

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

Riferimento normativo: DGR 135 del 25/02/2008

## Razionale

La prevenzione del rischio nutrizionale, cioè della possibilità di eventi avversi correlabili all'alimentazione/nutrizione di una persona, rientra a pieno titolo nelle attività per la sicurezza delle persone assistite nelle strutture sanitarie e socio-sanitarie e rappresenta uno dei rischi più sottovalutati in ambito assistenziale, anche tenendo conto che le persone malnutrite incorrono più facilmente in complicanze, maggiore durata della degenza ospedaliera, più elevata mortalità, maggior rischio di infezioni.

La valutazione del rischio nutrizionale consiste nell'identificazione di caratteristiche associabili a eventi avversi correlati all'alimentazione/nutrizione. L'identificazione si basa sulla costruzione di processi assistenziali appropriati, procedure definite e azioni di rilevazione di parametri semplici, non invasive, non costose, ma di rilevante impatto clinico e assistenziale.

La letteratura esistente, le raccomandazioni fornite da linee guida e documenti di consenso internazionali e nazionali 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.

La prevenzione del rischio nutrizionale - come precisato in letteratura - richiede continuità di assistenza e una forte integrazione fra servizi sanitari e socio-sanitari (ospedale, servizi territoriali e residenziali).

Considerata la quota crescente di pazienti cronici, polipatologici, fragili e anziani ad elevato rischio nutrizionale - così come indicato nel Piano Nazionale della Cronicità (2016) - diventa necessario individuare "un disegno strategico comune inteso a promuovere interventi basati sulla unitarietà di approccio, centrato sulla persona ed orientato su una migliore organizzazione dei servizi e una piena responsabilizzazione di tutti gli attori dell'assistenza".

In tal senso, l'utilizzo di schemi e modelli unitari si rende irrinunciabile al fine di meglio coordinare la presa in carico dei pazienti a rischio nutrizionale nel passaggio fra i diversi setting assistenziali ospedale-territorio, abilitare l'integrazione multidisciplinare e multiprofessionale e valorizzare il coinvolgimento attivo del paziente e/o dei caregiver, avvalendosi anche dei nuovi strumenti digitali (cartella elettronica, fascicolo sanitario elettronico, ecc.) che offrono un'opportunità privilegiata per collegare operatori sanitari, strutture e informazioni relative ad un unico processo assistenziale.

Per una gestione efficace del rischio nutrizionale è necessario:

- l'utilizzo di un test di screening validato;
- l'inserimento della valutazione nutrizionale nella documentazione clinica e, se indicato, la definizione del trattamento nutrizionale;
- la realizzazione di un'attività di informazione e formazione per gli operatori sanitari e non, coinvolti nel processo assistenziale dell'alimentazione e della nutrizione (medici, dietisti, infermieri e altro personale addetto all'assistenza, personale addetto alla ristorazione collettiva, personale dell'associazionismo e del volontariato).

Tali attività devono essere integrate nelle pratiche cliniche ed assistenziali, codificate nel sistema di gestione della qualità e sicurezza aziendale, nella pianificazione e controllo, nei piani di formazione e di comunicazione.

## Requisiti minimi

1. La valutazione nutrizionale è parte integrante della valutazione clinico-assistenziale che si realizza all'ingresso del paziente ricoverato. Si raccomanda di procedere con la valutazione del rischio nutrizionale in tutti i setting assistenziali con degenza prevista non inferiore a 3 giorni (72 ore), escludendo comunque quei pazienti che risultano già a rischio sulla base della loro diagnosi clinica e che necessitano di specifico intervento nutrizionale. Lo strumento di valutazione raccomandato per tutti i setting assistenziali per ricoveri >3 giorni (72 ore) è il MUST – Malnutrition Universal Screening Tool; nel caso di pazienti pediatrici lo strumento di valutazione raccomandato è il PYMS - Pediatric yorkhill malnutrition score. Sarà cura delle strutture che utilizzano strumenti diversi argomentare sullo strumento scelto.

