



Regione Lombardia

DECRETO N. 12029

Del 03/09/2025

Identificativo Atto n. 824

DIREZIONE GENERALE WELFARE

Oggetto

APPROVAZIONE DEGLI "INDIRIZZI REGIONALI PER L'EFFETTUAZIONE DELLO SCREENING NUTRIZIONALE E LA GESTIONE DEL RISCHIO DI MALNUTRIZIONE"

L'atto si compone di 58 pagine di cui
53 pagine di allegati parte integrante



Regione Lombardia

IL DIRETTORE GENERALE DELLA DG WELFARE

VISTI:

- il Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera";
- il Decreto Ministeriale 23 maggio 2022, n. 77 *"Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale."*;

RICHIAMATI:

- L'Accordo Stato-Regioni N° 222/CSR del 24/11/2016 "Valutazione delle criticità nazionali in ambito nutrizionale e strategie d'intervento 2016/2019";
- L'Accordo Stato-Regioni N° 224/CSR del 14/12/2017 "Linee di indirizzo sui percorsi nutrizionali nei pazienti oncologici";
- La DCR n. XI/2395 del 15 febbraio 2022 "Piano Regionale di Prevenzione 2021 – 2025, ai sensi delle Intese Stato – Regioni del 6 agosto 2020 e del 5 maggio 2021", che al "Programma Libero 12 – Nutrire la salute", all'interno dell'Azione di equity, prevede obiettivi volti ad aumentare la consapevolezza dei soggetti fragili sulla qualità nutrizionale degli alimenti consumati e il consumo da parte degli stessi di alimenti adeguati sotto l'aspetto nutrizionale";
- La DGR X/1765 del 08/05/2014 "Il sistema dei controlli in ambito sociosanitario: definizione degli indicatori di appropriatezza in attuazione della DGR X/1185 del 20/12/2013", con la quale sono stati approvati i controlli di appropriatezza per le unità d'offerta sociosanitarie e i relativi indicatori di appropriatezza, che costituiscono gli elementi minimi di base da cui non è possibile prescindere nell'ambito del processo assistenziale;
- La DGR N° XI/6867 del 02/08/2022 "Determinazioni in ordine all'assistenza domiciliare integrata in attuazione dell'intesa del 4 agosto 2021 di approvazione dei requisiti di esercizio e accreditamento dell'ADI, nell'ambito della cornice programmatica costituita dalla missione 6 del PNRR, dal DM 77 del 23 maggio 2022 recante "Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale", dal DM 29 aprile 2022 di approvazione delle linee guida organizzative contenenti il «modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare» e nel più generale



Regione Lombardia

quadro del potenziamento della sanità territoriale disposto con L.R. 22/2021”;

- La DGR N° XII/1812 del 29/01/2024 “Attivazione del Percorso di Screening Nutrizionale nelle Strutture del SSR e Domiciliare”;
- La DGR N° XII/3720 del 30/12/2024 “Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2025”, e, in particolare:
 - ✓ l'Allegato 2, nel quale si prevede l'attivazione da parte dei Servizi Igiene Alimenti e Nutrizione - SIAN delle ATS delle *site visits* presso ASST/IRCCS pubblici e le strutture di ricovero private accreditate a contratto per la verifica dell'implementazione dello screening nutrizionale e del conseguente percorso di presa in carico dei pazienti risultati a rischio;

RICHIAMATI altresì:

- Il Decreto DGW n. 14274 del 25/10/2021 “Determinazioni In Merito Alla Nutrizione Artificiale Domiciliare (NAD) Approvazione del Documento di Percorso Assistenziale Condiviso”;
- Il Decreto DGW n. 18020 del 22/12/2021 “Istituzione del Tavolo tecnico Regionale sulla Sicurezza Nutrizionale (TaRSiN) in applicazione dell'Accordo Stato-Regioni “Valutazione delle criticità nazionali in ambito nutrizionale e strategie d'intervento 2016/2019” e del Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025”;
- Il Decreto DGW n. 14890 del 18/10/2022 “Reti clinico assistenziali ed organizzative - nomina dei componenti dell'organismo di coordinamento e approvazione del piano di rete della Rete Regionale della Nutrizione Clinica”;
- Il Decreto DGW n.15098 del 06/10/2023 “Nomina dei componenti del Tavolo tecnico Regionale sulla Sicurezza Nutrizionale (TaRSiN) di cui al decreto n. 18020 del 22/12/2021”;

CONSIDERATA la necessità

- di stabilire modalità regionali di implementazione uniforme a livello regionale della citata DGR N° XII/1812 del 29/01/2024, fornendo istruzioni operative per le strutture ospedaliere e per la rete territoriale e rivalutando gli strumenti di screening già proposti;
- di definire modalità omogenee di effettuazione delle *site visits* da parte dei Servizi di Igiene Alimenti e Nutrizione delle ATS, proponendo una check list regionale;



Regione Lombardia

- di individuare i TNM (Team Nutrizionale Multidisciplinare), nelle strutture ospedaliere ove non sia presente personale dedicato alla nutrizione clinica, quali attori di presa in carico per i pazienti risultati a elevato rischio di malnutrizione a seguito di screening nutrizionale;
- di prevedere l'avvio di una survey a RSA (Residenza Sanitaria Assistenziale) e CDI (Centro Diurno Integrato), finalizzata ad approfondire le modalità adottate dalle strutture per la valutazione dello stato di nutrizione e idratazione degli ospiti, nonché gli interventi attuati in presenza di situazioni valutate a rischio;

PRESO ATTO dell'istruttoria compiuta dalla Unità Organizzativa Prevenzione con il supporto della Rete regionale della Nutrizione clinica, della Unità Organizzativa Polo Territoriale, dei componenti del Tavolo tecnico Regionale sulla Sicurezza Nutrizionale (TaRSiN) e del Centro Regionale Igiene degli Alimenti e della Nutrizione presso la ATS Brianza, il cui risultato è il documento *“Indirizzi regionali per l'effettuazione dello screening nutrizionale e la gestione del rischio di malnutrizione”*;

RITENUTO pertanto di approvare il documento *“Indirizzi regionali per l'effettuazione dello screening nutrizionale e la gestione del rischio di malnutrizione”*, di cui all'allegato A, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

VISTE:

- la Legge Regionale 30 dicembre 2009, n. 33 “Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità” e s.m.i;
- la Legge Regionale 1° febbraio 2012, n. 1 “Riordino normativo in materia di procedimento amministrativo, diritto di accesso ai documenti amministrativi, semplificazione amministrativa, potere sostitutivo e potestà sanzionatoria” e s.m.i;
- la Legge Regionale 20/2008 nonché i provvedimenti organizzativi della XII Legislatura ed in particolare la D.G.R. XII/3503 del 02/12/2024 che ha affidato al Dr. Mario Melazzini l'incarico di Direttore della Direzione generale Welfare;

DECRETA



Regione Lombardia

1. **di approvare** il documento *“Indirizzi regionali per l'effettuazione dello screening nutrizionale e la gestione del rischio di malnutrizione”*, di cui all'allegato A parte integrante e sostanziale del presente atto;
2. **di demandare** alle competenti strutture del SSR l'attuazione delle disposizioni previste dal documento regionale di cui al punto 1;
3. **di dare mandato** alla Unità Organizzativa Polo Territoriale di predisporre una survey a RSA e CDI, finalizzata ad approfondire le modalità adottate dalle strutture per la valutazione dello stato di nutrizione e idratazione degli ospiti, nonché gli interventi attuati in presenza di situazioni valutate a rischio;
4. **di dare atto** che il presente provvedimento non comporta oneri a carico del bilancio regionale;
5. **di disporre** la pubblicazione del presente atto sul Bollettino Ufficiale di Regione Lombardia (BURL) e sul Portale istituzionale della Regione Lombardia;
6. **di attestare** che il presente atto non è soggetto agli obblighi di pubblicazione di cui agli artt. 26 e 27 del D.Lgs n. 33/2013.

Il Direttore Generale
MARIO GIOVANNI MELAZZINI

Atto firmato digitalmente ai sensi delle vigenti disposizioni di legge.

INDIRIZZI REGIONALI PER L'EFFETTUAZIONE DELLO SCREENING NUTRIZIONALE E LA GESTIONE DEL RISCHIO DI MALNUTRIZIONE

Rev	Data di approvazione	Descrizione delle modifiche	Gruppo di Lavoro	Referente Gruppo di lavoro
0	31/07/2025	Prima emissione: Decreto 2025	Emanuela Ammoni, Enrico Burato, Riccardo Caccialanza, Danilo Cereda, Antonio Colaiani, Ettore Corradi, Raffaella Marra, Annalisa Mascheroni, Vincenzo Navobi Porrello, Clara Sabatini I professionisti della nutrizione delle SC IAN Lombardi: Rossella Lamera, Cristina Bianchi, Chiara Passeri, Daniele Nucci, Maria Villa, Nicoletta Romano, Marcello Tirani, Manuela Milani, Chiara Caglioti, Sabrina Scelfo, Maria Antonietta Bianchi, Giuseppe Del Bene, Sara Frigerio, Clara Gasparri, Chiara Marelli, Maria Teresa Gussoni, Armanda Frassinetti, Ornella Delfrate, Ludovico Grimoldi, Narciso Cazzato, Francesca Taboni, Nicole Moretta, Linda Mantia, Cristina Baggio, Greta Domeneghini, Rosaria Bosio, Michela Mirelli, Maria Chiara Bassi, Annalisa Zecca	Sara Piccinelli

Sommario

1.	INTRODUZIONE	3
2.	SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE	3
3.	ACRONIMI, SIGLE, ABBREVIAZIONI	4
4.	TEST DI SCREENING	5
5.	RILEVAZIONE MISURE ANTROPOMETRICHE E CALCOLO BMI	5
6.	ISTRUZIONI OPERATIVE PER LE STRUTTURE OSPEDALIERE	6
6.1	CAMPO E MODALITÀ DI APPLICAZIONE	6
6.2	PAZIENTI ADULTI (> 18 ANNI)	8
	MUST	8
	NRS2002	10
6.3	PAZIENTI PEDIATRICI (1 MESE – 17 ANNI)	11
	STRONG _{KIDS}	11
6.4	INTERVENTI ASSISTENZIALI PER MIGLIORARE GLI INTROITI ALIMENTARI DEL PAZIENTE A RISCHIO MEDIO DI MALNUTRIZIONE	12
7.	ISTRUZIONI OPERATIVE PER RETE TERRITORIALE	12
7.1	CAMPO E MODALITÀ DI APPLICAZIONE	12
7.2	C-DOM	13
	MUST PER C-DOM	14
7.3	RSA e CDI	14
	MNA Mini Nutritional Assessment	15
8.	FORMAZIONE E COMPETENZE	16
9.	MONITORAGGIO E INDICATORI	17
10.	RIFERIMENTI	18
11.	BIBLIOGRAFIA	19
12.	ALLEGATI	20
	ALLEGATO 1: MUST e gestione del rischio in struttura ospedaliera	21
	ALLEGATO 2: NRS 2002 - “Nutritional risk screening 2002”	22
	ALLEGATO 3: STRONGKIDS (1 mese – 17 anni) e gestione del rischio	24
	ALLEGATO 4: Mini Nutritional Assessment	25
	ALLEGATO 5: MUST per C-DOM	26
	ALLEGATO 6: Misure alternative per la rilevazione dei parametri antropometrici	27
	ALLEGATO 7: Tabella score BMI	28
	ALLEGATO 8: MUAC	29
	ALLEGATO 9: Scheda di valutazione dell'assunzione dei pasti	30
	ALLEGATO 10: Opuscolo “LA GESTIONE NUTRIZIONALE DOPO IL RICOVERO”	34
	ALLEGATO 11: Check list	35
	ALLEGATO 12: Tabelle Responsabilità	40
	ALLEGATO 13: Alimentazione e malnutrizione: consigli utili	42

1. INTRODUZIONE

Lo stato di nutrizione di un individuo, inteso quale la risultante del complesso rapporto tra fabbisogni nutrizionali, assunzione e utilizzo di nutrienti essenziali, è uno degli indicatori più significativi del suo stato di salute.

La malnutrizione per difetto è un problema rilevante di salute pubblica, spesso non diagnosticato e non trattato. Il 40%-50% dei pazienti presentano un quadro di malnutrizione al momento del ricovero in Ospedale e un terzo dei pazienti normonutriti potrebbe diventare malnutrito durante la degenza. Le Evidenze Scientifiche, nazionali e internazionali, definiscono la malnutrizione una “malattia nella malattia” in grado di condizionare la prognosi del paziente incrementando il rischio di morbidità e mortalità, con ricadute negative sui tempi di degenza e l’innalzamento dei costi.

Lo Screening Nutrizionale è uno strumento di valutazione essenziale del rischio nutrizionale, indispensabile a garantire un supporto nutrizionale tempestivo e appropriato a soggetti fragili in tutte le strutture sanitarie, sociosanitarie e in assistenza domiciliare partendo dalla ristorazione ospedaliera /assistenziale che deve prevedere per i pazienti a medio/alto rischio una dieta ad elevata densità energetica e proteica.

2. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

Il presente documento, in ottemperanza alla DGR di Regione Lombardia N° XII/1812 del 29/01/2024, definisce le linee di indirizzo regionali relative alle modalità di attivazione del percorso di screening nutrizionale con la finalità di ottimizzare la gestione del rischio clinico delle sindromi da malnutrizione nei pazienti ricoverati e assistiti sul territorio lombardo, sia in ambito ospedaliero che territoriale.

Tali linee di indirizzo hanno lo scopo di illustrare le modalità operative che gli operatori sanitari coinvolti dovrebbero adottare, in un’ottica di collaborazione multidisciplinare e approccio integrato per la valutazione del rischio nutrizionale e per garantire il supporto nutrizionale tempestivo e appropriato ai soggetti individuati come fragili.

3. ACRONIMI, SIGLE, ABBREVIAZIONI

ASST	Azienda Socio-Sanitaria Territoriale
ATS	Agenzia di Tutela della Salute
BMI/IMC	Body Mass Index/Indice di Massa Corporea
BPCO	Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva
CDI	Centro Diurno Integrato
C-DOM	Cure Domiciliari ex ADI
CV	Catetere Vescicale
DGR	Delibera di Giunta Regionale
FASAS	Fascicolo Socio-Assistenziale Sanitario
IAN	Igiene degli Alimenti e della Nutrizione
MAC	Macroattività Ambulatoriale Complessa
MMG	Medici di Medicina Generale
MNA	Mini Nutritional Assessment
MUAC	Mid Upper Arm Circumference (circonferenza media del braccio)
MUST	Malnutrition Universal Screening Tool
NAD	Nutrizione Artificiale Domiciliare
NRS 2002	Nutritional Risk Screening 2002
ONS	Supplementi Nutrizionali Orali
OSS	Operatore Socio-Sanitario
PAI	Piano di Assistenza Individuale
PLS	Pediatri di Libera Scelta
SC/SS	Struttura Complessa/Struttura Semplice
RACI	Responsible, Accountable, Consulted, Informed
RSA	Residenza Sanitaria Assistenziale
STRONG _{KIDS}	Screening Tool Risk on Nutritional Status and Growth
TNM	Team Nutrizionale Multidisciplinare
UdO	Unità di Offerta
UVM	Unità di Valutazione Multidimensionale

4. TEST DI SCREENING

La valutazione del rischio nutrizionale deve essere effettuata tramite la compilazione di uno dei seguenti test di screening scientificamente validati, che prevedono la misurazione del peso corporeo e dell'altezza:

- *MUST Malnutrition Universal Screening Tool* (versioni adattate dalla Rete Regionale di Nutrizione clinica in allegati 1 e 5)
- *NRS2002 Nutritional Risk Screening 2002* (versione adattata in allegato 2) utilizzabile in maniera intercambiabile con il *MUST* per il paziente adulto;
- *STRONG_{kids}* (versione adattata in allegato 3) da utilizzare in pazienti di età fra 1 mese e 17 anni;
- *MNA Mini Nutritional Assessment* da utilizzare preferibilmente nel paziente anziano in ambito sociosanitario (allegato 4).

