



# Osservatorio Nazionale

delle Buone Pratiche sulla sicurezza nella Sanità

Scheda per la rappresentazione dell'esperienza  
a PREVENZIONE E GESTIONE DEL RISCHIO NUTRIZIONALE NEI PAZIENTI COVID 19

## LIVELLO

- Regione
- **ASL TOSCANA CENTRO**
- Ospedale
- Struttura socio-sanitaria
- **Reperto/Area specialistica DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI TECNICO-SANITARIE - SOS ATTIVITA' TECNICO ASSISTENZIALI - DIETETICA AZIENDALE**
- Società scientifica

## MACROTEMA

- Gestione DPI
- Formazione, informazione e gestione degli operatori sanitari
- Comunicazione ai cittadini
- Riorganizzazione percorsi clinici assistenziali
- **Soluzioni organizzative emergenziali per la gestione dei pazienti COVID (esperienze di COVID hospital, isolamento di coorte, gestione domiciliare, telemedicina, altro)**
- Soluzioni organizzative per la gestione di pazienti non COVID dettate dall'emergenza COVID
- Altro (specificare)

## Descrizione dell'esperienza di risposta all'emergenza Covid -19 che si intende condividere

La prevenzione del rischio nutrizionale, cioè della possibilità di eventi avversi correlabili all'alimentazione/nutrizione, 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.

Nei pazienti COVID 19 soddisfare i fabbisogni in energia e nutrienti diventa prioritario al fine di prevenire e/o correggere le alterazioni dello stato nutrizionale e contrastare, al contempo, l'insorgenza di complicanze.

E' noto infatti come nei pazienti SARS-Cov-2 la disfagia post-estubazione rappresenti un problema iatrogeno con rischio di gravi complicanze cliniche. Gli studi presenti in letteratura mostrano evidenza di aspirazione nei pazienti intubati per più di 48h in percentuale variabile tra il 25 e il 68% e l'età avanzata (> 65 anni) rappresenta un fattore di rischio significativo per aspirazione silente.

La difficoltà di deglutizione potrebbe peraltro permanere fino a 21 giorni dopo l'estubazione, soprattutto nei soggetti anziani.



# Osservatorio Nazionale

delle Buone Pratiche sulla sicurezza nella Sanità

I fattori di rischio da considerare sono rappresentati da:

- degenza prolungata (> 7 giorni) in terapia intensiva (con o senza ventilazione meccanica)
- intubazione (IOT e IET) di durata > 48 h
- nutrizione artificiale prolungata (> 7 giorni)
- presenza di età superiore a 65 anni
- deficit neurologici, cognitivi, delirium
- anamnesi positiva per BPCO, disfagia preesistente, epatopatia avanzata e sepsi

Nei pazienti in cui sia valutata l'impossibilità dell'alimentazione orale è opportuno mantenere l'igiene orale e mantenere/avviare una nutrizione artificiale (NET o NPT) previa eventuale consultazione del dietista.

In tutti i pazienti valutati idonei ad alimentarsi per OS deve essere impostata una dieta a consistenza modificata secondo quanto presente nel dietetico ospedaliero ovvero PASTO CREMOSO o FRULLATO e il dietista durante la consulenza valuta, caso per caso, la necessità di somministrare ONS (Oral Nutrition Supplements) specifici.

In tutti questi pazienti la dieta a consistenza modificata (cremosa o frullata) deve essere mantenuta in via preventiva anche nel periodo post dimissione ospedaliera fino a quando potranno essere indirizzati a valutazione logopedica e, successivamente, ad eventuale visita foniatrica per escludere una disfagia residua.

Nelle strutture territoriali (presidi di cure intermedie, strutture riabilitative, ecc.) che accolgono/ricevono i pazienti dopo la dimissione dall'ospedale, è indicato l'utilizzo del test EAT- 10 (Eating Attitude Test – 10), uno strumento validato che permette di monitorare la capacità deglutitoria mediante alcune semplici domande con risposte autocompilate dal paziente (se orientato) o dal personale della struttura territoriale.