2. Definizione di una modalità strutturata e formalizzata per la valutazione e la gestione del rischio nutrizionale che sia condivisa con tutti gli operatori sanitari coinvolti nel processo assistenziale della nutrizione, coerente con le indicazioni fornite da Linee Guida e standard assistenziali nazionali e internazionali e che includa:

- 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;
- la modalità di attivazione del dietista da parte del medico di reparto e/o dell'infermiere o del MMG in caso di RSA o di altre strutture socio-sanitarie, auspicabilmente attraverso la configurazione di un sistema di notifica automatica, in relazione al livello di rischio individuato, per una valutazione nutrizionale da completarsi entro i termini fissati da ciascuna organizzazione sanitaria;
- un dietetico ospedaliero e assistenziale che preveda diete/programmi alimentari appropriati alla gestione del rischio rilevato;



- la modalità formalizzata di attivazione del servizio di ristorazione per la richiesta di pasti adeguati alla terapia dietetica definita;
  - la modalità di monitoraggio della corretta fornitura di quanto previsto dai piani di trattamento nutrizionali individuali nei diversi setting assistenziali.
3. Presenza, in ogni setting, di bilancia pesa persona e altri strumenti per la rilevazione della statura e di altre misure antropometriche.
4. Lo strumento di screening introdotto per la valutazione del rischio nutrizionale deve prevedere:
- la misurazione del peso corporeo e della statura (o altri segmenti corporei in soggetti non altrimenti misurabili) per il calcolo dell'Indice di Massa Corporea;
  - la rilevazione dell'involontaria perdita di peso corporeo negli ultimi 3-6 mesi;
  - la presenza di una patologia acuta e l'assenza, o la probabile assenza, di alcun apporto nutrizionale per più di 5 giorni;
  - la valutazione della possibilità-capacità di alimentarsi/nutrirsi adeguatamente;
  - la classificazione del livello di rischio (alto-medio-basso).
5. Sulla base del livello di rischio rilevato devono essere implementate azioni conseguenti:
- basso rischio: rivalutazione del soggetto dopo un periodo di tempo definito in relazione al setting clinico e/o assistenziale;
  - medio rischio: monitoraggio e valutazione dell'assunzione alimentare attraverso l'utilizzo dello strumento prescelto, per un periodo di tempo limitato e successiva rivalutazione del rischio nutrizionale;
  - alto rischio: attivazione del dietista e/o medico specialista/team nutrizionale o applicazione di protocolli operativi concordati con il servizio dietetico/team nutrizionale.
6. La definizione delle responsabilità di gestione dell'alimentazione:
- per il rischio basso l'assunzione del cibo è gestita autonomamente dal paziente, con il supporto di familiari e/o di volontari adeguatamente formati ed individuati dal coordinatore infermieristico con il consenso del paziente;
  - per il rischio medio la somministrazione del cibo è gestita dal personale infermieristico e/o di supporto (operatori OSS);
  - per il rischio alto la somministrazione del cibo è gestita dal personale infermieristico e/o di supporto (operatori OSS), secondo le indicazioni del dietista e/o medico specialista /team nutrizionale.
7. La valutazione/rivalutazione del rischio deve essere inserita nella documentazione sanitaria.
8. Il piano di trattamento nutrizionale, qualora le condizioni cliniche del paziente lo consentano, deve mantenere la modalità di assunzione più naturale possibile, ricorrendo alla nutrizione parenterale (NPT) solo nei casi in cui l'alimentazione per via orale o enterale siano controindicate.
9. La tipologia del piano di trattamento nutrizionale adottato deve essere presente nella documentazione clinica integrata.
10. Alla dimissione, i risultati della valutazione del rischio nutrizionale ed eventuali piani di trattamento nutrizionale con relative informazioni per l'eventuale ritiro dei supporti/miscela nutrizionali devono essere integrati o allegati alla lettera di dimissione indirizzata al MMG e/o alla struttura accogliente e al paziente e/o caregiver.
11. Presenza di operatori sanitari e non, coinvolti nel processo assistenziale dell'alimentazione e della nutrizione (medici, dietisti, infermieri e altro personale addetto all'assistenza, personale addetto alla ristorazione collettiva, personale dell'associazionismo e del volontariato), adeguatamente formati/aggiornati sulla gestione organizzativa del processo assistenziale della nutrizione e sul rapporto tra alimentazione/nutrizione e rischio clinico.
12. Istituzione della figura del Nutritional Risk Manager all'interno dello staff dei collaboratori sanitari professionali dietisti, con competenze relative alla qualità e sicurezza delle cure, che si interfaccia con le funzioni di staff di gestione rischio clinico e sicurezza dei pazienti ed operi per il coordinamento e la verifica delle attività di gestione del rischio nutrizionale in ospedale e sul territorio.
13. Segnalazione degli eventi avversi e quasi eventi (near miss) legati al processo assistenziale della nutrizione tramite incident reporting aziendale.
14. Presenza di strumenti informativi regionali (opuscoli e poster, video) per la prevenzione del rischio nutrizionale.