È ammissibile che in ciascuna realtà assistenziale si possa utilizzare uno dei test sopraelencati adatti alla categoria di paziente considerata.

Il test di screening nutrizionale può essere somministrato, a seconda di ciascuna realtà, da un medico, infermiere, assistente sanitario, dietista, ostetrico o altra figura sanitaria con adeguata formazione in tema di nutrizione.

Si precisa che in caso di necessità di attivazione NAD gli strumenti presenti sulla piattaforma regionale sono esclusivamente i test: *MUST*, *NRS2002* e *STRONG_{kids}*.

5. RILEVAZIONE MISURE ANTROPOMETRICHE E CALCOLO BMI

Peso corporeo (Kg)

- Il peso deve essere rilevato senza vestiti, senza scarpe, a digiuno, senza ausili per l'incontinenza e dopo che il paziente abbia urinato; se è portatore di CV la sacca deve essere vuota;
- Usare una bilancia tarata periodicamente, tenere il paziente in stazione eretta e assicurarsi che misuri zero in assenza del soggetto;
- Quando non è possibile rilevare il peso del soggetto, si possono utilizzare le misure/stime alternative (allegato 6) oppure un peso recentemente documentato e in ultima analisi, il dato riferito (dal paziente o dai parenti).

Altezza (m)

- Utilizzare un metro rigido (stadiometro);

- il paziente deve essere senza scarpe, in posizione eretta con i piedi ben appoggiati al piano, le gambe e i talloni uniti e poggiati contro il metro/parete. Assicurarsi che il soggetto guardi dritto davanti a sé e abbassare la barra orizzontale fino a farle toccare il vertice della testa;
- Se l'altezza non può essere misurata, è possibile utilizzare la lunghezza dell'ulna per stimarla (allegato 6).

Calcolo del Body Mass Index (BMI)

- Il BMI è calcolato usando la seguente equazione (allegato 7):
$$\text{BMI} = \frac{\text{Peso (kg)}}{\text{Altezza (m)}^2}$$
- Nel caso in cui non sia possibile misurare peso e altezza della persona è possibile utilizzare la misura della circonferenza media del braccio (MUAC) e l'associazione al BMI come indicato nell'allegato 8.

6. ISTRUZIONI OPERATIVE PER LE STRUTTURE OSPEDALIERE

6.1 CAMPO E MODALITÀ DI APPLICAZIONE

L'applicazione dello screening nutrizionale è prevista per **tutti i pazienti in regime di ricovero ordinario**, come da DGR N°XII/1812, entro le prime 48 ore dall'ingresso.

Si consiglia, inoltre, l'utilizzo del test di screening nutrizionale come strumento per la valutazione nutrizionale dei pazienti afferenti alle attività onco-ematologiche MAC/Day Hospital, nei limiti delle capacità organizzative delle strutture erogatrici.

Gli step previsti sono i seguenti:

- 1) Esecuzione e registrazione in cartella clinica del test di screening nutrizionale (allegati 1, 2, 3, 4) e del risultato ottenuto per l'individuazione dei pazienti malnutriti o a rischio di malnutrizione;
- 2) Attivazione di interventi mirati al miglioramento dello status nutrizionale del paziente a seconda del punteggio del test di screening; tali interventi dovranno essere registrati nella documentazione sanitaria;
- 3) L'esecuzione e il risultato del test di screening devono essere riportati in lettera di dimissione;
- 4) In caso di punteggio che evidenzia un rischio elevato: richiesta di consulenza alla Nutrizione Clinica, o in assenza di questa al Team Nutrizionale Multidisciplinare (TNM) istituito con Decreto della DG Welfare Regione Lombardia N° 14274 del 25/10/2021 per impostare una terapia nutrizionale adeguata che andrà riportata in cartella clinica.

Per le seguenti condizioni cliniche, indipendentemente dall'esito del test di screening utilizzato (allegati 1, 2, 3, 4) sia per pazienti adulti che pediatrici, è indicato effettuare sempre una richiesta di consulenza alla Nutrizione clinica, o in assenza di questa al Team Nutrizionale Multidisciplinare (TNM):

- a. Disfagia completa;
- b. Necessità di Nutrizione Enterale;
- c. Necessità di Nutrizione Parenterale;
- d. Patologie che richiedono terapia e monitoraggio nutrizionale;
- e. Necessità di prescrizione di Nutrizione Artificiale a domicilio;
- f. Paziente già in Nutrizione Artificiale (portatore di sondino nasogastrico, PEG ecc.).

Per i pazienti che necessitano di proseguire il trattamento nutrizionale artificiale anche al domicilio, la Nutrizione Clinica/TNM predispone la prescrizione NAD prima della dimissione ospedaliera, tramite apposita modulistica regionale o attraverso piattaforma digitalizzata.

Si escludono dall'effettuazione dello screening nutrizionale:

- i pazienti ricoverati nelle SC/SS di Neonatologia, Terapia Intensiva, Cure Palliative compresi quelli in fine vita;
- i pazienti ricoverati per interventi di Chirurgia Bariatrica;
- i pazienti afferenti alle SS/SC di Dietetica e Nutrizione Clinica e ai centri dedicati alla cura dei pazienti con Disturbi della Nutrizione e Alimentazione.

Queste categorie di pazienti richiedono un'attenzione nutrizionale altamente specializzata e individualizzata, specifica per le loro peculiari condizioni fisiopatologiche. Pertanto, l'approccio standardizzato dello screening nutrizionale non risulta adeguato a rispondere ai loro bisogni complessi e in rapida evoluzione.

Meritatamente ai pazienti ricoverati in Terapia Semintensiva/ Subintensiva deve essere prevista l'effettuazione dello screening.

Inoltre, esclusivamente per i **reparti pediatrici**, dove già prevista una valutazione auxologica o una presa in carico dietetica documentate in cartella clinica (come ad esempio curve di crescita, anamnesi alimentare, piano dietetico personalizzato), la compilazione del test di screening può non essere effettuata purché definito in procedura operativa interna.

Per la valutazione dello stato nutrizionale delle **pazienti gravide** ricoverate in ospedale, le strutture possono richiedere una consulenza nutrizionale qualora il BMI sia inferiore a 18,5 kg/m² al momento del concepimento o non si presenti il fisiologico incremento di peso (Tabella 1) alle visite ginecologiche in corso di gravidanza.

Tabella 1. Raccomandazioni dell'incremento ponderale in gravidanza secondo le categorie di BMI pregravidico (IOM) (III B)2

CATEGORIA DI BMI PREGRAVIDICO (Kg/m ²)	INCREMENTO PONDERALE A TERMINE DI GRAVIDANZA (Kg)	AUMENTO DI PESO nel 2° e 3° trimestre media (intervallo) in g /settimana
Sottopeso (BMI < 18.5)	12.5 – 18	510 (440 – 580)
Normopeso (BMI 18.5 – 24.9)	11.5 – 16	420 (350 – 500)
Sovrappeso (BMI 25 – 29.9)	7 – 11.5	280 (230 – 330)
Obesità (BMI ≥ 30)	5 – 9	220 (170 – 270)

Ai pazienti risultati a rischio nutrizionale a seguito della compilazione del test di screening, ma **dimessi entro 72 ore dal ricovero o comunque prima della presa in carico nutrizionale**, dovranno essere specificate le indicazioni per il curante e i parametri antropometrici rilevati durante la degenza in lettera di dimissione e rilasciate ai pazienti ulteriori indicazioni per la successiva presa in carico come ad esempio:

- rilascio di impegnativa per visita specialistica dietologica e/o invio a valutazione dietetica a seconda della condizione clinica;
- rilascio di materiale informativo con le indicazioni di accesso per la presa in carico previa valutazione da parte del Medico di Medicina Generale di riferimento (allegato 10: Opuscolo “La gestione nutrizionale dopo il ricovero” esempio da adattare alle specificità di ciascuna struttura).

6.2 PAZIENTI ADULTI (> 18 ANNI)

Lo screening nutrizionale viene effettuato mediante la compilazione dei test MUST (allegato 1) o NRS2002 (allegato 2) durante la valutazione entro 48 ore dall'ingresso in reparto. Fermo restando la possibilità di utilizzare altri test validati scientificamente per la categoria di paziente considerata come MNA (allegato 4).

MUST

Il MUST Malnutrition Universal Screening Tool (allegato 1) si compone delle seguenti fasi:

1. Rilevazione dati antropometrici (vedere capitolo e allegato 7).

2. Valutazione del calo ponderale involontario negli ultimi 6 mesi

- Accertare se c'è stato un calo ponderale involontario negli ultimi 6 mesi ed in caso affermativo, di che entità (ricavando eventuali informazioni dalla documentazione clinica o anche dai caregiver).
- Calcolare la percentuale di perdita di peso attraverso la formula:

$$\text{Calo ponderale (\%)} = \frac{\text{peso abituale (kg)} - \text{peso attuale (kg)}}{\text{peso abituale (kg)}} \times 100$$

In base alla percentuale di calo ponderale ottenuta, viene assegnato il punteggio 0,1,2.

3. Attribuzione del punteggio per gli effetti della patologia acuta

In base alla valutazione della gravità della malattia [paziente ricoverato in terapia intensiva, se ha subito traumi, ustioni, fratture, interventi di chirurgia maggiore, se ha polmonite grave, sepsi o lesioni da decubito o soffre di complicanze acute in corso di malattia cronica (Cirrosi, Diabete, BPCO, IRC, Dialisi)] e/o alla presumibile difficoltà di alimentazione per un periodo maggiore di 5 giorni si può attribuire un punteggio per il calcolo del rischio di malnutrizione (+2 punti).

4. Calcolo del punteggio di rischio complessivo di malnutrizione

Dopo aver considerato tutte le fasi (1 + 2 + 3) si sommano i punteggi attribuendo così il rischio complessivo di malnutrizione (0 = BASSO; 1 = MEDIO; ≥ 2 = ALTO).

5. Gestione ed impostazione di interventi di cura adeguati al rischio di malnutrizione individuato

A seguire si mostra una **proposta** di piano di intervento diversificato a seconda del grado di rischio di malnutrizione rilevato, riportata anche nell'allegato 1, da poter adottare al fine di ottimizzare l'utilizzo delle risorse aziendali:

Punteggio	Grado di rischio	Gestione del paziente
0	Basso Rischio	Assistenza routinaria Ripetere lo screening settimanalmente
1	Medio Rischio	Osservare e documentare l'introito nutrizionale per 3 giorni mediante scheda di valutazione assunzione pasti (allegato 9): - Se l'introito nutrizionale è adeguato ripetere lo screening settimanalmente; - Se l'introito nutrizionale è inadeguato: - Interventi assistenziali per migliorare gli introiti alimentari del paziente come da dietetico ospedaliero; - Se non sufficiente l'integrazione con alimenti prevedere, previa valutazione con il Medico di Reparto, la somministrazione di ONS, il monitoraggio successivo ed eventuale richiesta di consulenza alla Nutrizione Clinica/TNM.
≥ 2	Alto Rischio	SE < 4 Seguire le indicazioni come per Rischio Medio. SE ≥ 4 Richiesta di consulenza alla Nutrizione clinica, o in assenza di questa al Team Nutrizionale Multidisciplinare (TNM), per valutazione e individuazione della terapia nutrizionale appropriata. Considerare la prescrizione di ONS nell'attesa di conferma dello stato clinico del paziente.

NRS2002

Il NRS Nutritional Risk Screening 2002 (allegato 2) si compone delle seguenti fasi:

1. **Rilevazione e/o stima di BMI**, calo ponderale ed eventuale riduzione degli introiti alimentari, rispondendo a 4 domande in modo affermativo o negativo.
 - i. Il BMI (kg/m^2) è < 20.5 ? In caso di peso non rilevabile: se MUAC < 23.5 cm, il BMI stimato è inferiore a 20 kg/m^2 (allegato 8).
 - ii. Il paziente ha perso peso involontariamente negli ultimi 3 mesi?
 - iii. Il paziente ha ridotto l'alimentazione nell'ultima settimana (non intenzionalmente per perdere peso)?
 - iv. Il paziente è ricoverato in Terapia Intensiva?

Se tutte le risposte sono negative la valutazione è terminata.

2. Valutazione stato nutrizionale (A) e patologia (B)

Se almeno una delle risposte è positiva, è necessario proseguire dando un punteggio al calo ponderale e/o agli introiti alimentari assunti (A) e un punteggio alla gravità della patologia (B).

3. Valutazione del grado di rischio e presa in carico

Il calcolo del punteggio di rischio complessivo di malnutrizione secondo NRS-2002 prevede la somma dei punteggi delle sezioni A e B del test. Per un punteggio totale < 3 il paziente non è considerato a rischio malnutrizione; per un punteggio ≥ 3 il paziente è considerato a rischio malnutrizione.

A seguire si mostra una **proposta** di valutazione del grado di rischio del paziente e di piano di intervento diversificato a seconda del grado di rischio di malnutrizione rilevato da poter adottare al fine di ottimizzare l'utilizzo delle risorse aziendali:

Punteggio (A+B)	Grado di rischio		Gestione del paziente
< 3	Paziente non a rischio		Assistenza routinaria. Ripetere lo screening settimanalmente.
≥ 3	Paziente a rischio	3 - 4 Medio rischio	a. Intervento di osservazione e monitoraggio, da parte del personale di reparto, attraverso la valutazione degli introiti alimentari con scheda apposita per 3 giorni (allegato 9); b. Interventi assistenziali per migliorare gli introiti alimentari del paziente come da dietetico ospedaliero; c. Se non sufficiente l'integrazione con alimenti prevedere, previa valutazione con il Medico di Reparto, la somministrazione di ONS, il monitoraggio successivo ed eventuale richiesta di consulenza alla Nutrizione Clinica/TNM.
		≥ 5 Alto rischio	Richiesta di consulenza alla Nutrizione clinica, o in assenza di questa al Team Nutrizionale Multidisciplinare (TNM), per valutazione e individuazione della terapia nutrizionale appropriata. Considerare la prescrizione di ONS nell'attesa di conferma dello stato clinico del paziente.

In caso di utilizzo del MNA (Mini Nutritional Assessment) - Allegato 4), si rimanda al capitolo 7 del presente documento, sezione MNA.

6.3 PAZIENTI PEDIATRICI (1 MESE – 17 ANNI)

Lo screening nutrizionale viene effettuato dal personale di reparto entro 48 ore dall'ingresso in reparto mediante la compilazione del test STRONG_{KIDS} (allegato 3).

STRONG_{KIDS}

1. Istruzioni per compilazione

Il test STRONGkids si compila rispondendo Sì o No a quattro domande, assegnando i punteggi indicati (2 punti per la prima domanda, 1 punto per le altre). La prima domanda valuta la presenza di patologie a rischio nutrizionale o interventi chirurgici maggiori; la seconda verifica segni clinici di malnutrizione; la terza indaga condizioni specifiche che possono portare a un ridotto intake alimentare; la quarta valuta perdita di peso o ritardo di crescita. Sommando i punti si ottiene il punteggio totale, che classifica il rischio nutrizionale in basso (0), moderato (1-3) o alto (4-5).

