

P.za della Vittoria, 15 – terzo piano  
16121 - Genova  
Tel. 010/5484162 - Fax 010/5484147  
C.F. 95113490106 – P.IVA 01784930990  
[ars@regione.liguria.it](mailto:ars@regione.liguria.it)  
[ars@pecarsliguria.it](mailto:ars@pecarsliguria.it)

## DETERMINA DEL COMMISSARIO STRAORDINARIO

n. 58 del 30.07.2012

Oggetto: Indirizzi regionali ai sensi dell'art. 62, comma 2 bis, della L.R. n. 41/2006 e ss. mm. e ii. per la "Gestione della Malnutrizione ospedaliera".

## Il Commissario Straordinario

**RICHIAMATA** la L.R. n. 41/2006 di “Riordino del Servizio Sanitario Regionale” e ss. mm. e ii. che, all’art. 62, prevede:

- al comma 2, che la Regione si avvale dell’Agenzia Sanitaria Regionale per svolgere incarichi di studi, ricerche istruttorie di progetti e servizi di controllo utili alle strutture regionali per l’esercizio delle funzioni in materia di governo clinico;
- al comma 2 bis, come aggiunto dall’art. 4, comma 1, della L.R. n. 36/2011, che nelle materie di cui al precedente comma, l’Agenzia, nei confronti delle Aziende sanitarie e degli enti del Servizio Sanitario Regionale, emana atti di indirizzo e svolge funzioni ispettive;

**VISTO** lo Statuto e il regolamento dell’Agenzia Sanitaria Regionale approvati con D.G.R. n. 1435 del 30/11/2007 che, in relazione all’Area di intervento del “Governo clinico” di cui all’art. 3 del predetto regolamento, demanda all’Agenzia Sanitaria Regionale le attività di produzione di report e di raccolta e diffusione di informazioni;

**CONSIDERATO** che:

- è frequente che lo stato di nutrizione sia gravemente compromesso in corso di malattie di entità clinica rilevante in carenza di precoci interventi nutrizionali diagnostico-terapeutici; lo stato di nutrizione del soggetto e il tipo e la qualità della nutrizione in fase di malattia possono influenzare l’andamento, l’incidenza di complicanze e la prognosi.
- La malnutrizione rappresenta una problematica rilevante in ambito ospedaliero: si calcola che dal 20 al 50% dei pazienti adulti ospedalizzati per patologie croniche o gastrointestinali siano malnutriti.
- Lo stato di malnutrizione può già essere presente all’ammissione in ospedale, potendone essere la causa, ma la sua comparsa non è da escludere anche durante la degenza.
- La sottovalutazione del problema, la scarsa attitudine a tenere in considerazione alterazioni nutrizionali e la loro mancata precoce individuazione nel quadro clinico del paziente può determinare conseguenze gravi quali:
  - incremento della mortalità e morbilità ospedaliera
  - aumento della durata del periodo di degenza
  - aumento della frequenza dei ricoveri dei soggetti malnutriti

- aumento della disabilità negli anziani malnutriti.

**CONSIDERATO** che quanto sopra evidenziato può comportare un aumento dei costi diretti (assistenza, materiali, test laboratoristici e farmaci) e indiretti (disabilità, assistenza domiciliare prolungata, reinterventi);

**PRESO ATTO** che nelle realtà ospedaliere italiane, la soluzione ai problemi nutrizionali dei pazienti ricoverati e/o seguiti a domicilio non è il risultato di un organico processo di management ma dipende da singole iniziative che hanno trovato le più varie risoluzioni ai problemi della nutrizione artificiale, della dietetica ospedaliera e della continuità terapeutica tra ospedale e territorio (nutrizione artificiale domiciliare);

**RITENUTO** pertanto opportuno, allo scopo di ricercare le migliori soluzioni organizzative per contenere costi e per consentire un miglioramento delle prestazioni erogate, razionalizzare le attività di Dietetica e Nutrizione Clinica riorganizzando i percorsi diagnostici terapeutici relativi a malnutrizione, disfagia e nutrizione artificiale domiciliare;