## Educazione sanitaria

Programma di incontri-laboratorio periodici con i pazienti, familiari e caregiver per promuovere l'apprendimento delle principali tecniche di preparazione e somministrazione in caso di piano di trattamento nutrizionale personalizzato.



## Attuazione

Applicazione della valutazione del rischio nutrizionale in tutti i setting clinico-assistenziali.  
Formalizzazione di una modalità strutturata per la valutazione e gestione del rischio nutrizionale.  
Introduzione in ogni setting di strumenti per la rilevazione di peso, statura e altre misure antropometriche.  
Applicazione dello strumento di screening nella cartella clinica.  
Definizione e messa in atto di un algoritmo/protocollo decisionale relativo alla valutazione del rischio.  
Definizione e messa in atto di una matrice delle responsabilità per la gestione dell'alimentazione in base ai livelli di rischio rilevati.  
Inserimento del piano di trattamento nutrizionale nella documentazione clinica integrata.  
Inserimento nella lettera di dimissione delle informazioni relative al rischio nutrizionale rilevato e ad eventuali piani di trattamento dietetico-nutrizionali.  
Monitoraggio della formazione degli operatori sanitari sul tema della nutrizione e rischio clinico.  
Individuazione del Nutritional Risk Manager aziendale.  
Segnalazione degli eventi avversi e dei "near miss" legati alla nutrizione tramite il sistema SI-GRC.  
Elaborazione e presenza di materiale informativo (opuscoli e poster, video) per la prevenzione del rischio nutrizionale.

## Valutazione

### I Livello

Numero di valutazioni del rischio nutrizionale effettuate con strumento di screening validato sul totale dei ricoveri eleggibili (Fonte: cartella clinica - Standard 80%).  
Presenza di una modalità strutturata e formalizzata di valutazione e gestione del rischio nutrizionale (Fonte: documento aziendale - Standard SI).  
Numero di setting dotati di strumenti per la rilevazione di peso, statura e altre misure antropometriche su totale dei reparti (Fonte: monitoraggio aziendale - Standard 90%).  
Numero di lettere di dimissione complete delle informazioni relative al rischio nutrizionale ed eventuali piani di trattamento dietetico-nutrizionale sul totale delle lettere di dimissioni di ricoveri eleggibili (Fonte: cartella clinica - Standard 80%).

### II Livello

Numero di casi valutati ad alto rischio gestiti come da algoritmo/protocollo decisionale su totale dei casi ad alto rischio (Fonte: cartella clinica- Standard 80%).  
Numero di professionisti sanitari formati sul totale dei professionisti sanitari coinvolti nel processo assistenziale della nutrizione (Fonte: formazione aziendale - Standard 90%).

### III Livello

Individuazione del Nutritional Risk Manager aziendale (Fonte: documento aziendale - Standard SI).  
Attivazione del dietista attraverso la configurazione di un sistema di notifica automatica in relazione al livello di rischio individuato (Fonte: documento aziendale - Standard SI).  
Valutazione del rischio nutrizionale e presenza del piano di trattamento nutrizionale nella cartella clinica informatizzata (Fonte: cartella clinica- Standard SI).

## Atti, normativa e bibliografia di riferimento

- Cederholm T, Barazzoni R, Austin P et al. ESPEN guidelines on definitions and terminology of clinical nutrition. Clin Nutr 2017; 36:49-64.
- Khalatbari-Soltani S, Marques-Vidal P. Impact of nutritional risk screening in hospitalized patients on management, outcome and costs: A retrospective study. Clin Nutr 2016; 35:1340-1346.
- Thomas MN, Kufeldt J, Kisser U et al. Effects of malnutrition on complication rates, length of hospital stay, and revenue in elective surgical patients in the G-DRGsystem. Nutrition 2016; 32:249-254.
- Slee A, Birch D, Stokoe D. The relationship between malnutrition risk and clinical outcomes in a cohort of frail older hospital patients. Clin Nutr ESPEN 2016; 15:57-62
- Guerra RS, Sousa AS, Fonseca I et al. Comparative analysis of undernutrition screening and diagnostic tools as predictors of hospitalisation costs. J Hum Nutr Diet 2016; 29:165-173
- Ministero della salute. Piano Nazionale della cronicità; 15 settembre 2016
- Álvarez Hernández J, León Sanz M, Planas Vilá M et al. Prevalence and costs of malnutrition in hospitalized dysphagic patients: a sub-analysis of the PREDyCES study. Nutr Hosp 2015; 32:1830-1836.
- Gastalver-Martin C, Alarcon-Payer C, Leon-Sanz M. Individualized measurement of disease-related malnutrition's costs. Clin Nutr 2015; 34:951-955