2. Gestione ed impostazione interventi di cura adeguati al rischio di malnutrizione individuato

A seguire si mostra una **proposta** di piano di intervento diversificato a seconda del grado di rischio di malnutrizione rilevato dal test STRONG_{KIDS}:

Punteggio	Grado di rischio	Gestione del paziente
0	Basso rischio	Nessun intervento nutrizionale necessario. Controllare il peso regolarmente e fare una rivalutazione settimanale del paziente.
1-2-3	Medio rischio	Controllo del peso due volte alla settimana. • Se mantenimento del peso: ripetere lo screening settimanalmente; • Interventi assistenziali per migliorare gli introiti alimentari del paziente e, previa valutazione con il pediatra, richiesta e somministrazione di ONS con monitoraggio successivo; • Se calo ponderale: <u>richiesta di consulenza</u> alla Nutrizione clinica, o in assenza di questa al Team Nutrizionale Multidisciplinare (TNM), per individuazione della terapia nutrizionale appropriata.
4-5	Alto rischio	<u>Richiesta di consulenza</u> alla Nutrizione clinica, o in assenza di questa al Team Nutrizionale Multidisciplinare (TNM), per individuazione della terapia nutrizionale appropriata. Considerare la prescrizione di ONS nell'attesa di conferma dello stato clinico del paziente.

6.4 INTERVENTI ASSISTENZIALI PER MIGLIORARE GLI INTROITI ALIMENTARI DEL PAZIENTE A RISCHIO MEDIO DI MALNUTRIZIONE

Di seguito si suggeriscono alcune azioni per migliorare lo stato nutrizionale del paziente:

- Supportare l'assistenza ai pasti mediante verifica delle condizioni del paziente: stato di coscienza, autonomia nell'assunzione del pasto, mobilitazione adeguata, valutazione capacità di masticazione e deglutizione ed eventuale modifica della consistenza della dieta;
- Prendere in considerazione la possibilità di un supporto da parte del caregiver, previa adeguata sensibilizzazione, qualora necessario;
- Prevedere la richiesta di diete ad elevata densità energetica e proteica (pasti fortificati) attraverso la fornitura di integrazioni e spuntini aggiuntivi secondo le modalità previste dal Dietetico Ospedaliero;
- Prevedere la richiesta di ONS alla Nutrizione clinica /TNM, se non sufficiente l'integrazione con alimenti; i reparti pediatrici possono eventualmente gestire la supplementazione orale in autonomia.

7. ISTRUZIONI OPERATIVE PER RETE TERRITORIALE

7.1 CAMPO E MODALITÀ DI APPLICAZIONE

Per quanto riguarda l'effettuazione dello screening nutrizionale per gli assistiti delle Unità di Offerta Sociosanitarie si richiama la DGR N° X/1765 del 08/05/2014 che prevede che la valutazione dello stato nutrizionale e dell'apporto idrico sia effettuata al momento dell'inserimento della persona in struttura (in particolare per RSA e CDI), integrata con la DGR N°XII/3720 del 30/12/2024 che in linea con la DGR N°XII/1812 inserisce negli indicatori di appropriatezza per C-DOM (ex ADI, DGR N°XI/6867 del 02/08/2022) l'effettuazione dello screening nutrizionale.

La somministrazione del test di screening nutrizionale è prevista dunque per tutti gli assistiti in C-DOM, in RSA e CDI.

Inoltre, le ASST devono attivare dei corsi di formazione per gli MMG e PLS dedicati alla conoscenza e al possibile utilizzo dei test di screening nutrizionale come strumento di valutazione della malnutrizione nei propri pazienti anziani e/o fragili con condizioni di rischio, come ad esempio: pregresso ricovero in terapia intensiva, pazienti post-intervento di chirurgia maggiore, pazienti oncologici, pazienti polipatologici, pazienti neurologici.

Gli step previsti sono i seguenti:

- 1) Esecuzione e documentazione del test di screening nutrizionale (allegati 2 – 3 – 4 – 5 a seconda della tipologia di paziente/setting) e del risultato ottenuto per l'individuazione dei pazienti malnutriti o a rischio di malnutrizione;
- 2) Attivazione di interventi mirati al miglioramento dello status nutrizionale del paziente a seconda del punteggio del test di screening; tali interventi dovranno essere registrati nella documentazione sanitaria;
- 3) In caso di punteggio che evidenzia un rischio elevato: richiesta di consulenza specialistica per impostare una terapia nutrizionale adeguata.

Si escludono dall'effettuazione dello screening nutrizionale i pazienti in fine vita e cure palliative.

7.2 C-DOM

Con DGR N°XII/3720 del 30/12/2024 in Appendice 7 si inserisce la valutazione nutrizionale come indicatore di appropriatezza per le C-DOM alla data della presa in carico dei nuovi utenti o al cambiamento delle condizioni dell'utente.

Il test può essere compilato dall'operatore sanitario e registrato nel fascicolo sociosanitario assistenziale (FASAS) all'interno della raccolta di informazioni di natura assistenziale per eventuali azioni o interventi conseguenti.

In caso di evidenza di rischio nutrizionale secondo test di screening utilizzato, l'operatore procede secondo schema già previsto in DGR N°XI/6867 del 02/08/2022, ovvero tramite segnalazione al MMG e all'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) dell'ASST che procede:

- In caso di **rischio medio**: alla rivalutazione e alla successiva revisione del progetto individuale da cui deriva il Piano di Assistenza Individuale (PAI);
- In caso di **rischio elevato**: le ASST territorialmente competenti devono attivare dei percorsi di presa in carico in ambito territoriale dedicati ai pazienti in C-DOM. A tal fine, si raccomanda lo sviluppo di percorsi che prevedano l'inserimento dello screening nutrizionale nell'ambito dell'UVM con l'integrazione territoriale della Nutrizione Clinica e dei suoi professionisti attraverso:
 - la presenza di Medico Nutrizionista (anche mediante l'attivazione dei servizi di telemedicina) in affiancamento alle attività del MMG/PLS;
 - la presenza di Dietisti all'interno delle Case della Comunità, che supportino MMG e PLS nella valutazione del paziente e nella presa in carico dei pazienti a rischio nutrizionale.

MUST PER C-DOM

In allegato 5 si propone un adattamento del MUST con proposta di gestione del rischio nutrizionale da utilizzare per le rilevazioni da effettuare sugli utenti a domicilio.

1. **Istruzioni di compilazione** (seguire le istruzioni al capitolo 6.2 per il MUST)
2. **Gestione ed impostazione di interventi di cura adeguati al rischio di malnutrizione individuato**

A seguire si mostra una **proposta** di piano di intervento diversificato a seconda del grado di rischio di malnutrizione rilevato, riportata anche nell'allegato 5, da poter adottare al fine di ottimizzare l'utilizzo delle risorse aziendali:

Punteggio	Grado di rischio	Gestione del paziente
0	Basso Rischio	Assistenza routinaria - Ripetere lo screening in caso di variazioni cliniche
1	Medio Rischio	a. Intervento di monitoraggio da parte dell'operatore sanitario attraverso: controllo dei parametri antropometrici 1 volta al mese, monitoraggio delle situazioni in cui si verifica digiuno (tramite intervista al paziente e/o ai caregiver) e delle variazioni della condizione clinica; b. Quando possibile, effettuare sensibilizzazione e coinvolgimento del caregiver nell'attività di monitoraggio dell'intake; c. Diffusione di consigli nutrizionali per un'alimentazione fortificata nelle differenti situazioni cliniche (allegato 13); d. Segnalazione a MMG e UVM; e. Previa valutazione con MMG, richiesta e somministrazione di ONS con monitoraggio successivo.
≥ 2	Alto Rischio	SE < 4 Seguire le indicazioni come per Rischio Medio. SE ≥ 4 <u>Segnalazione a MMG e ASST per richiesta di visita specialistica</u> per individuazione della terapia nutrizionale appropriata. Considerare la prescrizione di ONS nell'attesa di conferma dello stato clinico del paziente.

7.3 RSA e CDI

In Allegato 3 della DGR N° X/1765, al capitolo 21 “*Valutazione/Monitoraggio dello Stato Nutrizionale/Idratazione*” è stabilito che la valutazione dello stato nutrizionale e dell'apporto idrico debba essere effettuata al momento dell'inserimento della persona in struttura.

La valutazione dello stato nutrizionale deve essere aggiornata ogni sei mesi o ad ogni cambiamento delle condizioni cliniche che preveda un aggiornamento del progetto individuale e del PAI.

Il monitoraggio del peso corporeo è consigliabile a cadenza mensile, osservando l'andamento nei sei mesi precedenti. Una diminuzione del 5 – 10% o dell'11 – 20% o maggiore del 20% rispetto al peso abituale, è indicativa rispettivamente di una malnutrizione lieve, moderata o grave.

Entro la fine dell'anno si prevede l'avvio di una survey a RSA e CDI, finalizzata ad approfondire le modalità adottate dalle strutture per la valutazione dello stato di nutrizione e idratazione degli ospiti, nonché gli interventi attuati in presenza di situazioni valutate a rischio.

Al termine della ricognizione, sarà avviato un percorso di formazione condiviso con le ASST, con l'obiettivo di promuovere una gestione omogenea ed efficace, nonché la definizione degli indirizzi regionali per la presa in carico dei pazienti in RSA e CDI a rischio elevato di malnutrizione a seguito di screening nutrizionale.

MNA Mini Nutritional Assessment

Si consiglia la somministrazione del MNA (allegato 4) per il paziente anziano in ambito sociosanitario. Fermo restando la possibilità di utilizzarlo anche in ambito ospedaliero o di cure domiciliari, nonché la possibilità di utilizzare il test MUST o NRS2002 anche per il paziente anziano in ambito sociosanitario.

1. Istruzioni per compilazione

Il test MNA valuta lo stato nutrizionale attraverso 18 domande suddivise in due parti.

La prima parte (6 domande, da A a F) è uno screening iniziale che assegna un punteggio da 0 a 14: un punteggio ≤ 11 indica rischio di malnutrizione.

Se il punteggio è ≤ 11 , si procede con la seconda parte (composta da 12 domande, da G a R), che aggiunge ulteriori dettagli sullo stato nutrizionale. Sommando i punteggi della seconda parte si ottiene un punteggio totale da 0 a 30.

Il punteggio totale indica il rischio di malnutrizione:

- ≥ 24 indica un buono stato nutrizionale;
- Da 17 a 23.5 indica rischio di malnutrizione
- < 17 indica malnutrizione.

2. Gestione ed impostazione interventi di cura adeguati al rischio di malnutrizione individuato

A seguire si mostra una **proposta** di piano di intervento diversificato a seconda del grado di rischio di malnutrizione rilevato:

Punteggio	Grado di rischio	Gestione del paziente
≥ 24	Buono stato nutrizionale	Nessun intervento nutrizionale necessario, controllare il peso regolarmente almeno una volta al mese. Ripetere ogni sei mesi o ad ogni cambiamento delle condizioni cliniche in unità di offerta sociosanitarie (RSA e CDI).

≥ 17 e ≤ 23.5	Medio rischio	Osservare e documentare l'introito nutrizionale per 3 giorni mediante scheda di valutazione assunzione pasti (allegato 9): • Se l'introito nutrizionale è adeguato ripetere lo screening settimanalmente; • Se l'introito nutrizionale è inadeguato: - Interventi assistenziali per migliorare gli introiti alimentari del paziente come da Dietetico RSA; - Previa valutazione con il medico curante (es. medico dell'RSA o MMG), richiesta e somministrazione di ONS con monitoraggio successivo.
< 17	Malnutrizione – alto rischio	<u>Richiesta di consulenza specialistica</u> per individuazione della terapia nutrizionale appropriata. Considerare la prescrizione di supplementi nutrizionali orali nell'attesa di conferma dello stato clinico del paziente.

8. FORMAZIONE E COMPETENZE

La formazione del personale è un punto cardine per diffondere la cultura dell'importanza dello stato di nutrizione dei pazienti e quindi il ruolo del servizio di Nutrizione Clinica e del Team Nutrizionale Multidisciplinare nonché di tutti gli operatori sanitari coinvolti.

La finalità della formazione è di sviluppare competenza ed efficacia degli operatori sanitari ognuno nei propri ruoli.

A seguire una **proposta** di suddivisione delle competenze per indirizzare la formazione aziendale in **ambito ospedaliero**:

- *Medico di reparto*: conoscenza dei test di screening e delle categorie di rischio, conoscenza del dietetico ospedaliero e degli ONS, capacità di gestione del rischio nutrizionale medio, richiesta di consulenza specialistica in caso di rischio medio/elevato, collaborazione con la Nutrizione Clinica/TNM per l'impostazione della terapia nutrizionale e per l'avvio della nutrizione artificiale domiciliare;
- *Medico pediatra di reparto*: conoscenza dei test di screening e delle categorie di rischio, conoscenza del dietetico ospedaliero e degli ONS, richiesta di consulenza specialistica in caso di rischio medio/elevato, collaborazione con la Nutrizione Clinica/TNM per l'impostazione della terapia nutrizionale e per l'avvio della nutrizione artificiale domiciliare;
- *Coordinatore Infermieristico/Ostetrico*: garanzia della corretta conservazione del materiale e delle miscele nutrizionali, supervisione e coordinamento della somministrazione del test di screening;
- *Personale infermieristico/ostetrico o altra figura sanitaria individuata*: conoscenza e somministrazione del test di screening, conoscenza delle modalità di calcolo BMI anche

attraverso misure alternative (allegati 6 – 7 – 8), monitoraggio e applicazione delle prescrizioni terapeutiche nutrizionali (nutrizione artificiale, ONS); conoscenza e applicazione del dietetico ospedaliero

- *Operatore sociosanitario*: somministrazione dei pasti, rilevazione e alla registrazione della quantità del pasto assunto (es. scheda di monitoraggio alimentare); conoscenza del dietetico ospedaliero.
- *Servizio Nutrizione Clinica e Team Nutrizionale Multidisciplinare (soprattutto in caso di assenza di servizio di Nutrizione Clinica all'interno della struttura di ricovero)*: conoscenza del test di screening e delle categorie di rischio, conoscenza del dietetico ospedaliero e degli ONS, capacità di gestione del paziente con rischio nutrizionale medio ed elevato tramite prescrizione della terapia nutrizionale più adeguata e monitoraggio della stessa, prescrizione di nutrizione artificiale domiciliare in caso di necessità di supporto nutrizionale al domicilio.

In allegato 12 si riportano, a scopo esemplificativo, le tabelle A e B che riportano, per ogni figura professionale coinvolta nella gestione del rischio clinico di malnutrizione, le specifiche attività, competenze e il grado di responsabilità.

In ambito territoriale, la formazione dovrebbe essere strutturata in modo da garantire che MMG, PLS e tutto il personale coinvolto nel percorso di C-DOM (UVM e personale C-DOM) acquisiscano competenze specifiche per identificare, prevenire e gestire il rischio nutrizionale nei pazienti, con particolare attenzione ai contesti territoriali e domiciliari.

9. MONITORAGGIO E INDICATORI

Le SC IAN delle ATS di Regione Lombardia effettuano monitoraggio della procedura relativa allo screening nutrizionale e la gestione della malnutrizione. L'attività è svolta attraverso l'ausilio di una check list (allegato 11) condivisa a livello regionale. Tale strumento può essere utilizzato dalla struttura di ricovero come sistema di autovalutazione.

A seguire si propongono degli **indicatori per autovalutazione del processo in ambito ospedaliero**:

- N° di cartelle cliniche con evidenza di test di screening nutrizionale / N° di pazienti ricoverati in regime di degenza ordinaria nei reparti in cui è prevista la somministrazione del test *100. Target obbligatorio: 100%.
- N° di cartelle cliniche con evidenza di test di screening nutrizionale **compilate entro 48 ore** dal ricovero / N° di pazienti ricoverati in regime di degenza ordinaria nei reparti in cui è prevista la somministrazione del test *100. Target desiderabile: 100%; Target accettabile: 80%.