**ATTESO** che a tal fine la *“Rete regionale dei servizi di dietetica e nutrizione clinica”* ha prodotto le raccomandazioni contenute nell’allegato Documento di consenso recante *“Indirizzi regionali per la gestione della malnutrizione ospedaliera.”* (All.to n. 1) che necessitano di essere recepiti dalle Aziende sanitarie e ampiamente diffusi tra i medici dipendenti interessati per ottenere la migliore gestione del percorso terapeutico;

**RITENUTO** pertanto doveroso che le Aziende Sanitarie provvedano a:

- recepire i predetti indirizzi per quanto concerne gli aspetti relativi alla gestione della malnutrizione ospedaliera;
- uniformare, attraverso gli opportuni interventi delle Direzioni sanitarie, le procedure dello screening nutrizionale e garantire comportamenti omogenei per una adeguata efficacia del servizio;
- diffondere i contenuti degli indirizzi di cui trattasi presso tutti gli operatori sanitari interessati;

**DATO ATTO** che l’applicazione degli indirizzi approvati con il presente provvedimento comporta, per le sopradette Aziende Sanitarie, una razionalizzazione del consumo di risorse con conseguente prevedibile riduzione di costi;

**DATO ATTO** che l'ARS provvederà, in collaborazione con la **“Rete regionale dei servizi di dietetica e nutrizione clinica”** a monitorare l'applicazione del presente indirizzo;

**RITENUTO** inoltre di trasmettere al Dipartimento Salute e Servizi sociali la presente determina, con richiesta di inserire i sopra specificati indirizzi alle Aziende sanitarie quali obiettivi dei Direttori Generali delle stesse;

**RITENUTO** infine di pubblicare il presente provvedimento e l'allegato “Documento di consenso” sul sito internet dell'Agenzia Sanitaria Regionale della Regione Liguria;

## **D E T E R M I N A**

Per le motivazioni indicate in premessa e che integralmente si richiamano:

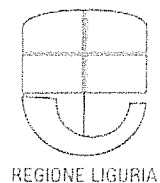
- di approvare, ai sensi dell'art. 62, comma 2 bis, della L.R. n. 41/2006 e ss. mm. e ii., l'allegato “Documento di consenso” recante “Indirizzi regionali per la gestione della malnutrizione ospedaliera” (All.to n. 1), che fa parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- di trasmettere il presente provvedimento alle Aziende Sanitarie affinché le stesse provvedano a:
  - recepire i predetti indirizzi per quanto concerne gli aspetti relativi alla gestione della malnutrizione ospedaliera;
  - uniformare, attraverso gli opportuni interventi delle Direzioni sanitarie, le procedure dello screening nutrizionale e garantire comportamenti omogenei per una adeguata efficacia del servizio;
  - Diffondere i contenuti degli indirizzi di cui trattasi presso tutti gli operatori sanitari interessati;
- di dare atto che l'applicazione degli indirizzi approvati con il presente provvedimento comporta, per le sopraddette Aziende Sanitarie, una razionalizzazione del consumo di risorse con conseguente prevedibile riduzione di costi;
- di dare atto che l'ARS provvederà, in collaborazione con la **“Rete regionale dei servizi di dietetica e nutrizione clinica”** a monitorare l'applicazione del presente indirizzo;

- di trasmettere al Dipartimento Salute e Servizi sociali la presente determina con richiesta di inserire i sopra specificati indirizzi alle Aziende sanitarie quali obiettivi dei Direttori Generali delle stesse;
- di pubblicare il presente provvedimento e l'allegato "Documento di consenso" sul sito internet dell'Agenzia Sanitaria Regionale della Regione Liguria.