- Cederholm T, Bosaeus I., Barazzoni R., Bauer J., Van Gossum A., Klek S., Muscaritoli M., Nyulasi I., Ockenga J., Schneider S.M., De van der Schueren MAE, Singer P. Diagnostic Criteria for malnutrition- An ESPEN Consensus Statement, ESPEN Endorsed Recommendation Clin Nutr 2015; 34 :335-340
- Elia M. The cost of malnutrition in England and potential cost savings from nutritional interventions. A report on behalf of the Malnutrition Action Group of BAPEN and the National Institute for Health Research Southampton Biomedical Research Centre. BAPEN 2015. Ref type: Report
- Rodríguez-Mañas L, Abizanda P, Barcons N et al. Malnutrition in institutionalized and community-dwelling older adults in Spain: estimates of its costs to the National Health System. Value Health 2014; 17:A507.
- Benkovic V, Kolcic I, Ivcevic Uhernik A et al. The economic burden of disease-related undernutrition in selected chronic diseases. Clin Nutr 2014; 33:689-693.
- Kok L SR, with the assistance of Koopmans C. Malnutrition underestimated: The costs of malnutrition and the return on medical nutrition. SEO economic research. Amsterdam. 2014. Ref type: Report
- Freijer K, Tan SS, Koopmanschap MA et al. The economic costs of disease related malnutrition. Clin Nutr 2013; 32:136-141.
- Melchior JC, Preaud E, Carles J et al. Clinical and economic impact of malnutrition per se on the postoperative course of colorectal cancer patients. Clin Nutr 2012; 31:896-902.
- Marco J, Barba R, Zapatero A, Matia P, Plaza S, Losa JE et al. Prevalence of the notification of malnutrition in the departments of internal medicine and its prognostic implications. Clin Nutr 2011; 30(4):450-454.
- Vanderwee K, Clays E, Bocquaert I, Verhaeghe S, Lardennois M, Gobert M et al. Malnutrition and nutritional care practices in hospital wards for older people. J Adv Nurs 2011; 67(4):736-746.
- Banks MD, Graves N, Bauer JD, Ash S. The costs arising from pressure ulcers attributable to malnutrition. Clin Nutr 2010; 29(2):180-186.
- Schindler K, Pernicka E, Laviano A, Howard P, Schutz T, Bauer P et al. How nutritional risk is assessed and managed in European hospitals: a survey of 21,007 patients findings from the 2007-2008 cross sectional nutritionDay survey. Clin Nutr 2010; 29(5):552-559.
- Ljungqvist O, van Gossum A, Sanz M et al. The European fight against malnutrition. Clin Nutr 2010; 29:149-150.
- Morgan E, Dent M. The economic burden of obesity. The National Obesity Observatory. Oxford 2010. Ref type: Report
- Sorensen J, Kondrup J, Prokopowicz J, Schiesser M, Krahenbuhl L, Meier R et al. EuroOOPS: an international, multicentre study to implement nutritional risk screening and evaluate clinical outcome. Clin Nutr 2008; 27(3):340-349.
- Elia M. Detection and management of undernutrition in the community. A report by The Malnutrition Advisory Group (A standing committee of The British Association for Parenteral and Enteral Nutrition). Maidenhead, BAPEN. 2000. Thomas B & Bishop J (Eds). Manual of Dietetic Practice. 4th ed. Oxford: Wiley-Blackwell; 2007.
- Stratton RJ, Hackston A, Longmore D, Dixon R, Price S, Stroud M et al. Malnutrition in hospital outpatients and inpatients: prevalence, concurrent validity and ease of use of the 'malnutrition universal screening tool' ('MUST') for adults. Br J Nutr 2004; 92(5):799-808
- Elia M. Screening for malnutrition: a multidisciplinary responsibility. Development and use of the Malnutrition Universal Screening Tool ('MUST') for adults. Redditch, BAPEN. 2003. Ref Type: Report
- Stratton RJ, Green CJ, Elia M. Disease-related malnutrition: an evidence based approach to treatment. Wallingford: CABI Publishing; 2003
- ResAp (2003)3 on Food and Nutritional Care in Hospital – Council of Europe, november 2003
- Kondrup J, Allison SP, Elia M, Vellas B, Plauth M. ESPEN guidelines for nutrition screening 2002. Clin Nutr 2003; 22(4):415-421.
- Kondrup J, Johansen N, Plum LM, Bak L, Larsen IH, Martinsen A et al. Incidence of nutritional risk and causes of inadequate nutritional care in hospitals. Clin Nutr 2002; 21(6):461-468.
- Nutritional Care in Hospitals. Paediatric Yorkhill Malnutrition Score (PYMS). <http://www.nutritioncare.scot.nhs.uk/home.aspx>
- Gerasimidis K, et al. A four stage evaluation of the Paediatric Yorkhill Malnutrition Score in a tertiary paediatric and district general hospital. Br J Nutr 104:751, 2010.
- Gerasimidis K, et al. Performance of the novel Paediatric Yorkhill Malnutrition Score (PYMS) in hospital practice. Clin Nutr 30:430, 2011.
- Kight CE, Bouche JM, Curry A, Frankenfield D, Good K, Guenter P, Murphy B, Papoutsakis C, Brown Richards E, Vanek VW, Wilk D, Wootton A; Academy of Nutrition and Dietetics; American Society for Parenteral and Enteral Nutrition; Association of Clinical Documentation Improvement Specialists. Consensus Recommendations for Optimizing Electronic Health Records for Nutrition Care. Nutrition Clin Pract. 2020; 35(1):12-23. Epub 2019 Nov.