- N° di cartelle cliniche di pazienti dimessi con evidenza di presa in carico e indicazioni dedicate in lettera di dimissione / N° di cartelle cliniche di pazienti dimessi (ricoveri ordinari) con test di screening nutrizionale compilato che evidenzia un rischio medio o elevato *100. Target desiderabile: 100%.
- Presenza di procedura aziendale dedicata allo screening nutrizionale con indicazioni relative alla gestione del paziente a rischio malnutrizione.
- Presenza del Dietetico Ospedaliero con offerta di dieta a elevata densità energetica e proteica.
- Identificazione del referente aziendale del processo e presenza di tabelle RACI o matrice di assegnazione responsabilità dedicate al processo in procedura aziendale (a scopo esemplificativo vedere allegato 12).

A seguire si propongono degli indicatori per autovalutazione del processo in **ambito Sociosanitario (RSA e CDI)**:

- Presenza del TNM dell’RSA istituito con atto dedicato;
- Presenza del Dietetico RSA, con offerta di dieta a elevata densità energetica e proteica;
- Percentuale di FASAS di utenti con test di screening nutrizionale compilato al primo PAI; Target: 100%.
- Percentuale di FASAS di utenti, valutati a rischio/stato di malnutrizione e/o di disidratazione, sottoposti a monitoraggio e/o a misure preventive/ di trattamento; Target: 100%.

A seguire si propongono degli indicatori per autovalutazione del processo in **ambito territoriale (C-DOM)**:

- Percentuale di FASAS di utenti con test di screening nutrizionale compilato dalla UVM al primo PAI e dal soggetto Gestore C-DOM dopo il primo PAI; Target: 100%.
- Percentuale di FASAS di utenti, valutati a rischio/stato di malnutrizione e/o di disidratazione, correttamente segnalati a ASST e all’MMG per la presa in carico conseguente; Target: 100%.

10. RIFERIMENTI

- Accordo Stato-Regioni N° 222/CSR del 24/11/2016: Valutazione delle criticità nazionali in ambito nutrizionale e strategie d’intervento 2016/2019
- Accordo Stato-Regioni N° 224/CSR del 14/12/2017: Linee di indirizzo sui percorsi nutrizionali nei pazienti oncologici
- Ministero della Salute - Decreto del 28/10/2021: Definizione ed aggiornamento delle «Linee di indirizzo nazionale per la ristorazione ospedaliera, assistenziale e scolastica»

- Ministero della Salute – Decreto del 23/05/2022 N° 77: Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale
- Regione Lombardia - DGR N° X/1765 Seduta del 08/05/2014: Il sistema dei controlli in ambito sociosanitario: Definizione degli indicatori di appropriatezza in attuazione della DGR X/1185 del 20/12/2013
- Regione Lombardia - DGR N° XI/6867 del 02/08/2022: Determinazioni in ordine all'assistenza domiciliare integrata in attuazione dell'intesa del 4 agosto 2021 di approvazione dei requisiti di esercizio e accreditamento dell'ADI, nell'ambito della cornice programmatica costituita dalla missione 6 del PNRR, dal DM 77 del 23 maggio 2022 recante "Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale", dal DM 29 aprile 2022 di approvazione delle linee guida organizzative contenenti il «modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare» e nel più generale quadro del potenziamento della sanità territoriale disposto con L.R. 22/2021
- Regione Lombardia - DGR N° XII/1812 Seduta del 29/01/2024: Attivazione del Percorso di Screening Nutrizionale nelle Strutture del SSR e Domiciliare
- Regione Lombardia - DGR N° XII/3720 Seduta del 30/12/2024: Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2025
- Regione Lombardia - Decreto N° 14274 Del 25/10/2021 (Atto N. 740) – Direzione Generale Welfare: Determinazioni In Merito Alla Nutrizione Artificiale Domiciliare (NAD) Approvazione del Documento di Percorso Assistenziale Condiviso
- Regione Lombardia – Decreto N° 14890 Del 18/10/2022 (Atto N. 807) – Direzione Generale Welfare: Reti clinico assistenziali ed organizzative - nomina dei componenti dell'organismo di coordinamento e approvazione del piano di rete della Rete Regionale della Nutrizione Clinica

11.BIBLIOGRAFIA

- Pradelli L, Zaniolo O, Sanfilippo A, Lezo A, Riso S, Zanetti M. Prevalence and economic cost of malnutrition in Italy: A systematic review and metanalysis from the Italian Society of Artificial Nutrition and Metabolism (SINPE). Nutrition. 2023 Apr; 108:111943. doi: 10.1016/j.nut.2022.111943. Epub 2022 Dec 13. PMID: 36669368
- Re LG, Lusignani M. Efficacia dei supplementi nutrizionali orali per prevenire la malnutrizione ospedaliera. Overview di revisioni sistematiche. Assistenza Infermieristica e Ricerca, 2018, Vol.0, N.1.
- Watterson, Cheryl & Fraser, Allison & Banks, Merylyn & Isenring, E. & Miller, Michelle & C, Silvester & Hoevenaars, Roy & Bauer, Judith & Vivanti, Angela & M, Ferguson. (2009).

Evidence Based Practice Guidelines for the Nutritional Management of Malnutrition in Adult Patients Across the Continuum of Care. *Nutrition & Dietetics*. 66. S1-S34. 10.1111/j.1747-0080.2009.01383.x.

- Ray S, Laur C, Golubic R. Malnutrition in healthcare institutions: a review of the prevalence of under-nutrition in hospitals and care homes since 1994 in England. *Clin Nutr*. 2014 Oct;33(5):829-35. doi: 10.1016/j.clnu.2013.10.017. Epub 2013 Nov 1. PMID: 24238787.
- Linee Guida SINPE per la nutrizione artificiale ospedaliera 2002, RINPE 20(S5): S61-S100
- Linea guida ESPEN sulla nutrizione ospedaliera (2022) ESPEN, SINPE, ASAND.
- Pradelli L, Zaniolo O, Sanfilippo A, Lezo A, Riso S, Zanetti M. Prevalence and economic cost of malnutrition in Italy: A systematic review and metanalysis from the Italian Society of Artificial Nutrition and Metabolism (SINPE). *Nutrition*. 2023 Apr;108:111943. doi: 10.1016/j.nut.2022.111943. Epub 2022 Dec 13. PMID: 36669368.
- Hulst JM, Zwart H, Hop WC, Joosten KF. Dutch national survey to test the STRONGkids nutritional risk screening tool in hospitalized children. *Clin Nutr*. 2010 Feb;29(1):106-11. doi: 10.1016/j.clnu.2009.07.006. Epub 2009 Aug 13. PMID: 19682776.
- Spagnuolo MI, Liguoro I, Chiatto F, Mambretti D, Guarino A. Application of a score system to evaluate the risk of malnutrition in a multiple hospital setting. *Ital J Pediatr*. 2013 Dec 27;39:81. doi: 10.1186/1824-7288-39-81. PMID: 24373709; PMCID: PMC3901031.
- Elia et al, Redditch: BAPEN, 2003. The MUST Report.
- Kondrup J, Rasmussen HH, Hamberg O, Stanga Z; Ad Hoc ESPEN Working Group. Nutritional risk screening (NRS 2002): a new method based on an analysis of controlled clinical trials. *Clin Nutr*. 2003 Jun;22(3):321-36. doi: 10.1016/s0261-5614(02)00214-5. PMID: 12765673.
- Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of MNA® - Its History and Challenges. *J Nutr Health Aging* 2006; 10: 456-465.
- Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). *J. Geront* 2001; 56A: M366-377.
- Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature – What does it tell us? *J Nutr Health Aging* 2006; 10: 466-487.

12.ALLEGATI

ALLEGATO 1: MUST e gestione del rischio in struttura ospedaliera

MUST Malnutrition Universal Screening Tool Adattato da Elia et al, Redditch: BAPEN, 2003	ANAGRAFICA PAZIENTE
--	----------------------------

Unità Operativa _____

STEP	DESCRIZIONE	PUNTEGGIO DA ATTRIBUIRE	SCORE
1	Peso: _____ Kg Altezza: _____ m BMI (kg/m²) _____	0 se BMI > 20,0 1 se BMI 18,5 – 20,0 2 se BMI < 18,5	
2	Perdita di Peso involontaria negli ultimi 6 mesi ? Se sì, quanti kg? Kg _____ In % è dimagrito: (Kg persi/Peso in Kg 6 mesi fa) x 100 = _____	0 se perdita di peso < 5% 1 se perdita di peso dal 5% al 10% 2 se perdita di peso > 10%	
3	Il paziente presenta patologia acuta e si verifica o si è verificato: assenza di nutrizione, presumibile assenza di nutrizione, possibilità di avere un introito alimentare molto ridotto per più di 5 giorni	Se sì, aggiungere uno score di 2	
SOMMA A + B + C Calcolo del rischio nutrizionale			

Punteggio	Grado di rischio	Gestione del paziente
0	Basso Rischio	Assistenza routinaria Ripetere lo screening settimanalmente
1	Medio Rischio	Osservare e documentare l'introito nutrizionale per 3 giorni mediante scheda di valutazione assunzione pasti: - Se l'introito nutrizionale è <u>adeguato</u> ripetere lo screening settimanalmente; - Se l'introito nutrizionale è <u>inadeguato</u>: a. Interventi assistenziali per migliorare gli introiti alimentari del paziente come da dietetico ospedaliero; b. Se non sufficiente l'integrazione con alimenti prevedere, previa valutazione con il Medico di Reparto, la somministrazione di ONS, il monitoraggio successivo ed eventuale richiesta di consulenza alla Nutrizione Clinica/TNM.
≥ 2	Alto Rischio	SE < 4 Seguire le indicazioni per rischio Medio. SE ≥ 4 Richiesta di consulenza alla Nutrizione clinica, o in assenza di questa al Team Nutrizionale Multidisciplinare (TNM), per valutazione e individuazione della terapia nutrizionale appropriata. Considerare la prescrizione di ONS nell'attesa di conferma dello stato clinico del paziente.

Firma Compilatore _____ Data ____ / ____ / ____

ALLEGATO 2: NRS 2002 - “Nutritional risk screening 2002”

NRS 2002 - “Nutritional risk screening 2002” modello modificato proposto dalla Rete di Nutrizione Clinica Lombarda Adattato da Kondrup J et al., Clin Nutr 2003; 22 (3), 321-336	ANAGRAFICA PAZIENTE
--	----------------------------

Unità Operativa _____

Screening preliminare:					
				SI	NO
1	Il BMI (kg/m ²) è < 20.5*?				
2	Il paziente ha perso peso involontariamente negli ultimi 3 mesi?				
3	Il paziente ha ridotto l'alimentazione nell'ultima settimana (non per perdere peso)?				
4	Il paziente è ricoverato in Terapia Intensiva?				
* Peso non rilevabile: misurare la circonferenza del punto medio del braccio; se < 23.5 cm → BMI stimato < 20 kg/m ²					
Se almeno una delle risposte è SI, proseguire con lo screening completo:					
A. Alterazione dello stato nutrizionale					
Punteggio	Stato nutrizionale				Alimentazione dell'ultima settimana
0	Normale	Normale			Normale
1	Lieve	Calo > 5% del peso corporeo negli ultimi 3 mesi	oppure	Diminuita lievemente (introiti alimentari tra 50-75% dei normali fabbisogni)	
2	Moderata	Calo > 5% del peso corporeo negli ultimi 2 mesi oppure BMI 18.5-20.5* in paziente debilitato	oppure	Diminuita moderatamente (introiti alimentari tra 25-50% dei normali fabbisogni)	
3	Grave	Calo > 5% del peso corporeo nell'ultimo mese (o > 15% negli ultimi 3 mesi) oppure BMI < 18.5* in paziente debilitato	oppure	Diminuita gravemente (introiti alimentari tra 0-25% dei normali fabbisogni)	
B. Gravità della malattia					
Punteggio	Gravità della patologia in atto				
0	Normale	Patologie non impattanti sui fabbisogni nutrizionali (cioè diverse dalle seguenti).			
1	Lieve	ESEMPI: patologie croniche con complicanze (es. cirrosi, BPCO, insufficienza renale in dialisi, diabete scompensato, patologie gastroenterologiche, neurologiche e reumatologiche), patologie oncologiche, patologie acute (es. infettive, respiratorie, cardiologiche), chirurgia minore, frattura di femore.			
2	Moderata	ESEMPI: chirurgia maggiore, ictus, patologie onco-ematologiche, polmonite grave, trapianto d'organo (non midollo), sepsi.			
3	Grave	ESEMPI: trauma grave, trapianto di midollo osseo, ricovero in Terapia Intensiva.			
Valutazione finale					
A. Valutazione dello stato nutrizionale (0 – 3)					+
B. Gravità di malattia (0 – 3)					+
Aggiungere 1 punto se età ≥ 70 anni					
Punteggio totale =					
Indicazioni: Punteggio < 3: paziente non a rischio Punteggio ≥ 3: paziente a rischio					

Firma Compilatore _____ Data ____ / ____ / ____

Punteggio (A+B)	Grado di rischio	Gestione del paziente
< 3	Paziente non a rischio	Assistenza routinaria Ripetere lo screening settimanalmente
≥ 3	3 - 4 Medio rischio	a. Intervento di osservare e monitoraggio, da parte del personale di reparto, attraverso la valutazione degli introiti alimentari con scheda apposita per 3 giorni; b. Interventi assistenziali per migliorare gli introiti alimentari del paziente come da dietetico ospedaliero; c. Se non sufficiente l'integrazione con alimenti prevedere, previa valutazione con il Medico di Reparto, la somministrazione di ONS, il monitoraggio successivo ed eventuale richiesta di consulenza alla Nutrizione Clinica/TNM.
	≥ 5 Alto rischio	Richiesta di consulenza alla Nutrizione clinica, o in assenza di questa al Team Nutrizionale Multidisciplinare (TNM), per valutazione e individuazione della terapia nutrizionale appropriata. Considerare la prescrizione di ONS nell'attesa di conferma dello stato clinico del paziente.