**Il Commissario Straordinario**  
**Dott. Franco Bonanni**



*Allegato n. 1) alla Determina del Commissario Straordinario n. 58 del 30.07.2012.*



**INDIRIZZI REGIONALI**  
**PER LA GESTIONE DELLA MALNUTRIZIONE OSPEDALIERA**

*A cura della*  
*RETE REGIONALE DEI SERVIZI DI DIETETICA E NUTRIZIONE CLINICA*

## Ottimizzazione delle risorse attraverso la riduzione delle complicanze da malnutrizione ospedaliera

*Nelle strutture di ricovero dal 20 al 30% dei pazienti è seguito mediante dieta speciale o nutrizione artificiale in relazione a quadri di malnutrizione o disfagia.*

*Peraltro la richiesta di consulenza nutrizionale non è codificata mediante i criteri di screening patrocinati dalla Joint of Commission for Clinical Accreditation della Commissione europea.*

*La progettazione di un percorso per la valutazione dei pazienti ospedalizzati a rischio di malnutrizione o malnutriti è fondamentale per poter ridurre le complicanze correlate a questa condizione patologica. Obiettivo del progetto è di creare percorsi semplificati ed omogenei al fine di trattare in modo idoneo i malnutriti od a rischio di malnutrizione con conseguente riduzione dei tempi di degenza e dei costi.*

*Allo scopo, la rete dei Servizi di Dietetica e Nutrizione Clinica propone di introdurre un test di screening della malnutrizione nella valutazione clinica effettuata all'ingresso del paziente in reparto, al fine di migliorare l'appropriatezza dell'intervento nutrizionale e favorire una rapida presa in carico del problema senza aggravio sulla durata della degenza: in altri termini, ridurre i costi gestionali conseguenti al mancato riconoscimento e trattamento della malnutrizione.*

*L'utilizzo del test consente di ottimizzare il trattamento dietetico valutando la necessità di utilizzare il Servizio di Dietetica e Nutrizione Clinica nei pazienti a maggior rischio nutrizionale.*

## Razionale

Per malnutrizione si intende *una condizione di alterazione funzionale, strutturale e di sviluppo dell'organismo conseguente allo squilibrio tra fabbisogni, introiti ed utilizzazione dei nutrienti (SINPE)*, con successivo e conseguente aumento del tasso di morbilità e mortalità associato.

In letteratura i dati relativi alla frequenza della malnutrizione nei pazienti ammessi in ospedali varia dal 10 all'80% a seconda delle casistiche e tali percentuali sembrano aumentare in modo direttamente proporzionale alla durata della degenza [1-3]. Il gruppo maggiormente a rischio di malnutrizione è sicuramente quello costituito dalla popolazione anziana proprio per le caratteristiche specifiche di questi soggetti che si possono riassumere nella sindrome clinica da fragilità. La malnutrizione si associa ad importanti complicanze [4], a incremento delle infezioni nosocomiali, della morbilità e

mortalità, dei tempi di degenza in ospedale [4,5], dei costi terapeutici ospedalieri e dei costi riabilitativi dei pazienti [6] .

Un idoneo screening nutrizionale dovrebbe essere sempre effettuato nel paziente ricoverato al fine di individuare quei soggetti in cui un precoce intervento di supporto nutrizionale possa così permettere di ridurre il rischio di complicanze.

Di fatto, secondo la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO) i criteri minimi per l'accreditamento delle strutture sanitarie ospedaliere contemplano lo screening dello stato nutrizionale.

L'impatto socio-economico del mancato riconoscimento e trattamento della malnutrizione è elevato. Alcuni studi effettuati in Paesi Europei, in particolar modo il Regno Unito hanno evidenziato un costo correlato alla malnutrizione di circa 7,4 miliardi di sterline [4].

Esistono diversi screening dello stato nutrizionale validati. Il Nutritional Risk Screening 2002 (NRS), il MUST e l'SGA sono metodologie di valutazione dello stato nutrizionale di semplice applicazione che considerano quali parametri principali la perdita di peso, il Body Mass Index (BMI) (kg/m<sup>2</sup>), la perdita dell'appetito e la severità di malattia e l'età del soggetto. Tali test di screening permettono una rapida e semplice identificazione dei pazienti che necessitano di supporto nutrizionale.

## Test di screening del rischio nutrizionale all'ammissione in ricovero

Oggetto della proposta è quello di creare e inserire nella cartella clinica (o come modulo aziendale aggiuntivo) una scheda di valutazione dello stato nutrizionale e pianificare nei pazienti a rischio di malnutrizione o francamente malnutriti un programma di intervento precoce in ambito ospedaliero.