# Scheda valutazione rischio nutrizionale

Nome: Cognome: Altezza:  mPeso:  kgIMC:  kg/m<sup>2</sup>**STEP 1****IMC (kg/m<sup>2</sup>)**> 20.0 ..... 18.5 - 20.0 ..... < 18.5 ..... **STEP 2****Perdita di peso in 3 – 6 mesi**< 5% ..... 5 – 10% ..... > 10% ..... **STEP 3**Patologia acuta ed è prevista, o si è verificata,  
assenza di alimentazione orale per più di 5 giorni**Totale** **STEP 4****RISCHIO GLOBALE DI MALNUTRIZIONE  
E PROVVEDIMENTI (MUST)** **Basso****Rivalutare**Ripetere lo screening  
al 7° giorno successivo **Medio****Osservare**Valutare l'apporto alimentare  
e di liquidi secondo procedura:  
se apporti adeguati o migliorati,  
ripetere lo screening secondo  
modalità presenti nella procedura;  
se apporti non adeguati  
o peggioramento, avviare  
consulenza dietistica / team  
nutrizionale **Medio****Trattare**Attivazione consulenza dietistica  
da parte dell'infermiere  
o del medico di reparto o con  
sistema di notifica automatica  
oppure del MMG in caso di RSA  
o di altre strutture socio-sanitarie**STEP 5**Da rivalutare in data: Data odierna: Compilatore:



# Scheda sintetica di valutazione dietistica

La scheda deve contenere i seguenti requisiti principali:

## 1) Valutazione nutrizionale

- Rilevazione dati anagrafici e diagnosi clinica
- Anamnesi dietetica
- Valutazione antropometrica
- Valutazione esami bioumorali

## 2) Diagnosi nutrizionale

Identifica : Problema, Eziologia, Segni e Sintomi.

Es: "Inadeguato apporto proteico-energetico correlato a ridotta capacità di consumare sufficienti quantità di proteine e/o energia (eziologia) come evidenziato da un apporto energetico e/o proteico inferiore del x% rispetto ai livelli raccomandati e da una perdita involontaria di peso pari al x% in x tempo. (Segni e sintomi)"

## 3) Intervento nutrizionale

Attività pianificate con l'obiettivo di favorire la modificazione dei comportamenti alimentari, dei fattori di rischio nutrizionale o di altri aspetti della salute

Comprende:

- individuazione degli obiettivi del trattamento e selezione delle opzioni terapeutiche (terapia dietetica, nutrizione artificiale, counseling nutrizionale, educazione terapeutica, riabilitazione nutrizionale);
- condivisione con il paziente e/o caregiver e pianificazione del trattamento;
- implementazione di azioni appropriate per rispondere ai bisogni.