ALLEGATO 3: STRONGKIDS (1 mese – 17 anni) e gestione del rischio

The STRONG_{KIDS} Screening Tool Risk on Nutritional Status and Growth Adattato da Hulst et al (2010) Clin Nutr. 29; 106 -111 Spagnuolo et al (2013) Ital J Pediatr. 27; 39:81	ANAGRAFICA PAZIENTE
--	----------------------------

Unità Operativa: _____

Diagnosi: _____

Età: _____. Peso corporeo (Kg): _____. Altezza (m): _____

		SI	NO
1	È presente una patologia sottostante che determina un rischio nutrizionale * o è in programma un intervento di chirurgia maggiore)?	2 pt	0
* condizioni cliniche che possono determinare un rischio nutrizionale: disturbi del comportamento alimentare, cardiopatie croniche, celiachia, chirurgia maggiore, dismaturità/prematurità, displasia broncopulmonare, fibrosi cistica, fistole digestive, malattie infiammatorie intestinali, malattie infettive (ad es. soggetti HIV+), malattie metaboliche, neoplasie, pancreatite, patologie epatiche croniche, patologie muscolari, patologie renali croniche, ritardo mentale, sepsi/infezione, sindrome dell'intestino corto, traumi, ustioni, altro specificato dal medico.			
2	Nel corso dell'esame obiettivo, il paziente rivela i segni clinici di uno stato nutrizionale povero?	1 pt	0
3	È presente una delle seguenti condizioni? - Frequenti episodi di diarrea (almeno 5 scariche/die) e/o vomito (più di 3 volte/die) - Intake nutrizionale ridotto negli ultimi giorni - Preesistente intervento nutrizionale - Incapacità di assumere un intake nutrizionale adeguato a causa del dolore	1 pt	0
4	Nel corso degli ultimi mesi/settimane è stata registrata una perdita di peso o un ritardo di crescita?	1 pt	0
Punteggio totale =			

Punteggio	Grado di rischio	Gestione del paziente
0	Basso Rischio	Nessun intervento nutrizionale necessario. Controllare il peso regolarmente e fare una rivalutazione settimanale del paziente.
1-2-3	Medio Rischio	Controllo del peso due volte alla settimana: - Se mantenimento del peso: ripetere lo screening settimanalmente; - Interventi assistenziali per migliorare gli introiti alimentari del paziente e, previa valutazione con il pediatra, richiesta e somministrazione di ONS con monitoraggio successivo; - Se calo ponderale: <u>richiesta di consulenza</u> alla Nutrizione clinica, o in assenza di questa al Team Nutrizionale Multidisciplinare (TNM), per individuazione della terapia nutrizionale appropriata.
4-5	Alto Rischio	<u>Richiesta di consulenza</u> alla Nutrizione clinica, o in assenza di questa al Team Nutrizionale Multidisciplinare (TNM), per individuazione della terapia nutrizionale appropriata. Considerare la prescrizione di ONS nell'attesa di conferma dello stato clinico del paziente.

Firma Compilatore _____ Data ____ / ____ / ____

ALLEGATO 4: Mini Nutritional Assessment

Mini Nutritional Assessment MNA®

Cognome: _____

Nome: _____

Sesso: _____

Et : _____

Peso, kg: _____

Altezza, cm: _____

Data: _____

Risponda alla prima parte del questionario indicando, per ogni domanda, il punteggio appropriato. Sommi il punteggio della valutazione di screening e, se il risultato   uguale o inferiore a 11, completi il questionario per ottenere una valutazione dello stato nutrizionale.

Screening	
A	Presenta una perdita dell'appetito? Ha mangiato meno negli ultimi 3 mesi? (perdita d'appetito, problemi digestivi, difficolt� di masticazione o deglutizione) 0 = grave riduzione dell'assunzione di cibo 1 = moderata riduzione dell'assunzione di cibo 2 = nessuna riduzione dell'assunzione di cibo
B	Perdita di peso recente (<3 mesi) 0 = perdita di peso > 3 kg 1 = non sa 2 = perdita di peso tra 1 e 3 kg 3 = nessuna perdita di peso
C	Motricit� 0 = dal letto alla poltrona 1 = autonomo a domicilio 2 = esce di casa
D	Nell' arco degli ultimi 3 mesi: malattie acute o stress psicologici? 0 = s� 2 = no
E	Problemi neuropsicologici 0 = demenza o depressione grave 1 = demenza moderata 2 = nessun problema psicologico
F	Indice di massa corporea IMC = peso in kg / (altezza in m)² 0 = IMC <19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23
Valutazione di screening (totale parziale max. 14 punti)	
12-14 punti: stato nutrizionale normale 8-11 punti: a rischio di malnutrizione 0-7 punti: malnutrito	
Per una valutazione pi� approfondita, continuare con le domande G-R	

Valutazione globale	
G	Il paziente vive autonomamente a domicilio? 1 = s� 0 = no
H	Prende pi� di 3 medicinali al giorno? 0 = s� 1 = no
I	Presenza di decubiti, ulcere cutanee? 0 = s� 1 = no

Ref. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. *Overview of MNA® - Its History and Challenges*. J Nut Health Aging 2006; 10: 456-465.
 Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. *Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF)*. J. Gerontol 2001; 56A: M366-377.
 Guigoz Y. *The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us?* J Nutr Health Aging 2006; 10: 466-487.
   Soci t  des Produits Nestl  SA, Trademark Owners.
   Soci t  des Produits Nestl  SA 1994, Revision 2009.

J	Quanti pasti completi prende al giorno? 0 = 1 pasto 1 = 2 pasti 2 = 3 pasti
K	Consuma? • Almeno una volta al giorno dei prodotti lattiero-caseari? s� ☐ no ☐ • Una o due volte la settimana uova o legumi? s� ☐ no ☐ • Ogni giorno della carne, del pesce o del pollame? s� ☐ no ☐ 0.0 = se 0 o 1 s� 0.5 = se 2 s� 1.0 = se 3 s�
L	Consuma almeno due volte al giorno frutta o verdura? 0 = no 1 = s�
M	Quanti bicchieri beve al giorno? (acqua, succhi, caff�, t�, latte...) 0.0 = meno di 3 bicchieri 0.5 = da 3 a 5 bicchieri 1.0 = pi� di 5 bicchieri
N	Come si nutre? 0 = necessita di assistenza 1 = autonomamente con difficolt� 2 = autonomamente senza difficolt�
O	Il paziente si considera ben nutrito? (ha dei problemi nutrizionali) 0 = malnutrizione grave 1 = malnutrizione moderata o non sa 2 = nessun problema nutrizionale
P	Il paziente considera il suo stato di salute migliore o peggiore di altre persone della sua et�? 0.0 = meno buono 0.5 = non sa 1.0 = uguale 2.0 = migliore
Q	Circonferenza brachiale (CB, cm) 0.0 = CB < 21 0.5 = CB ≤ 21 CB ≤ 22 1.0 = CB > 22
R	Circonferenza del polpaccio (CP in cm) 0 = CP < 31 1 = CP ≥ 31

Valutazione globale (max. 16 punti)	☐ ☐ ☐
Screening	☐ ☐ ☐
Valutazione totale (max. 30 punti)	☐ ☐ ☐
Valutazione dello stato nutrizionale	
24-30 da 24 a 30 punti	☐ stato nutrizionale normale
17-23.5 da 17 a 23,5 punti	☐ rischio di malnutrizione
meno 17 punti	☐ cattivo stato nutrizionale

Firma Compilatore _____ Data ____ / ____ / ____

ALLEGATO 5: MUST per C-DOM

MUST C-DOM Malnutrition Universal Screening Tool Adattato da Elia et al, Redditch: BAPEN, 2003	Nome: Cognome: CF:
--	--------------------------

STEP	DESCRIZIONE	PUNTEGGIO DA ATTRIBUIRE	SCORE
1	Peso: _____ Kg Altezza: _____ m BMI (kg/m²) _____	0 se BMI > 20,0 1 se BMI 18,5 – 20,0 2 se BMI < 18,5	
2	Perdita di Peso involontaria negli ultimi 6 mesi ? Se sì, quanti kg? Kg _____ In % è dimagrito: (Kg persi/Peso in Kg 6 mesi fa) x 100 = _____	0 se perdita di peso < 5% 1 se perdita di peso dal 5% al 10% 2 se perdita di peso > 10%	
3	Il paziente presenta patologia acuta e si verifica o si è verificato: assenza di nutrizione, presumibile assenza di nutrizione, possibilità di avere un introito alimentare molto ridotto per più di 5 giorni	Se sì, aggiungere uno score di 2	
SOMMA A + B + C Calcolo del rischio nutrizionale			

Punteggio	Grado di rischio	Gestione del paziente
-----------	------------------	-----------------------

0 Basso Rischio Assistenza routinaria - Ripetere lo screening **in caso di variazioni cliniche**

- | | | |
|---|----------------------|--|
| 1 | Medio Rischio | a. Intervento di monitoraggio da parte dell'operatore sanitario attraverso: controllo dei parametri antropometrici 1 volta al mese, monitoraggio delle situazioni in cui si verifica digiuno (tramite intervista al paziente e/o ai caregiver) e delle variazioni della condizione clinica;
b. Quando possibile, effettuare sensibilizzazione e coinvolgimento del caregiver nell'attività di monitoraggio dell'intake;
c. Diffusione di consigli nutrizionali per un'alimentazione fortificata nelle differenti situazioni cliniche;
d. Segnalazione a MMG e UVM;
e. Previa valutazione con MMG, richiesta e somministrazione di ONS con monitoraggio successivo. |
|---|----------------------|--|

≥ 2	Alto Rischio	SE < 4 Seguire le indicazioni come per Rischio Medio. SE ≥ 4 <u>Segnalazione a MMG e ASST per richiesta di consulenza specialistica</u> per individuazione della terapia nutrizionale appropriata. Considerare la prescrizione di ONS nell'attesa di conferma dello stato clinico del paziente.
-----	---------------------	---

Firma Compilatore _____ Data ____ / ____ / ____

ALLEGATO 6: Misure alternative per la rilevazione dei parametri antropometrici

ALTEZZA

Per la misurazione dell'**altezza** nel paziente allettato è possibile utilizzare la lunghezza dell'avambraccio (ulna) come indicato di seguito:

- Chiedere al soggetto di piegare un braccio (se possibile il sinistro) con il palmo della mano appoggiato al torace e le dita che puntano verso la spalla opposta;
- Usando un metro a nastro misurare la lunghezza in centimetri (cm) con un'approssimazione 0.5 cm tra il punto del gomito (olecrano) e il punto centrale dell'osso sporgente del polso (processo stiloideo);



- Usare la tabella sottostante per convertire la lunghezza dell'ulna (cm) nell'altezza (m).

Altezza (m)	Uomini (<65 anni)	1.94	1.93	1.91	1.89	1.87	1.85	1.84	1.82	1.80	1.78	1.76	1.75	1.73	1.71
	Uomini (≥65 anni)	1.87	1.86	1.84	1.82	1.81	1.79	1.78	1.76	1.75	1.73	1.71	1.70	1.68	1.67
Lunghezza dell'ulna (cm)		32.0	31.5	31.0	30.5	30.0	29.5	29.0	28.5	28.0	27.5	27.0	26.5	26.0	25.5
Altezza (m)	Donne (<65 anni)	1.84	1.83	1.81	1.80	1.79	1.77	1.76	1.75	1.73	1.72	1.70	1.69	1.68	1.66
	Donne (≥65 anni)	1.84	1.83	1.81	1.79	1.78	1.76	1.75	1.73	1.71	1.70	1.68	1.66	1.65	1.63
Altezza (m)	Uomini (<65 anni)	1.69	1.67	1.66	1.64	1.62	1.60	1.58	1.57	1.55	1.53	1.51	1.49	1.48	1.46
	Uomini (≥65 anni)	1.65	1.63	1.62	1.60	1.59	1.57	1.56	1.54	1.52	1.51	1.49	1.48	1.46	1.45
Lunghezza dell'ulna (cm)		25.0	24.5	24.0	23.5	23.0	22.5	22.0	21.5	21.0	20.5	20.0	19.5	19.0	18.5
Altezza (m)	Donne (<65 anni)	1.65	1.63	1.62	1.61	1.59	1.58	1.56	1.55	1.54	1.52	1.51	1.50	1.48	1.47
	Donne (≥65 anni)	1.61	1.60	1.58	1.56	1.55	1.53	1.52	1.50	1.48	1.47	1.45	1.44	1.42	1.40

PESO

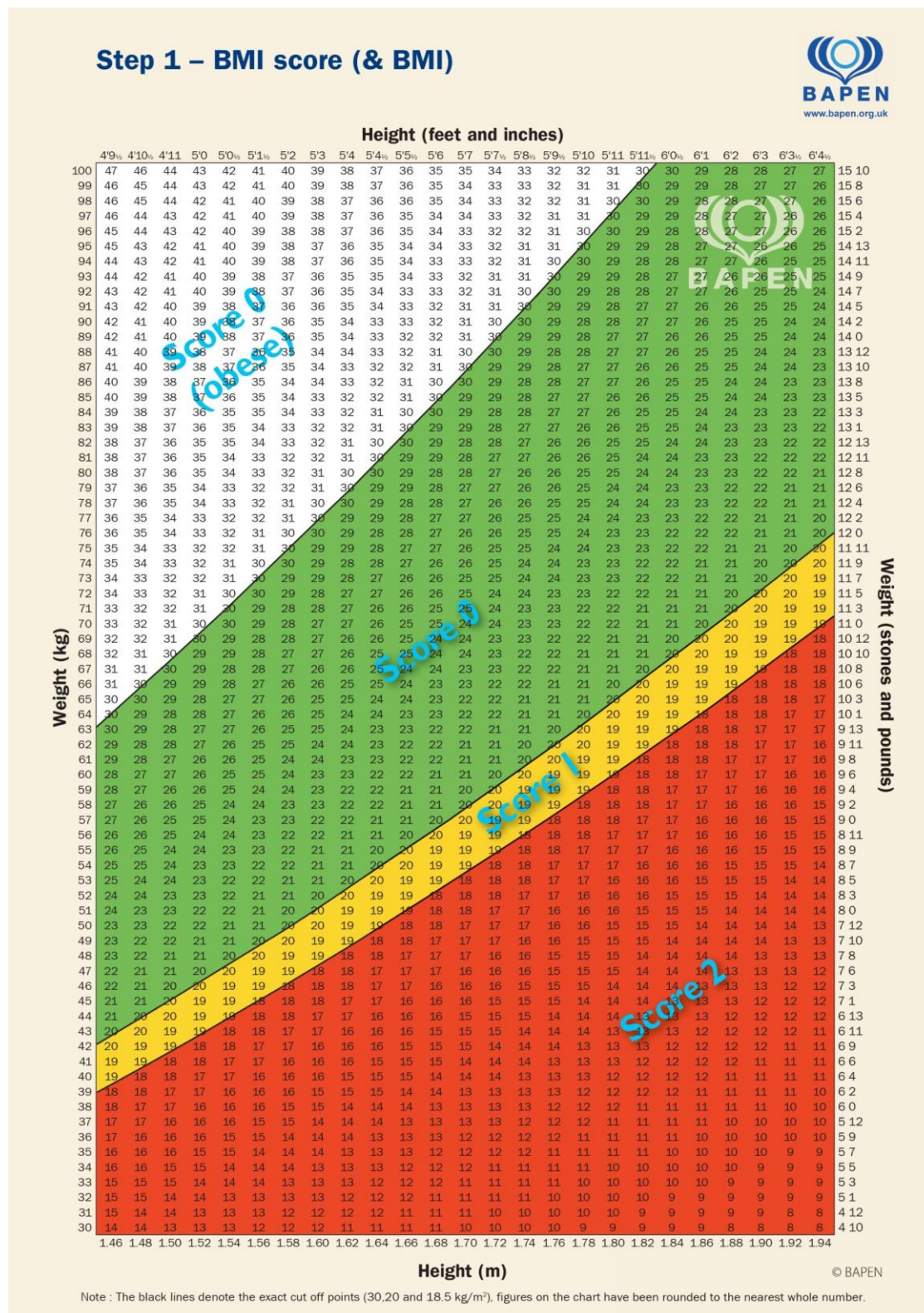
Per la misurazione del **peso** nel paziente amputato devono essere effettuati degli aggiustamenti in base ai segmenti di arti mancanti: arto superiore 4.9% (braccio 2.7%, avambraccio 1.6%, mano 0.6%), arti inferiori 15.6% (coscia 9.7%, gamba 4.5%, piede 1.4%).