### METODI

La rete dei Servizi di Dietetica e Nutrizione Clinica propone l'utilizzo come screening il Nutritional Risk Screening 2002 (NRS), (SCHEDA I), basato su semplici valutazioni cliniche già in uso in qualsiasi struttura degenziale, che costituisce metodologia di valutazione del rischio nutrizionale di facile e veloce applicazione.

Per quanto concerne il paziente pediatrico verrà usato il test proposto nella SCHEDA II.

Altri test di screening quali MUST e l'SGA potranno essere utilizzati in accordo con il Servizio di Dietetica e Nutrizione Clinica.



Dal punto di vista pratico è necessario che il paziente venga inquadrato in funzione dei seguenti aspetti:

- 1) calo ponderale;
- 2) valutazione della deglutizione e del rischio di ab ingestis;
- 3) quantificazione degli apporti alimentari;
- 4) presenza di ipercatabolismo correlato alla patologia;
- 5) alterazione degli indici biochimici nutrizionali;

La valutazione dovrà essere effettuata entro 24-48 ore dal ricovero.

Al fine di implementare il test di rischio nutrizionale, dovrà essere attivato un breve corso pratico di formazione per fornire le competenze necessarie alla sua applicazione; il corso potrà essere concordato con i referenti aziendali del servizio di dietetica e/o nutrizione clinica.

#### RISORSE

Il test di screening potrà essere effettuato dal personale infermieristico e/o medico di qualsiasi struttura sanitaria.

Il personale del servizio di Dietetica e Nutrizione Clinica interviene nel caso in cui la valutazione del test evidenzi un rischio di malnutrizione grave.

La scheda NRS proposta potrà essere informatizzata oppure su formato cartaceo.

Le modalità di trasmissione delle informazioni ai Servizi di Dietetica e Nutrizione Clinica saranno definite nell'ambito dell'azienda.

#### VANTAGGI ATTESI

La corretta valutazione nutrizionale del paziente ospedalizzato potrebbe:

- 1) migliorare la prognosi e lo stato funzionale dei soggetti ospedalizzati, riducendo il rischio di complicanze correlate alla malnutrizione
- 2) ridurre i tempi di degenza
- 3) ridurre i costi del trattamento delle complicanze correlate alla malnutrizione