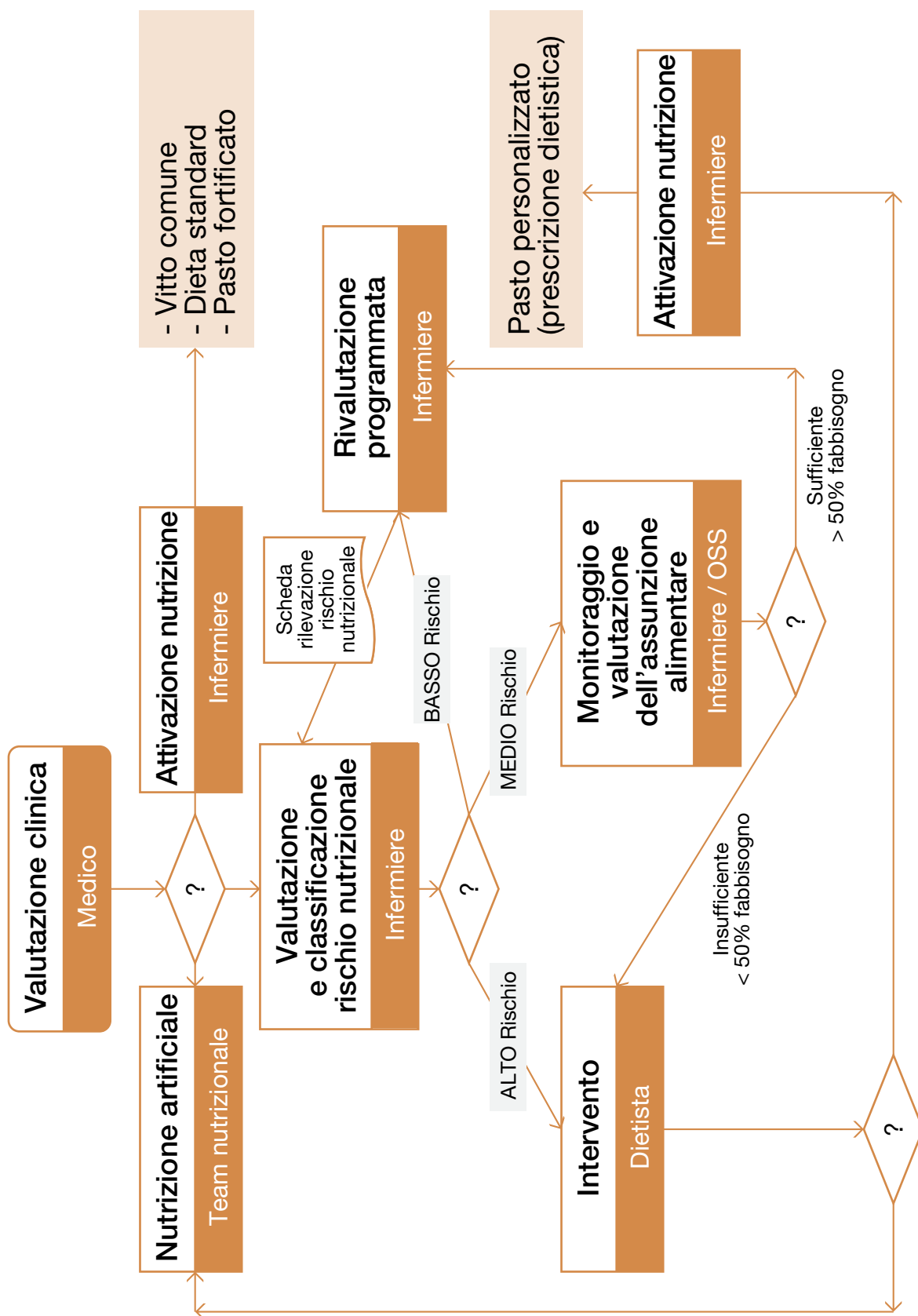
## 4) Monitoraggio e valutazione dei risultati

Si riferisce alla valutazione dello stato nutrizionale del paziente secondo il piano di follow-up prestabilito in relazione alla diagnosi, al piano di trattamento e ai risultati attesi in relazione agli obiettivi terapeutici concordati.

La valutazione può includere:

- **risultati direttamente correlati alla nutrizione:** miglioramento delle conoscenze, modifiche del comportamento, modifiche nell'intake di cibo o nutrienti, miglioramento dello stato nutrizionale;
- **risultati sullo stato clinico e di salute:** dati di laboratorio, pressione arteriosa, modificazioni dei fattori di rischio, segni e sintomi, infezioni, complicanze correlate alla nutrizione;
- **risultati centrati sul paziente:** qualità della vita, soddisfazione, autostima e autoefficacia, abilità funzionali;
- **risultati rispetto alla utilizzazione dei servizi e ai costi sanitari:** modifiche sulla terapia farmacologia, prevenzione della ospedalizzazione, durata della degenza, necessità di assistenza infermieristica per problematiche legate alla nutrizione, influenza sulla necessità di visite mediche, continuità assistenziale ospedale-territorio.