Nella pratica, i calcoli per ottenere **il peso del paziente prima dell'amputazione** sono riportati nella tabella seguente:

Amputazione	Calcolo
Sotto il ginocchio	Peso attuale (kg) x 1.063
Tutta la gamba	Peso attuale (kg) x 1.18
Avambraccio	Peso attuale (kg) x 1.022
Tutto il braccio	Peso attuale (kg) x 1.05

ALLEGATO 7: Tabella score BMI

Score dell'indice "BMI" per valutare il rischio nutrizionale, tabella riassuntiva:



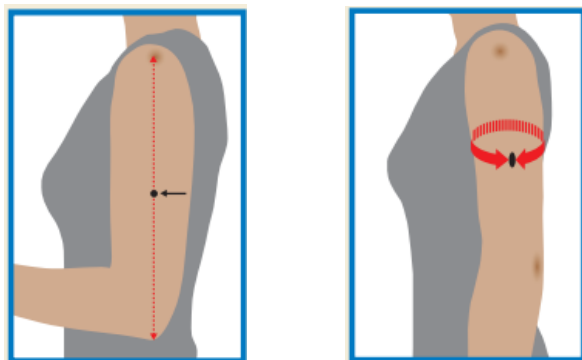
ALLEGATO 8: MUAC

Nel caso in cui non sia possibile misurare peso e altezza della persona si può stimare un intervallo probabile di BMI usando la circonferenza media del braccio, Mid Upper Arm Circumference (MUAC) seguendo le indicazioni sotto riportate:

1. Il paziente deve essere seduto o in piedi;
2. Misurare la circonferenza del braccio non dominante, il quale deve essere privo di indumenti;
3. Localizzare l'estremità della spalla (acromion) e il punto del gomito (processo olecranico), con gomito flesso di 90°;
4. Misurare la distanza tra i due punti, identificare il punto centrale e segnarlo sul braccio;
5. Chiedere al soggetto di lasciare pendere il braccio e misurarne la circonferenza nel punto centrale con un metro a nastro, il metro deve fare comodamente il giro del braccio.

Se la MUAC è **< 23.5 cm**, è probabile che il **BMI sia < 20.0 kg/m²**, cioè che il soggetto sia sottopeso.

Se la MUAC è **> 32.0 cm**, è probabile che il **BMI sia > 30 kg/m²**, cioè che il soggetto sia obeso.



ALLEGATO 9: Scheda di valutazione dell'assunzione dei pasti

9.1 Scheda cartacea

 Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia		SPAZIO ETICHETTA COGNOME _____ NOME _____ DATA DI NASCITA _____ N° CARTELLA CLINICA _____																
SCHEDA DI RILEVAZIONE DEI CONSUMI ALIMENTARI - QUANTITA' DEL PASTO ASSUNTO																		
U.O.	1° GIORNO data _____	2° GIORNO data _____	3° GIORNO data _____															
COLAZIONE																		
	O non valutabile	O non valutabile	O non valutabile															
QUANTITA'	NULLA ☐ 1/4 ☐ 1/2 ☐ 3/4 ☐ TUTTO ☐	NULLA ☐ 1/4 ☐ 1/2 ☐ 3/4 ☐ TUTTO ☐	NULLA ☐ 1/4 ☐ 1/2 ☐ 3/4 ☐ TUTTO ☐															
The; Caffè; Caffèlatte; Latte; Yogurt.																		
Pane; Biscotti; Fette biscottate.																		
	punteggio colazione:	punteggio colazione:	punteggio colazione:															
Compilato da (firma): _____ →																		
PRANZO																		
	O non valutabile	O non valutabile	O non valutabile															
QUANTITA'	NULLA ☐ 1/4 ☐ 1/2 ☐ 3/4 ☐ TUTTO ☐	NULLA ☐ 1/4 ☐ 1/2 ☐ 3/4 ☐ TUTTO ☐	NULLA ☐ 1/4 ☐ 1/2 ☐ 3/4 ☐ TUTTO ☐															
1° Piatto																		
2° Piatto																		
Pane; Grissini; Crackers.																		
Frutta; Dolce.																		
	punteggio pranzo:	punteggio pranzo:	punteggio pranzo:															
Compilato da (firma): _____ →																		
CENA																		
	O non valutabile	O non valutabile	O non valutabile															
QUANTITA'	NULLA ☐ 1/4 ☐ 1/2 ☐ 3/4 ☐ TUTTO ☐	NULLA ☐ 1/4 ☐ 1/2 ☐ 3/4 ☐ TUTTO ☐	NULLA ☐ 1/4 ☐ 1/2 ☐ 3/4 ☐ TUTTO ☐															
Merenda																		
1° Piatto																		
2° Piatto																		
Pane; Grissini; Crackers.																		
Frutta; Dolce.																		
	punteggio merenda e cena :	punteggio merenda e cena :	punteggio merenda e cena :															
Compilato da (firma): _____ →																		
ASSUNZIONE DI LIQUIDI :																		
- 1 bottiglia pari a 500 ml; - 1 confezione di acquagel pari a 125 ml di acqua.																		
	Totale liquidi die:	Totale liquidi die:	Totale liquidi die:															
Compilato da (firma): _____ →																		
PUNTEGGIO DIE																		
Compilato da (firma): _____ →																		
PUNTEGGIO TOTALE (SOMMARE IL PUNTEGGIO DI ALMENO 6 PASTI)																		
O non valutabile : ☐ rifiuto del cibo (non ha appetito/pasto non gradito); ☐ nausea/vomito; ☐ non riesce a masticare; ☐ digiuno per esami strumentali.		O non valutabile : ☐ rifiuto del cibo (non ha appetito/pasto non gradito); ☐ nausea/vomito; ☐ non riesce a masticare; ☐ digiuno per esami strumentali.																
PASTO _____ DATA _____		PASTO _____ DATA _____																
		PUNTEGGIO	RISCHIO MALNUTRIZIONE															
		MAGGIORE O UGUALE 38	BUONA															
		37-27	MEDIA															
		MINORE O UGUALE 26	SCARSA															
			ALTO															
PUNTEGGI DA ATTRIBUIRE: <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">NULLA</td> <td style="text-align: center;">1/4</td> <td style="text-align: center;">1/2</td> <td style="text-align: center;">3/4</td> <td style="text-align: center;">TUTTO</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"></td> <td style="text-align: center;"></td> <td style="text-align: center;"></td> <td style="text-align: center;"></td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> </table>				NULLA	1/4	1/2	3/4	TUTTO						0	1	2	3	4
NULLA	1/4	1/2	3/4	TUTTO														
0	1	2	3	4														

9.2 Scheda monitoraggio pasti CCE regionale

Colazione

COLAZIONE

01/08/2025

Assunto

Non Assunto

Non Rilevato

Non Previsto

COLAZIONE

Non Assunto

Te-Caffè

Latte

Yogurt

Budino

Altro

Non Assunto

Fette Biscottate

Biscotti

N° Unità:

0

N° Unità:

0

Non Assunto

Marmellata

Miele

N° Confezioni:

0

N° Confezioni:

0

Non Assunto

Zucchero

Dolcificante

N° Bustine:

0

N° Bustine:

0

MONITORAGGIO ACQUA CONSUMATA

N° Bottiglie da 500ml:

0

TOTALE ml:

0

N° Bicchieri da 200ml:

0

TOTALE ml:

0

N° Acquaiei da 125ml:

0

TOTALE ml:

0

TOTALE ml:

0

01

Bozza

Definitiva

Dati non validi

Metà Mattina

COLAZIONE

01/08/2025

Assunto

Non Assunto

Non Rilevato

Non Previsto

METÀ MATTINA

Non Assunto

Yogurt

Succo

Mousse

Frutta

Budino

Latte

Altro

Non Assunto

Fette Biscottate

Biscotti

N° Unità:

0

N° Unità:

0

Non Assunto

Pane

Grisini

N° Unità:

0

N° Unità:

0

Non Assunto

Integratore Alimentare

N° Unità:

0

MONITORAGGIO ACQUA CONSUMATA

N° Bottiglie da 500ml:

0

TOTALE ml:

0

N° Bicchieri da 200ml:

0

TOTALE ml:

0

N° Acquaiei da 125ml:

0

TOTALE ml:

0

TOTALE ml:

0

01

Bozza

Definitiva

31

Pranzo

SCHEDA MONITORAGGIO PASTI
● MOSTRA LEGENDA

COLAZIONE
 METÀ MATTINA
PRANZO
 METÀ POMERIGGIO
 CENA
 DOPO CENA
 RIEPILOGO

Data: 01/08/2025

☒ Assunto
 ☐ Non Assunto
 ☐ Non Rilevato
 ☐ Non Previsto

PRIMO:
☐ Non Assunto
☐ Acquistato
☐ In Brodo
☐ Altro

+

SECONDO:
☐ Non Assunto
☐ Carne
☐ Pesce
☐ Uovo
☐ Formaggio
☐ Affettato
☐ Legumi
☐ Altro

+

CONTORNO:
☐ Non Assunto
☐ Verd. Cotta
☐ Verd. Cruda
☐ Purè
☐ Patate
☐ Altro

+

☐ Non Assunto
☐ Piatto Unico Frullato

+

PRANZO
☐ Non Assunto
☐ Mousse
☐ Frutta Fresca
☐ Succo

N° Unità:

 N° Unità:

 N° Unità:

☐ Non Assunto
☐ Grissini
☐ Pane

N° Unità:

 N° Unità:

 N° Unità:

☐ Non Assunto
☐ Yogurt
☐ Budino
☐ Latte
☐ Altro

+

N° Bottiglie da 500ml:

 TOTALE ml:

N° Bicchieri da 200ml:

 TOTALE ml:

MONITORAGGIO ACQUA CONSUMATA

N° Acquaigi da 125ml:

 TOTALE ml:

TOTALE ml:

Metà Pomeriggio

SCHEDA MONITORAGGIO PASTI
● MOSTRA LEGENDA

COLAZIONE
 METÀ MATTINA
 PRANZO
METÀ POMERIGGIO
 CENA
 DOPO CENA
 RIEPILOGO

Data: 01/08/2025

☒ Assunto
 ☐ Non Assunto
 ☐ Non Rilevato
 ☐ Non Previsto

☐ Yogurt
☐ Succo
☐ Mousse
☐ Frutta
☐ Budino
☐ Latte
☐ Non Assunto

+

☐ Non Assunto
☐ Piatte Biscottate
☐ Biscotti

N° Unità:

 N° Unità:

☐ Non Assunto
☐ Pane
☐ Grissini

N° Unità:

 N° Unità:

 N° Unità:

☐ Non Assunto
☐ Integratore Alimentare

+

N° Bottiglie da 500ml:

 TOTALE ml:

N° Bicchieri da 200ml:

 TOTALE ml:

MONITORAGGIO ACQUA CONSUMATA

N° Acquaigi da 125ml:

 TOTALE ml:

TOTALE ml:

Cena

SCHEDA MONITORAGGIO PASTI
● MOSTRA LEGENDA

COLAZIONE
 METÀ MATTINA
 PRANZO
 METÀ POMERIGGIO
CENA
 DOPO CENA
 RIEPILOGO

Data: 01/08/2025

☒ Assunto
 ☐ Non Assunto
 ☐ Non Rilevato
 ☐ Non Previsto

PRIMO:
☐ Non Assunto
☐ Acquistato
☐ In Brodo
☐ Altro

+

SECONDO:
☐ Non Assunto
☐ Carne
☐ Pesce
☐ Uovo
☐ Formaggio
☐ Affettato
☐ Legumi
☐ Altro

+

CONTORNO:
☐ Non Assunto
☐ Verd. Cotta
☐ Verd. Cruda
☐ Purè
☐ Patate
☐ Altro

+

☐ Non Assunto
☐ Piatto Unico Frullato

+

CENA
☐ Non Assunto
☐ Mousse
☐ Frutta Fresca
☐ Succo

N° Unità:

 N° Unità:

 N° Unità:

☐ Non Assunto
☐ Grissini
☐ Pane

N° Unità:

 N° Unità:

 N° Unità:

☐ Non Assunto
☐ Yogurt
☐ Budino
☐ Latte
☐ Altro

+

N° Bottiglie da 500ml:

 TOTALE ml:

N° Bicchieri da 200ml:

 TOTALE ml:

MONITORAGGIO ACQUA CONSUMATA

N° Acquaigi da 125ml:

 TOTALE ml:

TOTALE ml:

32

Dopo Cena

SCHEDA MONITORAGGIO PASTI ● MOSTRA LEGENDA

COLAZIONE

METÀ MATTINA

PRANZO

METÀ POMERIGGIO

CENA

DOPO CENA

RIEPILOGO

Data: 01/08/2025

☒ Assunto
 ☐ Non Assunto
 ☐ Non Rilevato
 ☐ Non Prelevato

DOPO CENA

☐ Non Assunto

☐ Yogurt

☐ Succo

☐ Mousse

☐ Frutta

☐ Budino

☐ Latte

☐ Altro

☐ Non Assunto

☐ Fette Biscottate

☐ Biscotti

☐ Non Assunto

☐ Pane

☐ Grissini

N° Unità:

0

N° Unità:

0

N° Unità:

0

N° Unità:

0

MONITORAGGIO ACQUA CONSUMATA

N° Bottiglie da 300ml:

0

TOTALE ml:

0

N° Bicchieri da 250ml:

0

TOTALE ml:

0

N° Acquaipi da 125ml:

0

TOTALE ml:

0

TOTALE ml:

0

Riepilogo

SCHEDA MONITORAGGIO PASTI ● MOSTRA LEGENDA

● COLAZIONE

● METÀ MATTINA

● PRANZO

METÀ POMERIGGIO

CENA

DOPO CENA

RIEPILOGO

Data: 01/08/2025

COLAZIONE - Assunto			
Latte: Non specificato	Biscotti: 0.5	Marmellata: 0.5	Zucchero: 0.5
Totale ml acqua consumata: 500		Completato da: GPDUCECENTO VOTP alle ore: 14:17	

METÀ MATTINA - Assunto			
Budino: Non specificato	Fette Biscottate: 0.5	Pane: 0.5	Integratore Alimentare: Non specificato
Totale ml acqua consumata: 0		Completato da: GPDUCECENTO VOTP alle ore: 14:16	

PRANZO - Assunto					
Aciuttos: Non specificato	Uovo: Non specificato	Purè: Non specificato	Mousse: 0.5	Grissini: 0.5	Budino: Non specificato
Totale ml acqua consumata: 500			Completato da: GPDUCECENTO VOTP alle ore: 14:16		

Totale consumo giornaliero ml acqua: 1000

Dati validi

●
Bozza
Definitiva

ALLEGATO 10: Opuscolo “LA GESTIONE NUTRIZIONALE DOPO IL RICOVERO”

IL SUPPORTO NUTRIZIONALE È PARTE INTEGRANTE DELLE SUE CURE!

In attesa della valutazione
nutrizionale, Le forniamo
alcuni consigli per poter gestire
al meglio la Sua alimentazione

IN CASO DI MANCANZA DI APPETITO

- Consumi **pasti piccoli e frequenti** (anche ogni 2-3 ore).
- Tenga sempre a portata di mano uno **spuntino veloce**.
- Scegli cibi ad alto contenuto calorico e facili da assumere (es. un pezzo di grana, un budino, un gelato, uno yogurt, crema di frutta secca non zuccherata, ecc.)
- La frutta è un alimento importante, gustala in forma grattugiata, frullata o cotta.
- Beva **possibilmente lontano dai pasti** per non aumentare il senso di sazietà.
- Prepari le pietanze in **monoporzioni**, anche da poter congelare, per avere sempre a disposizione degli alimenti quando non si ha voglia di cucinare.

IN CASO DI DIARREA

- Scegli **alimenti a ridotto contenuto di fibre**: riso, crema di riso, pane tostato e grissini, patate /carote lessate, banana, mela, ecc.
- Preferisca **carne e pesce magro** cotti al forno, vapore.
- Riduca il consumo di latte e derivati
- Mantenga una **corretta idratazione** consumando a piccoli sorsi acqua naturale a temperatura ambiente o tisane non zuccherate

IN CASO DI DIFFICOLTÀ A DEGLUTIRE

- Scegli **alimenti morbidi e di consistenza omogenea**: crema di verdure, crema di riso, carne/ pesce omogeneizzati, budini, mousse di frutta, ecc.
- Aggiunga **salse e sughi** per ammorbidire il cibo, evitando alimenti duri o ruvidi come crostini, verdure crude, ecc.
- Mantenga una **corretta idratazione addensando le bevande** qualora fosse necessario.