## Riferimenti bibliografici

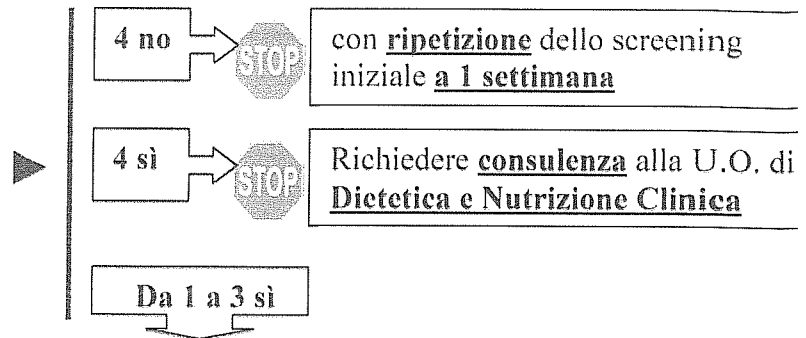
1. Amaral TF, Matos LC, Tavares MM, et al. The economic impact of disease-related malnutrition at hospital admission. *Clin Nutr* 2007;26:778-84.
2. Comi D, Palmo A, Brugnani M, D'Amicis A, Costa A, D'Andrea F, et al. The hospital malnutrition Italian study. *Clin Nutr* 1998;17(Suppl. 1):52
3. Council of Europe. Public Health Committee. Committee of Experts on Nutrition, Food Safety and Consumer Health. Ad Hoc Group Nutrition programmes in hospitals. Food and nutritional care in hospitals: how to prevent undernutrition. Report and Guidelines. Strasbourg, 2002. Council of Europe Alliance, 2005. [http://www.coe.int/T/E/Social\\_Cohesion/soc-sp/Def%20proceedings%20hospitals.pdf](http://www.coe.int/T/E/Social_Cohesion/soc-sp/Def%20proceedings%20hospitals.pdf)
4. Elia M, Stratton R, Russell C, Green C, Pan F. The cost of disease-related malnutrition in the UK and economic considerations for the use of oral nutritional supplements (ONS) in adults. BAPEN, 2005.
5. Kondrup J, Allison SP, Elia M, Vellas B, Plauth M. ESPEN Guidelines for Nutrition Screening 2002. *Clin Nutr* 2003; 22: 415-421.
6. Kondrup J. et al. Proper hospital nutrition as a human right. *Clinical Nutrition* 2004; 23, 135-137.
7. Linee Guida SINPE per la nutrizione artificiale ospedaliera 2002. RINPE 2002; 20 (Suppl 5):1-173.
8. [http://www.centraleacquisti.regione.lombardia.it/shared/ccurl/189/712/Allegato decreto 5250\\_2009.pdf](http://www.centraleacquisti.regione.lombardia.it/shared/ccurl/189/712/Allegato decreto 5250_2009.pdf)
9. Linee guida per la Ristorazione Assistenziale Regione Piemonte 2007. [http://www.asl11.piemonte.it/prevenz/dwd/ristoraz\\_ospedaliera.pdf](http://www.asl11.piemonte.it/prevenz/dwd/ristoraz_ospedaliera.pdf)
10. Linee di indirizzo per la Ristorazione nelle strutture residenziali assistenziali extraospedaliere. Regione Veneto. Sicurezza Alimentare. Piano regionale Veneto 2005-2007 SIAN delle Aziende ULSS del Veneto. 2008. [http://www.ulss4.veneto.it/web/ulss4/Prevenzione/servizi\\_dip/sian/uon/all/uon\\_linee\\_guida\\_cdr](http://www.ulss4.veneto.it/web/ulss4/Prevenzione/servizi_dip/sian/uon/all/uon_linee_guida_cdr)
11. Lucchin L, D'Amicis A, Gentile MG, Battistini NC, Fusco MA, Palmo A, Muscaritoli M, Contaldo F, Cereda E and the PIMAI group. A nationally representative survey of hospital malnutrition: the Italian PIMAI (Project: Iatrogenic MALnutrition in Italy) study. *Mediterr J Nutr Metab* (2009).51
12. ASPEN Clinical Guidelines. Nutrition, screening, assessment and interventions in adults. *JPEN* 2011; 35(1): 16-24

# SCHEDA I

Data ..... Reparto ..... Letto ..... Nascita .....  
 .....  
 .....  
 Cognome ..... Nome .....  
 .....  
 .....  
 Diagnosi.....

## SCREENING INIZIALE

PARAMETRO	Si	no
BMI < 20.5		
Calo di peso ultimi 3 mesi		
riduzione apporto alimentare ultima settimana		
presenza di patologia severa		
<b>TOTALE</b>		

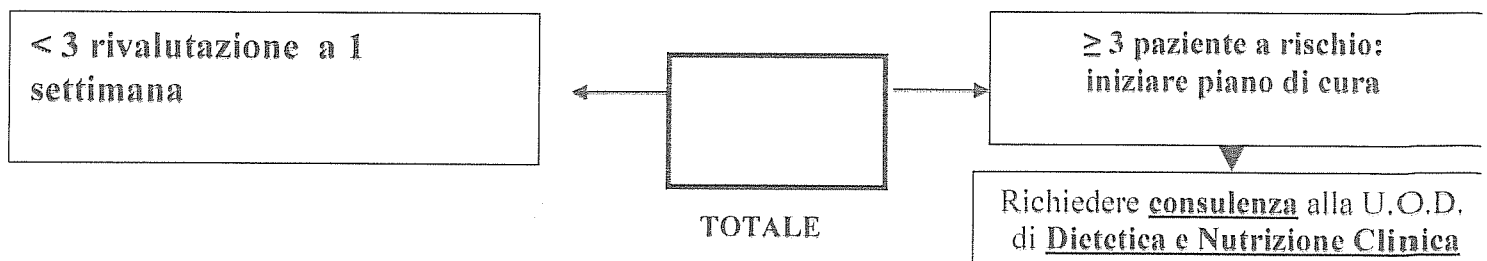


## SCREENING FINALE

MALNUTRIZIONE	
Assente punti 0	Stato nutrizionale normale
Lieve 1	Dimagrimento < 5% in 3 mesi* Ingesta ≤ 75% *[% dimagrimento = $\frac{\text{peso iniziale} - \text{peso attuale}}{\text{peso iniziale}} \times 100$
Moderata 2	Dimagrimento > 5% in 2 mesi BMI compreso tra 18,5-20,5 Ingesta ≤ 50 %
Grave 3	Dimagrimento > 5% in 1 mese > 15% in 3 mesi BMI < 18,5 Ingesta ≤ 25%
<b>PUNTEGGIO</b>	<b>+</b>