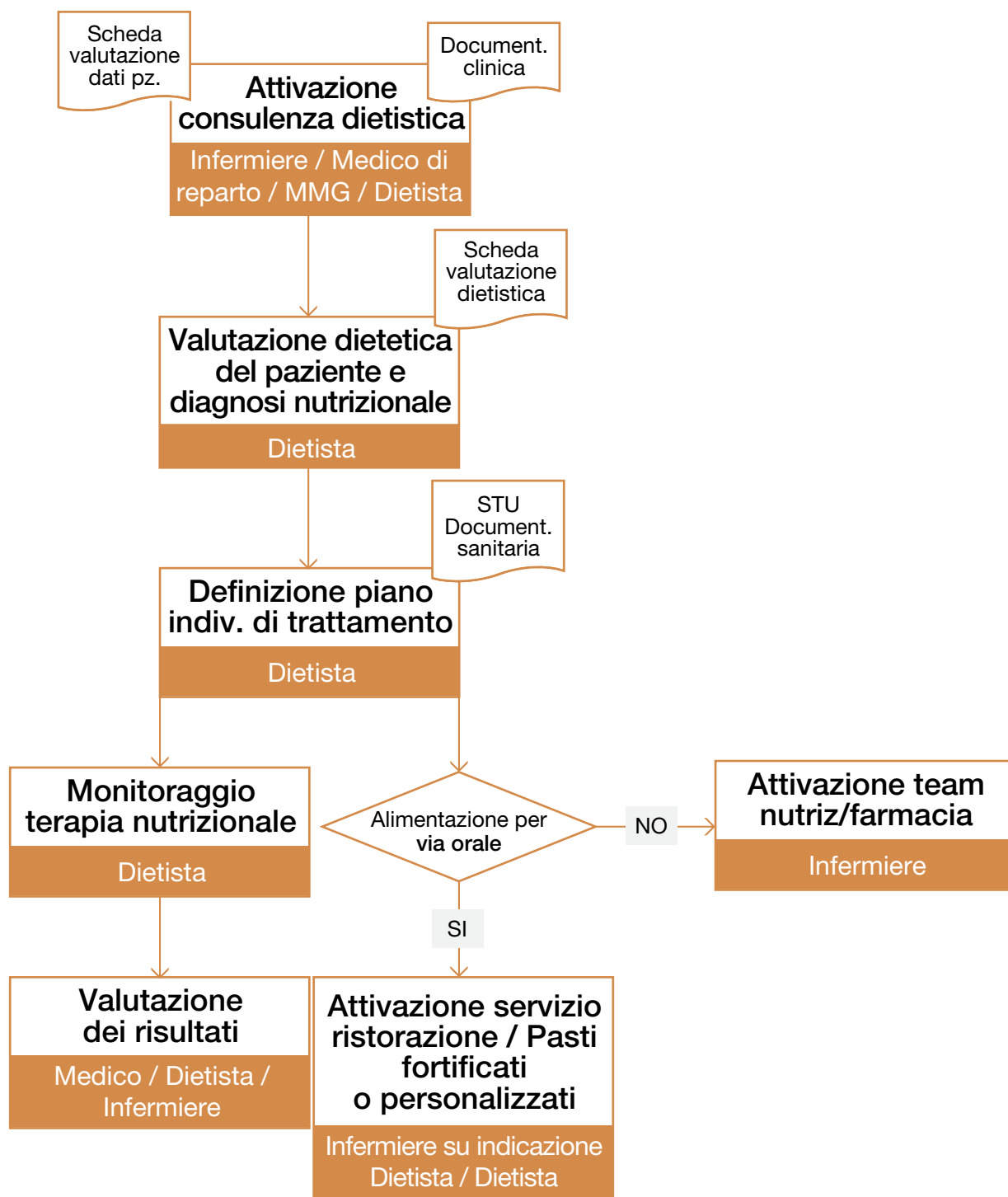
# Processo assistenziale della nutrizione





