ed evitare diete restrittive nei confronti di utenti con diabete mellito e, al fine di prevenire la malnutrizione, adottare la Raccomandazioni per anziani malnutriti senza diabete mellito.



5.4.2 Interventi per il trattamento della malnutrizione

- Implementare l'apporto dietetico e proteico favorendo pasti piccoli e frequenti, limitando l'assunzione di liquidi durante i pasti, programmando degli spuntini lontano dai pasti, supplementando l'apporto orale con integratori alimentari;
- favorire una **dieta comune "rinforzata"** aumentando i condimenti (olio extravergine di oliva preferibilmente a crudo e parmigiano reggiano), utilizzando miele, marmellata, cioccolato, cacao in polvere, farina di frutta secca o di castagne, biscotti sbriciolati, per arricchire il latte o lo yogurt oppure da aggiungere nei frullati di frutta; fornendo snack quali budini oppure confezionando creme dolci a base di zucchero, uova, farina, cioccolato, frutta secca o disidratata. La dieta "rinforzata" potrà prevedere l'eventuale utilizzo di integratori modulari di proteine o carboidrati (maltodestrine), che permettono l'integrazione nutrizionale a basso costo di alimenti e/o bevande, senza modificarne il sapore;
- monitorare l'introito di cibo e riportare nel diario assistenziale quantità di cibo consumato a ogni pasto (operatori sociosanitari);
- favorire l'appetito e il desiderio di mangiare dell'utente;
- monitorare il peso corporeo regolarmente (almeno 1 volta a settimana);
- controllare i valori della concentrazione ematica di sodio, potassio, magnesio, fosfato e glucosio in collaborazione con il medico;
- somministrare formule enterali con sonda qualora il paziente non riesca ad alimentarsi per os, nei casi in cui l'apparato gastrointestinale sia funzionante;
- somministrare soluzioni nutrizionali per via parenterale periferica o centrale per mantenere o integrare l'apporto nutrizionale, per brevi periodi di tempo.



5.5 Risultati attesi

In una persona con malnutrizione è possibile definire i seguenti indicatori di risultato:

- aumento progressivo di peso fino a 1 kg alla settimana;
- aumento progressivo del BMI fino a valori uguali o superiori a 20;
- aumento dei valori delle proteine sieriche e della conta linfocitaria sino al raggiungimento dei *range* di normalità;
- riduzione e/o assenza di astenia;
- aumento dell'appetito e del desiderio di mangiare;
- tolleranza della nutrizione enterale o parenterale senza effetti collaterali;
- miglioramento della qualità di vita.

6. RESPONSABILITÀ

La responsabilità dell'attuazione del presente protocollo è di tutti i professionisti sanitari che prestano servizio presso i nuclei operativi dell'Azienda pubblica di servizi alla persona della Carnia San Luigi Scrosoppi.

Riferimenti bibliografici

1. Saiani L. e Brugnolli A., Trattato di Cure Infermieristiche, 2014
2. Smeltzer S. et al., Brunner-Suddarth Infermieristica medico-chirurgica, 2010
3. "La ristorazione nelle residenze per anziani: Linee guida della Regione Friuli Venezia Giulia", ASUIUD, rev. maggio 2018
4. Volkert D. et al, *ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics*, 2019