A tale proposito sono state elaborate n. 2 Istruzioni Operative mirate a coprire le criticità emerse nella prima fase pandemica nei pazienti Covid 19 ospedalizzati, a impostare trattamenti dietetico-nutrizionali finalizzati a contrastare l'elevato rischio nutrizionale riscontrato in questi pazienti (calo ponderale involontario, aspirazione silente, disfagia), a prevenire complicanze e a migliorare gli outcome clinici.

Le 2 Istruzioni Operative si sono dimostrate di particolare utilità nella II fase pandemica per la gestione dietetico-nutrizionale dei pazienti Sars-Cov-2 positivi presenti anche nei setting Cure Intermedie e RSA.

In tal senso, al fine di meglio coordinare la presa in carico dei pazienti a rischio nutrizionale nel passaggio fra i diversi setting assistenziali e fra ospedale-territorio, di favorire l'integrazione multidisciplinare e multiprofessionale, la nascita di "reti" collaborative e, infine, per facilitare la diffusione di informazioni relative ad un medesimo processo assistenziale:

- 1) E' stata elaborata una specifica Scheda dietetico-nutrizionale di dimissione presente nella documentazione clinica consegnata al paziente, indirizzata al MMG o alla struttura accogliente, contenente il piano dietetico-nutrizionale attuato durante la degenza e il piano dietetico-nutrizionale di dimissione;



# Osservatorio Nazionale

delle Buone Pratiche sulla sicurezza nella Sanità

- 2) È stata esplicitata 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 per i pazienti Covid 19
- 3) È stata esplicitata la modalità di attivazione del servizio di ristorazione per la richiesta di pasti adeguati alla terapia dietetica indicata;
- 4) E' stato elaborato materiale informativo sintetico e creazioni visual (infografiche) per una maggiore facilità di lettura e comprensione delle indicazioni dietetico-nutrizionali poste/da porre in essere per la gestione del rischio nutrizionale nei pazienti SARS-CoV-2 positivi

## Bibliografia essenziale

- PSP Prevenzione e gestione del rischio nutrizionale, DGRToscana 135 del 25/02/2008, Vers.2 Approvata Comitato Scientifico 28/01/2020
- COVID-19 & enteral tube feeding safety, BAPEN's Nasogastric tube safety Special Interest Group, 31/03/2020
- Critical Care Specialist Group (CCSG) of the BDA Guidance on management of nutrition and dietetic services during the COVID-19 pandemic, Version 1.2 March 2020
- European Society for Clinical Nutrition and Metabolism, ESPEN guideline on clinical nutrition in the intensive care unit, 2018
- 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
- 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
- Scheel, R., Pisegna, J. M., McNally, E., Noordzij, J. P., & Langmore, S. E. (2016). Endoscopic Assessment of Swallowing After Prolonged Intubation in the ICU Setting. Annals of Otolaryngology, Rhinology & Laryngology, 125(1), 43–52.
- Skoretz, S. A., Yau, T. M., Ivanov, J., Granton, J. T., & Martino, R. (2014). Dysphagia and associated risk factors following extubation in cardiovascular surgical patients. Dysphagia, 29, 647–654
- Leder, S.B., Suiter, D.M. & Green BG. (2011). Silent aspiration risk is volume- dependent. Dysphagia, 26,304–9.
- Belafsky PC, Mouadeb DA, Rees CJ, Pryor JC, Postma GN, Allen J, Leonard RJ. Validity and reliability of the Eating Assessment Tool (EAT-10). Annals Otolaryngology Rhinology & Laryngology 2008;117(12): 919-924

Contatto di riferimento:

Dott.ssa Rita Marianelli – [rita.marianelli@uslcentro.toscana.it](mailto:rita.marianelli@uslcentro.toscana.it) – cell 335 1811563