LA GESTIONE NUTRIZIONALE DOPO IL RICOVERO

S.C.
Dietetica e Nutrizione Clinica

Direttore:
Dr. XXXXXXXXXXXXX



INSERIRE
IMMAGINE A
PIACERE

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

Gentile Signora/e,
Le hanno consegnato questo volantino al
momento delle dimissioni dall'ospedale;
poiché è risultato a **rischio nutrizionale**;
ma cosa significa?

Potrebbe:

- Avere un **basso peso corporeo**
- Aver perso **peso involontariamente** negli ultimi mesi
- Aver **ridotto sensibilmente**, nelle ultime settimane, la **Sua alimentazione** a causa di inappetenza, nausea, difficoltà nella masticazione/deglutizione, diarrea, stitichezza o altri disturbi

Per effettuare una visita dietologica può
contattare la
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
e prenotare una visita al
Tel. XXXXXXXXXXXXXXX.

È necessaria un'impegnativa del Suo
Medico curante o di uno Specialista con
dicitura «Valutazione dietetica»

Come fare a tenere sotto controllo lo stato nutrizionale?

Controllando il peso corporeo
una volta alla settimana e segnalando
l'eventuale perdita di peso involontaria

I vestiti sono più larghi?
Ha perso peso negli ultimi mesi?

**Controllando se l'alimentazione
si sta progressivamente riducendo**

Mangia più lentamente?
Tossisce mentre mangia?
Fa fatica a deglutire?

**Controllando se l'assunzione
di liquidi è adeguata**

Tossisce subito dopo aver bevuto?

**Riferisca al Suo Medico ogni
sintomo che abbia un impatto sulla
sua alimentazione per poter gestire
al meglio la situazione**

Una corretta nutrizione può portare al
miglioramento dello stato di salute, alla
riduzione del rischio di complicanze
cliniche e alla ripresa fisica più rapida
dopo le dimissioni.

COSA FARE PER ALIMENTARSI BENE ?

- Scegliere un'alimentazione **varia ed equilibrata** evitando la monotonia e consumando i piatti preferiti.
- Suddividere la giornata alimentare in **3 pasti completi** (colazione, pranzo, cena) e **due spuntini**.
- Variare la **tipologia di secondo piatto** scegliendo tra carne, pesce, uova, formaggi e legumi.
- Prevedere un contorno di **verdura, cruda oppure cotta, sia a pranzo che a cena, tenendo conto delle capacità di masticazione**. La verdura, anche frullata, è una fonte di nutrienti, di acqua e di fibra, utili alla funzionalità intestinale.
- Bere **acqua, anche se si ha poca sete**; sono consigliati 8 bicchieri di acqua al giorno (circa 1,5 L), se necessario con addensanti.

ALLEGATO 11: Check list
Parte 1: CHECK LIST PER LA VALUTAZIONE DELLA PROCEDURA PER LO SCREENING NUTRIZIONALE E GESTIONE DELLA MALNUTRIZIONE IN STRUTTURE DI RICOVERO

DENOMINAZIONE STRUTTURA	
INDIRIZZO E COMUNE	
TELEFONO / MAIL /PEC	
N° DI POSTI LETTO TOTALE	
TIPOLOGIA DI REPARTI	
NOTE	

VALUTAZIONE PROCEDURA SCREENING NUTRIZIONALE		SI	NO	NOTE	CRITERIO
1	È presente una procedura per lo screening e la gestione del rischio nutrizionale?				OBBLIGO
2	È indicata la data di attivazione della procedura e le successive revisioni?				RACCOMANDAZIONE
3	È stato Istituito il Team Multidisciplinare Nutrizionale (TNM) o UNC? (Come da Decreto n°14274 del 25/10/2021) - Da quando?			data	OBBLIGO
4	Sono stati individuati i referenti e le responsabilità per l'applicazione dei protocolli per la presa in carico dei pazienti a rischio nutrizionale in accordo con la DGR n°1812 del 29/01/2024?				OBBLIGO
5	Il personale è formato relativamente alla prevenzione e gestione della malnutrizione (riscontro con intervista e/o programmi dei corsi)?				OBBLIGO
6	La procedura per la gestione del rischio nutrizionale è stata attivata in tutti i reparti (con l'esclusione di: Neonatologia, Terapia Intensiva, Cure Palliative, chirurgia ordinaria per interventi di chirurgia bariatrica)?				OBBLIGO
7	La valutazione del rischio nutrizionale viene effettuata entro 48 ore dall'ingresso del paziente in Ospedale?				OBBLIGO - secondo Linee di indirizzo nazionale per la ristorazione ospedaliera, assistenziale e scolastica - 2021
8	È presente un test di screening per il paziente adulto (MUST, NRS 2002, altro)? Quale?				OBBLIGO
9	È presente il test di screening dedicato all' età pediatrica (Strong Kids)?				OBBLIGO
10	Sono indicati i percorsi di presa in carico in base al rischio nutrizionale (basso, medio o alto) rilevato dal test di screening in accordo con la DGR n°1812 29.01.2024?				OBBLIGO
11	È previsto che la terapia dietetica (dieta, ONS, NA) prescritta al paziente sia riportata in cartella clinica?				OBBLIGO
12	È presente in procedura una modalità di presa in carico dei pazienti che sono risultati a rischio nutrizionale, ma che vengono dimessi prima che ci sia possibilità di presa in carico durante la degenza (esempio: degenze brevi)?				RACCOMANDAZIONE
STRUMENTI / ATTREZZATURE E ASPETTI ORGANIZZATIVI		SI	NO	NOTE	CRITERIO



13	È presente lo stadiometro e/o infantometro ?				OBBLIGO
14	È presente in ogni reparto la bilancia pesapersone ?				OBBLIGO
15	È presente una bilancia per pz. non deambulanti (bilancia pesa carrozzella o bilancia a gancio per sollevatore o altro)?				RACCOMANDAZIONE
16	Vengono utilizzati strumenti o modalità alternative per la rilevazione del peso e altezza (metro a nastro)?				OBBLIGO
17	È prevista la prenotazione personalizzata del pasto da parte del degente a dieta libera?				RACCOMANDAZIONE
18	Viene monitorato il grado di soddisfazione del pasto dell'utenza? Se sì, con quali strumenti (es: customer satisfaction, altro)?				CONSIGLIO
AZIONI PREVISTE NELLA PROCEDURA PER LA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE IN BASE AL RISCHIO RILEVATO		SI	NO	NOTE	CRITERIO
RISCHIO BASSO					
19	È specificata la rivalutazione dello screening con cadenza settimanale?				OBBLIGO – indirizzi regionali di screening nutrizionale
RISCHIO MEDIO					
20	È prevista una valutazione delle ingesta per 3 giorni (diario alimentare o scheda)?				OBBLIGO
21	Sono richiesti interventi nutrizionali per migliorare gli introiti alimentari sulla base del Dietetico Ospedaliero? (spuntini, dieta ipercalorica, frazionata, ecc.)				RACCOMANDAZIONE
22	Viene prescritta la somministrazione di Supplementi Nutrizionali Orali (ONS) previa valutazione del medico di reparto e successivo monitoraggio e presa in carico del Team di Nutrizione?				RACCOMANDAZIONE
23	È richiesto che venga redatto un piano nutrizionale personalizzato dal medico, dietista o dal team nutrizionale?				RACCOMANDAZIONE
24	È previsto che la valutazione nutrizionale e la terapia dietetica (dieta, ONS, NA) prescritta al paziente sia riportata in cartella clinica?				RACCOMANDAZIONE
RISCHIO ELEVATO					
25	È previsto che venga richiesta la consulenza specialistica all'Unità di Nutrizione Clinica (UNC)/Team Nutrizionale multidisciplinare secondo procedura interna o in relazione al punteggio ottenuto dal test di screening (MUST ≥ 4 - NRS = 5)?				OBBLIGO
26	È previsto che venga predisposto un intervento nutrizionale ad hoc ?				OBBLIGO
27	È richiesto che venga monitorata periodicamente la terapia nutrizionale e ogni qualvolta vi sia un'evoluzione delle condizioni cliniche del paziente?				OBBLIGO
28	È previsto che la valutazione nutrizionale e la terapia dietetica (dieta, ONS, NA) prescritta al paziente sia riportata in cartella clinica?				OBBLIGO
29	È indicata la possibilità di attivazione della nutrizione artificiale IN STRUTTURA o a domicilio ?				OBBLIGO
ANALISI CARTELLA CLINICA		SI	NO	NOTE	

30	Numero di cartelle cliniche chiuse valutate			
31	È presente la cartella clinica elettronica ?			
Per ciascuna cartella clinica visionata completare la check list Parte 2				
DIETETICO OSPEDALIERO		SI	NO	NOTE
32	È presente il Dietetico Ospedaliero con la raccolta delle diete sviluppate per l'intera giornata alimentare (dieta libera e diete speciali) a composizione bromatologica nota, considerando le patologie prevalenti della Struttura? (es. diete a consistenza modificata, diete ipocaloriche, diete ipercaloriche, a ridotto apporto proteico, ecc...)?			RACCOMANDAZIONE
33	Se vi sono reparti pediatrici, è previsto il Dietetico Pediatrico ?			RACCOMANDAZIONE
34	Nel Dietetico è presente la data di pubblicazione e delle successive revisioni?			RACCOMANDAZIONE
35	Sono codificate nel Dietetico le integrazioni alimentari ipercaloriche/iperproteiche (anche come spuntini o merende) per migliorare gli introiti alimentari del paziente?			RACCOMANDAZIONE
36	È possibile richiedere diete ad personam ?			RACCOMANDAZIONE
NOTE				
Luogo e data		Firma		



Parte 2: CHECK LIST PER ANALISI DELLA CARTELLE CLINICHE DURANTE LE SITE VISITS MALNUTRIZIONE

VALUTAZIONE CARTELLE		CRITERIO	CARTELLA 1 N°.....	CARTELLA 2 N°.....	CARTELLA 3 N°.....	CARTELLA 4 N°.....	CARTELLA 5 N°.....	CARTELLA 6 N°.....	CARTELLA 7 N°.....	CARTELLA 8 N°.....	CARTELLA 9 N°.....	CARTELLA 10 N°.....
1	REPARTO											
2	DATA RICOVERO											
3	DATA DIMISSIONE											
4	Vengono rilevati e riportati in cartella i parametri antropometrici (peso altezza e/o IMC) come da procedura?	OBBLIGATORIO										
5	Test di screening utilizzato	OBBLIGATORIO										
6	Il test di screening è stato eseguito nei tempi previsti dalla procedura?	SUFFICIENTE SE RISPETTATI I TEMPI IN 80% DELLE CARTELLE										
7	Punteggio del test e Rischio Rilevato (basso, medio, alto)											
8	Vengono indicate in cartella le azioni intraprese in relazione al livello di rischio rilevato secondo procedura?	Rivalutazione con test di screening	OBBLIGATORIO									
		Monitoraggio alimentare	OBBLIGATORIO solo per rischio medio/alto									
		integrazione spuntini										
		prescrizione dieta/dietetico										
		consulenza nutrizionale	OBBLIGATORIO solo per rischio alto									
		ONS										
		NA										



9	Nella lettera di dimissione vengono riportati i valori antropometrici (peso, altezza, IMC) (preferibilmente rilevati all'ingresso e alla dimissione)?	RACCOMANDAZIONE PER RISCHIO MEDIO - ALTO										
10	Nella lettera di dimissione è riportato il grado di rischio nutrizionale rilevato nell'ultimo test di screening eseguito?	RACCOMANDAZIONE										
11	Se prescritta una terapia dietetica, nella lettera di dimissione vengono riportate le indicazioni utili al MMG, PLS, alla persona assistita nonché ai caregivers per un corretto proseguimento del piano nutrizionale ?	RACCOMANDAZIONE										
12	Nella lettera di dimissione , per i pazienti a rischio medio/alto o per i pazienti a rischio alto dimessi entro le 72 ore, vengono date indicazioni o la prescrizione per l'accesso all'ambulatorio di nutrizione clinica dedicato ?	RACCOMANDAZIONE										
13	Viene riportata la richiesta di attivazione della NAD - Nutrizione Artificiale Domiciliare (NPD- NED- ONS) qualora necessario?	OBBLIGATORIO										
	NOTE											

LEGENDA PER LA COMPILAZIONE DELLA CHECK LIST

SI	presente
NO	assente
NA	Non Applicabile
PARZIALMENTE	specificare criticità riscontrata

ALLEGATO 12: Tabelle Responsabilità
TABELLA A – ATTIVITA' DELLE DIVERSE FIGURE PROFESSIONALI NELLA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO DI MALNUTRIZIONE

FIGURA PROFESSIONALE	ATTIVITÀ
Medico di reparto	Effettua la richiesta di consulenza nutrizionale tramite modulo cartaceo o digitale; collabora con Dietologo e Dietista durante la valutazione in reparto per l'impostazione della terapia nutrizionale e per l'avvio della nutrizione artificiale domiciliare; richiede la consulenza del Dietologo in caso di insorgenza di complicanze.
Medico Dietologo	Valuta lo stato clinico e nutrizionale del paziente e pone indicazione al supporto nutrizionale più adeguato al caso. Individua, quando necessario, la via d'accesso opportuna (sonda/stomia, catetere venoso centrale/periferico). Prescrive la terapia nutrizionale orale e/o enterale e/o parenterale e dà indicazione sulla tempistica del monitoraggio. Nel caso in cui il paziente necessiti di un supporto nutrizionale al domicilio, prescrive la nutrizione artificiale domiciliare e propone il follow-up ambulatoriale dietologico. L'attività clinica svolta in reparto viene riportata nel referto informatizzato o cartaceo.
Dietista	Effettua la valutazione nutrizionale del paziente sulla base della rilevazione dei parametri antropometrici e delle informazioni cliniche e/o prescrizioni dei Medici delle Strutture di degenza. Si occupa dell'impostazione dell'alimentazione per via orale, comprensiva anche dell'utilizzo di supplementi nutrizionali orali (ONS), quando necessari. In caso il paziente necessiti di Nutrizione Artificiale, se di tipo enterale, il Dietista imposta lo schema nutrizionale secondo la prescrizione del medico Dietologo e ne monitora l'andamento. Partecipa, insieme al Dietologo, alla procedura di attivazione della Nutrizione Artificiale domiciliare. L'attività dietistica impostata in reparto viene riportata nel referto informatizzato o cartaceo.
Coordinatore Infermieristico/ Ostetrico	Responsabile dell'approvvigionamento del materiale e delle miscele nutrizionali necessarie come da prescrizioni del Dietologo e/o del Dietista. Garantisce la corretta conservazione del materiale e delle miscele nutrizionali. Supervisiona e coordina il processo di presa in carico nutrizionale a partire dall'effettuazione dello screening.
Infermiere di reparto/Ostetrico	Entro le 48 ore dall'accettazione esegue il test di screening del rischio nutrizionale; collabora con il Dietologo e il Dietista per fornire indicazioni utili alla valutazione del paziente. In caso di insorgenza di complicanze, avvisa la S.C. Dietetica e Nutrizione Clinica/TNM per problemi di carattere gestionali. In caso di necessità l'infermiere o l'ostetrica si avvalgono del personale di supporto per qualità di competenza.
Operatore Socio-Sanitario	Collabora con il personale sanitario all'assistenza al paziente per la somministrazione dei pasti, dei supplementi nutrizionali e della prenotazione del vitto ospedaliero. Collabora alla raccolta di parametri necessari alla compilazione del test di screening (es. misurazione del peso e dell'altezza), alla rilevazione e alla registrazione della quantità del pasto assunto (scheda di rilevazione dei consumi alimentari).