SEVERITA' DI MALATTIA	
Assente punti 0	
Lieve 1	Frattura femore Malattie croniche con complicanze (cirrosi, diabete, dialisi, BCPO) 0 neoplasie
Moderata 2	Chirurgia maggiore Stroke Emoblastosi Polmoniti gravi
Severa 3	Trauma cranico Trapianto midollo osseo Terapia intensiva
<b>PUNTEGGIO</b>	<b>+</b>

Se pz con età > 70 anni aggiungere: 1



## SCHEDA II

### **Screening Nutrizionale per il Paziente Pediatrico (Individuazione della malnutrizione in difetto o malnutrizione propriamente detta)**

La valutazione nutrizionale del paziente pediatrico (screening nutrizionale) deve essere sempre eseguita contestualmente all'inquadramento clinico del paziente al momento del ricovero.

Lo screening iniziale deve prevedere la rilevazione di parametri essenziali (peso, altezza) da valutarsi in rapporto all'età del paziente (avvalendosi delle apposite carte di accrescimento, quale riferimento – vedi carte di accrescimento CDC/NCHS reperibili sul sito: [www.cdc.gov/growthcharts](http://www.cdc.gov/growthcharts)) e la raccolta di ogni dato anamnestico utile all'inquadramento clinico-nutrizionale; analisi dei fabbisogni nutrizionali e delle abitudini alimentari comprese.

Lo screening, se valutato nella norma, dà esito ad una prescrizione dietetica libera (ovvero un'alimentazione equilibrata, senza restrizioni) da parte del medico.

Qualora lo screening abbia evidenziato problemi nutrizionali, il medico di reparto può provvedere alla prescrizione di una dieta speciale ovvero ad effettuare un approfondimento della valutazione dello stato di nutrizione (assessment nutrizionale) oppure a richiedere consulenza specialistica (del medico specialista nutrizionista, del gastroenterologo, di un dietista o di altri specialisti, secondo necessità).

I parametri per l'individuazione della malnutrizione per difetto (A) e/o del rischio di malnutrizione (B) vengono qui sotto elencati. Non debbono necessariamente essere presenti contemporaneamente tutti i parametri.

#### A) Dati clinici

1. Indice di massa corporea (BMI-for-age) o peso per statura <5° percentile
2. Calo ponderale acuto  $\geq 10\%$  del peso corporeo (sospetto comunque e degno di attenzione e di monitoraggio, soprattutto nei bambini piccoli, il mancato incremento ovvero l'arresto dell'accrescimento ponderale ovvero il calo ponderale acuto o cronico di qualsiasi entità)
3. Elementi dell'esame obiettivo suggestivi per distrofia (ipotrofia muscolare, pallore cutaneo e delle mucose, riduzione o scomparsa del pannicolo adiposo, addome scavato o globoso, secchezza o succulenza della cute, alterazione degli annessi cutanei, verticalizzazione delle pliche cutanee)

#### B) Occorre inoltre valutare se presenti i seguenti dati anamnestici

1. Aumento delle richieste metaboliche ed energetiche per la patologia primitiva e per eventi recenti o in fieri (febbre, sepsi, trauma, ustione, chirurgia maggiore, etc)
2. Aumentate perdite (vomito e diarrea cronica)
3. Ridotta capacità di deglutire
4. Documentato insufficiente apporto alimentare (iporessia cronica, rifiuto assunzione degli alimenti)

Da: *Indici e standard da utilizzare per lo screening nutrizionale nell'Istituto Giannina Gaslini*  
(Prt interno - revisione 09/2010).