# Gestione del rischio nutrizionale

## RISCHIO ELEVATO





# Monitoraggio assunzione alimentare



<p>Paziente</p> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> <p>Setting</p> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> <p>Data</p> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> <p>Bevande nelle 24h (125ml)</p> <p>Tipo bevanda:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Compilatore</p> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<p><b>Colazione</b></p> <p>Latte </p> <p>Tè </p> <p>Fette bisc. n° .....</p> <p>Marmellata n° .....</p> <p>Burro monodose n° .....</p> <p>Biscotti n° .....</p> <p>Fette n° .....</p> <p>Merendine n° .....</p> <p>Altro (spec.)</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p><b>Spuntino</b></p> <p>Yogurt </p> <p>Budino </p> <p>Succo frutta </p> <p>Latte </p> <p>Mousse </p> <p>Frutta </p> <p>Cioccolato </p> <p>Merendine </p> <p>Fette biscottate n° .....</p> <p>Biscotti n° .....</p> <p>Altro (spec.)</p> <p>.....</p>
---	--	--

<p><b>Pranzo</b></p> <p>I° asciutto </p> <p>I° brodoso </p> <p>Secondo </p> <p>SPECIFICARE .....</p> <p>Contorno </p> <p>Pane </p> <p>Purè </p> <p>Frutta </p> <p>Mousse </p> <p>Biscotti n° .....</p> <p>Altro (spec.)</p> <p>.....</p>	<p><b>Merenda</b></p> <p>Yogurt </p> <p>Budino </p> <p>Succo </p> <p>Latte </p> <p>Mousse </p> <p>Frutta </p> <p>Ciocol. </p> <p>Merendine </p> <p>Fette biscottate n° .....</p> <p>Biscotti n° .....</p> <p>Altro (spec.)</p> <p>.....</p>	<p><b>Cena</b></p> <p>I° asciutto </p> <p>I° brodoso </p> <p>Secondo </p> <p>SPECIFICARE .....</p> <p>Contorno </p> <p>Pane </p> <p>Purè </p> <p>Frutta </p> <p>Mousse </p> <p>Biscotti n° .....</p> <p>Altro (spec.)</p> <p>.....</p>
--	---	--

# Piano formazione rischio nutrizionale

## 1) Target

Medici, dietisti, infermieri, altro personale addetto all'assistenza (OSS, Volontariato, ecc), personale addetto alla ristorazione collettiva e/o Gruppo di Lavoro Aziendale per il Rischio Nutrizionale

## 2) Obiettivi

- 1) Conoscere il rapporto tra alimentazione/nutrizione e rischio clinico (target totale)
- 2) Condividere le modalità di gestione organizzativa del processo assistenziale della nutrizione (target totale)
- 3) Saper effettuare la valutazione del rischio nutrizionale utilizzando uno strumento di screening appropriato e rilevando, secondo procedure standardizzate, peso corporeo, statura e/o circonferenza braccio per il calcolo dell'Indice di Massa Corporea (infermieri)
- 4) Saper effettuare la valutazione dell'assunzione alimentare e la distribuzione/somministrazione di pasti prevenendo possibili eventi avversi (OSS)
- 5) Saper utilizzare, secondo procedure standardizzate, la scheda sintetica di valutazione dietistica condividendo criteri e modalità di rilevazione dati e di valutazione dello stato nutrizionale nelle diverse situazioni cliniche (dietisti)
- 6) Conoscere i principi fondamentali per la elaborazione e fornitura di pasti sicuri e adeguati ai diversi bisogni nutrizionali dei pazienti (personale addetto alla ristorazione)
- 7) Saper elaborare una procedura aziendale per la valutazione e gestione del rischio nutrizionale
- 8) Saper applicare e monitorare la procedura aziendale per la valutazione e gestione del rischio nutrizionale

## 3) Contenuti

- Stato nutrizionale e correlazione con mortalità, morbosità, complicanze, durata della degenza e della riabilitazione, qualità della vita, costi sanitari
- Ruolo e competenze dei diversi professionisti nella valutazione e gestione del rischio nutrizionale
- Eventi avversi correlabili al processo assistenziale della nutrizione
- La continuità assistenziale nell'ambito della nutrizione

## 4) Modalità

- Moduli comuni alle diverse professioni: incontri aziendali realizzati in diverse edizioni (punti 1-2-7-8)
- Modulo per la professione infermieristica: incontri aziendali di 4 ore realizzato in diverse edizioni (punto 3)
- Modulo per il personale OSS: incontri aziendali di 4 ore realizzato in diverse edizioni (punto 4)
- Modulo per la professione Dietista: incontri aziendali o interaziendali di 4 ore realizzato in diverse edizioni (punto 5)
- Modulo per il personale Addetto alla Ristorazione: incontri aziendali di 4 ore realizzato in diverse edizioni (punto 6)
- Modulo per il personale del volontariato: incontri aziendali di 4 ore realizzati in diverse edizioni (punto 1-2)