TABELLA B - Responsabilità degli operatori coinvolti e le specifiche di competenze

Responsabilità	Coordinatore Infermieristico/ Ostetrico	Infermiere/ Ostetrico S.C.	Operatore Socio-Sanitario	Medico di reparto	Medico Dietologo	Dietista
Effettuazione screening nutrizionale	C	R	C	I	I	I
Prenotazione pasto/dieta	C	R	C	I	I	I
Richiesta integrazione al pasto	R	R	I	I	I	I
Richiesta ONS	C	C	I	R	C	C
Somministrazione ONS	R	R	C	I	I	I
Richiesta consulenza	I	I	I	R	I	I
Visita nutrizionale	I	C	I	C	R	R
Impostazione terapia nutrizionale	C	I	I	C	R	R
Richiesta di materiale e dispositivi necessari alla somministrazione	R	C	I	I	I	I
Somministrazione terapia nutrizionale	C	R	I	I	C	C
Referto consulenza	I	I	I	I	R	R
Avvio della nutrizione artificiale domiciliare	C	I	I	C	R	R

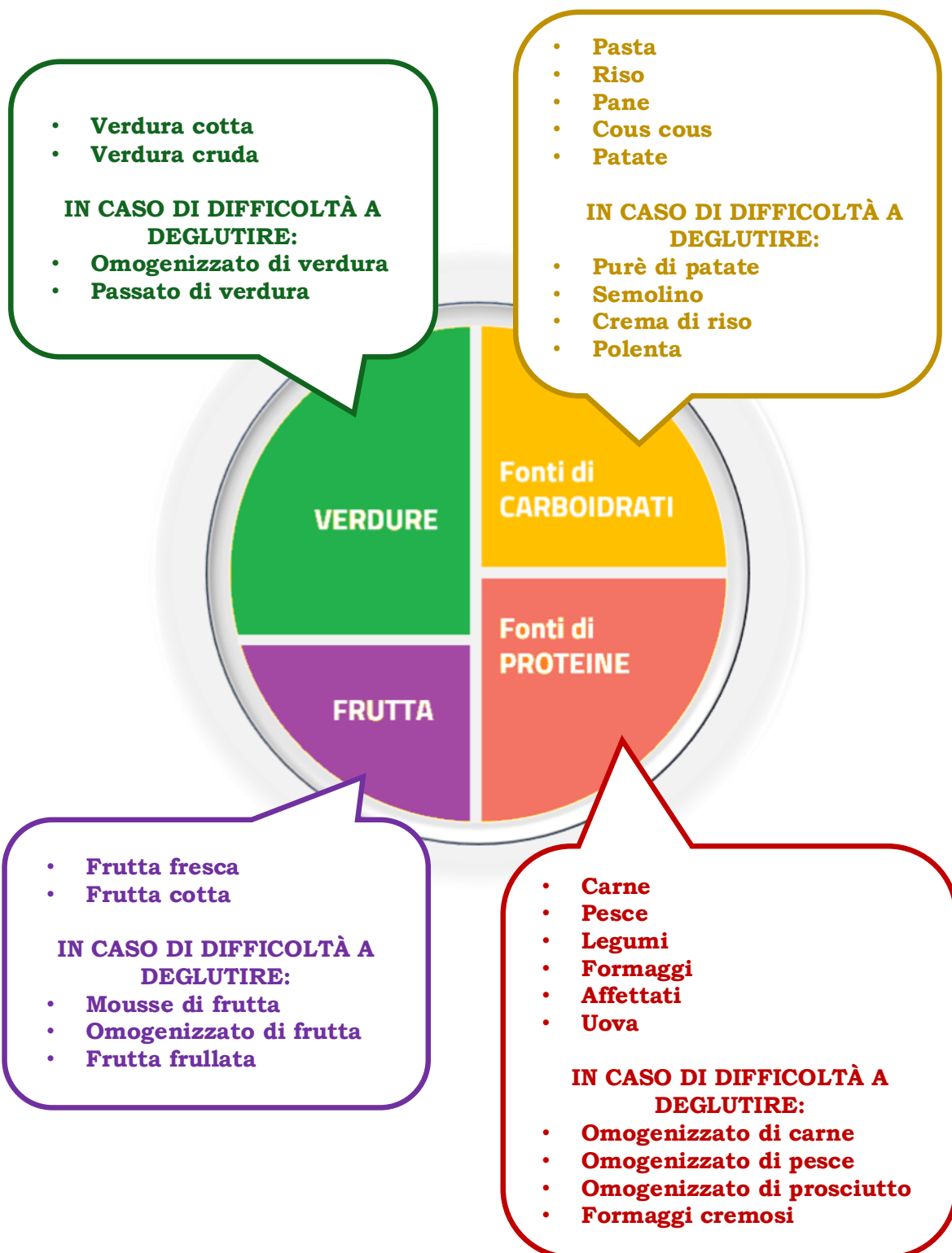
R = responsabile; C = collabora; I = informato

Sistema Socio Sanitario

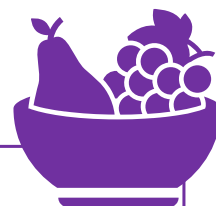


Alimentazione e malnutrizione: consigli utili

COME COMPORRE IL PASTO



Frutta e verdura



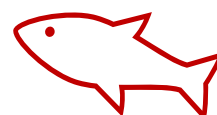
Seguire la stagionalità

Variare la tipologia

Inserire una porzione di verdura a ciascun pasto

Frequenza di consumo dei secondi piatti

LEGUMI	PESCE	CARNE	UOVA	FORMAGGI	AFFETTATI
2-3 volte a settimana	3-4 volte a settimana	3-4 volte a settimana	1 volta a settimana	2-3 volte a settimana	0-2 volte a settimana





QUANTA ACQUA BERE

- Sono consigliati **8 bicchieri di acqua** al giorno (circa 1,5 L)
- In alternativa è possibile bere durante la giornata tè o tisane, se gradite

IN CASO DI DIFFICOLTÀ A DEGLUTIRE:

- Utilizzare **polvere addensante** per aumentare la consistenza delle bevande liquide



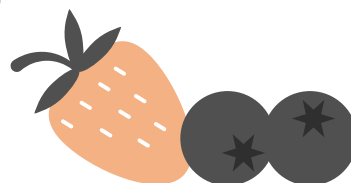
COME SUDDIVIDERE LA GIORNATA



- **Porta sempre con te uno spuntino**
- **Non saltare mai i pasti**



Quali spuntini scegliere?



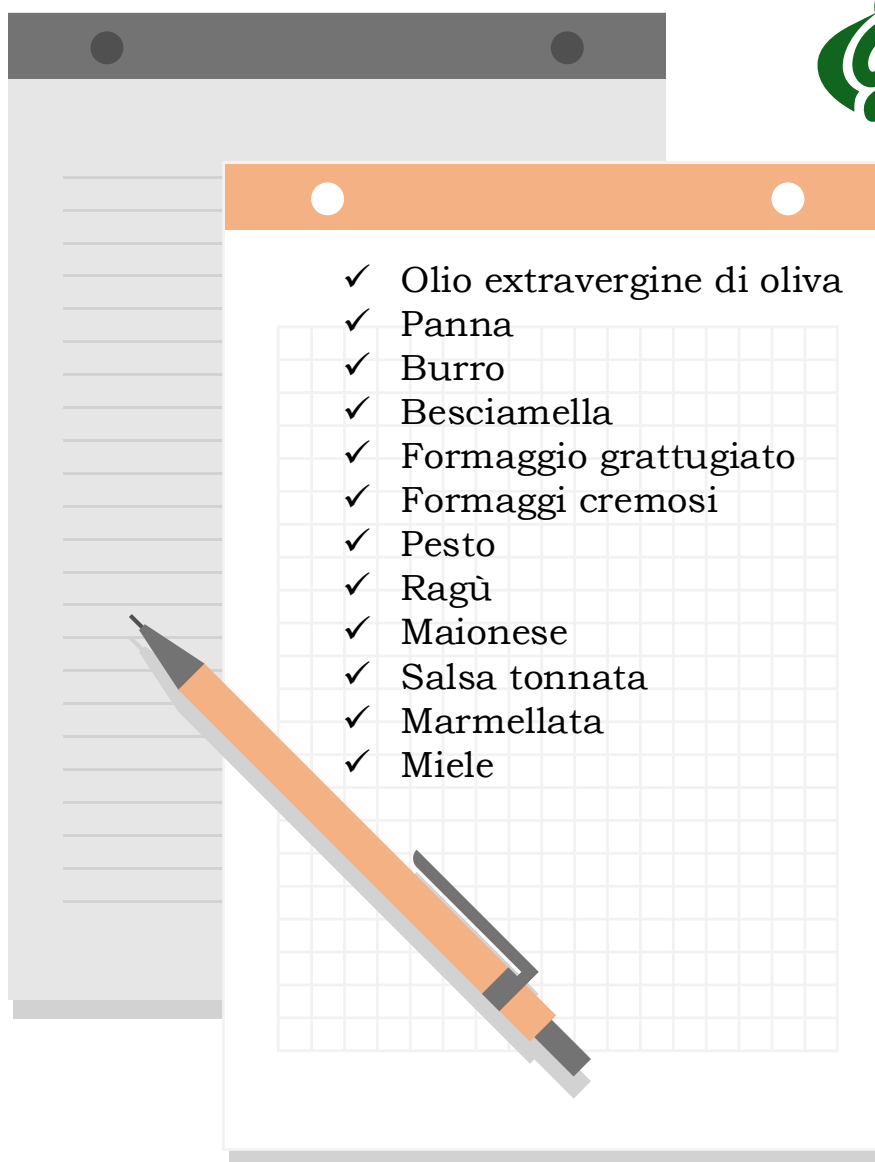
- Frutta secca (mandorle, noci, nocciole..)
- Crema spalmabile di frutta secca
- Frutta essiccata
- Pane o fette biscottate con marmellata
- Un bicchiere di latte intero con biscotti frollini
- Crackers
- Gelato cremoso
- Barretta di cereali
- Biscotti secchi o frollini
- Fetta di torta
- Grana a pezzetti
- Macedonia di frutta

IN CASO DI DIFFICOLTÀ A DEGLUTIRE

- Budino
- Yogurt intero **senza pezzi** (di frutta, cereali, cioccolato, ecc.)
- Mousse di frutta
- Omogenizzato di frutta



Puoi arricchire le pietanze con..



**..per renderle più
sostanziose**

IN CASO DI DIFFICOLTÀ A DEGLUTIRE..

(comparsa di tosse, aumento anomalo della salivazione, rigurgito, dolore durante la deglutizione..)

Modificare la consistenza dei cibi solidi e liquidi:

- **omogeneizzare o frullare** le pietanze per ottenere una consistenza cremosa e quanto più omogenea
- frazionare l'alimentazione in piccoli pasti
- utilizza nella preparazione condimenti quali olio, burro, panna, besciamella
- utilizzare **polvere addensante** per aumentare la consistenza delle bevande liquide



IMPORTANTE

***In caso di recente insorgenza di difficoltà
deglutitorie è consigliato rivolgersi al
proprio medico***

ALIMENTI da EVITARE

IN CASO DI DIFFICOLTÀ A DEGLUTIRE

- **Alimenti a doppia consistenza (solido + liquido):**
pastina in brodo, minestrone con verdure in pezzi, yogurt e gelati con pezzi di frutta o cioccolato, corn-flakes nel latte
- **Alimenti pastosi che aderiscono al palato:**
mollica di pane, banana, gnocchi
- **Alimenti filamentosi:**
spinaci, fagiolini, finocchi, sedano, prosciutto crudo, mozzarella
- **Alimenti secchi, friabili, croccanti:**
crackers, grissini, fette biscottate, biscotti secchi, pasta frolla
- **Alimenti in piccoli pezzi:**
riso, mais, legumi, uva
- **Alimenti duri e compatti:**
frutta secca, caramelle



IMPORTANTE

***In caso di recente insorgenza di difficoltà
deglutitorie è consigliato rivolgersi al
proprio medico***

IN CASO DI DIFFICOLTÀ A MASTICARE..

- Preferire pasta o riso in brodo con formati di pasta piccoli e condimenti morbidi
- Frullare o tritare finemente il secondo piatto (es. carne, pesce, ecc.)
- Utilizzare yogurt e frutta frullata
- Preparare passati di verdura e legumi conditi con olio e formaggio grattugiato
- Preferire la verdura cotta e la verdura cruda tagliata molto finemente

IN CASO DI MANCANZA DI APPETITO..

- Consumare pasti piccoli e frequenti (anche ogni 2-3 ore)
- Scegliere alimenti ad alto contenuto calorico e facili da assumere (es. grana, budino, gelato, yogurt, ecc.)
- Scegliere alimenti graditi e invitanti, anche piccole quantità, ma possibilmente più volte al giorno
- Masticare bene e lentamente il cibo per facilitare la digestione
- Consumare acqua a piccoli sorsi lontano dai pasti, bere poco a tavola

IN CASO DI DIARREA..

- Frazionare la giornata alimentare in 3 pasti principali e 2-3 spuntini
- bere (lentamente) da 8 a 12 bicchieri di liquidi al giorno preferibilmente acqua a temperatura ambiente
- preferire alimenti a basso contenuto di fibre come riso, crema di riso, patate, carote, zucchine, ecc.
- Evitare latte, latticini e formaggi, bevande molto calde o molto fredde, zuccherate e frizzanti, alcolici, caffè, gelati, alimenti speziati, fritti, dolci

IN CASO DI STITICHEZZA..

- Bere di più e preferibilmente lontano dai pasti (almeno 1,5 L al giorno, a meno di indicazioni specifiche ricevute dal medico)
- Provare a consumare 1-2 porzioni al giorno di cibi integrali (pane integrale o con semi di lino, pasta integrale, riso integrale)
- Non dimenticare di consumare quotidianamente verdura e frutta, preferibilmente con la buccia
- Masticare bene e lentamente il cibo per facilitare la digestione

IN CASO DI NAUSEA E VOMITO..

- Non sforzarsi di mangiare grandi quantità di cibo ma frazionare i pasti (mangiando poco e spesso) in modo che lo stomaco non resti mai vuoto e masticare lentamente il cibo che deve essere preferibilmente a temperatura ambiente
- Dare la preferenza a cibi salati e secchi (tipo pane croccante, fette biscottate, crackers, gallette di riso integrale già salate).
- Evitare fritti, cibi piccanti, con odore e sapore troppo forti, piatti troppo elaborati
- Non assumere grandi quantità di liquidi durante i pasti ma bere a piccoli sorsi tra un pasto e l'altro preferendo acqua e tisane tiepide

COME TENERE SOTTO CONTROLLO LO STATO NUTRIZIONALE?

- Controllare il peso corporeo una volta alla settimana
- Valutare l'eventuale perdita di peso involontaria negli ultimi mesi e segnalarla al curante
- Valutare se i vestiti calzano più larghi
- Controllare se l'alimentazione si sta riducendo
 - Mangia più lentamente?
 - Tossisce mentre mangia?
 - Fa fatica a deglutire?
- Controllare se l'assunzione dei liquidi è adeguata



***Riferisca al suo medico ogni
sintomo che abbia un impatto
sulla sua alimentazione!***

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia