

Il Sole **24 ORE**

Sanità

QUADERNI

NUTRENDO[®]

I FOGLI DI ROMA

Presente e Futuro
della Nutrizione Clinica in Italia

SINuC

SOCIETÀ ITALIANA
DI NUTRIZIONE CLINICA E METABOLISMO



SOMMARIO

I Fogli di Roma	pag. 9
- Perché un Forum sulla Nutrizione Clinica?	pag. 9
- Perché la Nutrizione Clinica non è ancora entrata nella pratica clinica, nonostante gli evidenti benefici dimostrati?	pag. 9
- Il metodo	pag. 10
Indagine preliminare: la Survey NUTRENDO®	pag. 12
- Quale è secondo Lei, tra quelle proposte, la definizione più corretta di "Nutrizione Clinica"?	pag. 12
- Livello di importanza delle potenziali aree di criticità legate alla Nutrizione Clinica	pag. 13
I risultati di NUTRENDO®	pag. 14
- SSN: equità, costo-efficacia e sostenibilità dei percorsi nutrizionali	pag. 14
- Industria: verso una visione condivisa della Nutrizione Clinica	pag. 16
- Pazienti: l'empowerment del paziente, per un ruolo attivo nella definizione dei percorsi nutrizionali	pag. 18
- Formazione: l'insegnamento della Nutrizione Umana e Clinica nel percorso universitario	pag. 20
- Scienza: la Nutrizione Clinica, una disciplina trasversale	pag. 22
- Comunicazione: la Nutrizione Clinica tra fake news e corretta informazione	pag. 24
Le vie del cambiamento	pag. 26
Conclusioni	pag. 27
Bibliografia essenziale di riferimento	pag. 28
Glossario	pag. 31

COORDINAMENTO SCIENTIFICO



PARTNER ORGANIZZATIVO



SUPPORTO METODOLOGICO-SCIENTIFICO



Il Sole
24 ORE
Sanità

Mensile - **Settembre 2019**

Registrazione Tribunale di Milano n. 679 del 07/10/98

Direttore responsabile
Fabio Tamburini

Proprietario ed Editore: Il Sole 24 ORE S.p.A.
Sede legale, redazione e direzione: Via Monte Rosa, 91 20149
Milano

Il volume è stato chiuso in redazione il 4/09/2019
ISSN 1590-0096



Lista degli esperti che hanno contribuito alla stesura de "I Fogli di Roma"

(l'elenco è organizzato per aree tematiche)

SSN: equità, costo-efficacia e sostenibilità dei percorsi nutrizionali

Coordinatori:

Federico D'Andrea (*SINuC*)
Sara Emerenziani (*SINuC*)
Sebastiano Giallongo (*SINuC*)

Partecipanti:

Paola Binetti (*Senatrice*)
Lilia Biscaglia (*Regione Lazio*)
Raffaella Ferraris (*Regione Piemonte*)
Domenico Rossi (*Regione Piemonte*)
Carlo Spigone (*Regione Lazio*)

Industria: verso una visione condivisa della Nutrizione Clinica

Coordinatori:

Maurizio Muscaritoli (*SINuC*)
Paolo Orlandoni (*SINuC*)

Partecipanti:

Marco Alghisi (*Nestlé*)
Sonia Bogliolo (*Baxter*)
Barbara Borlotti (*Nestlé*)
Andrea Ciampa (*Nutricia*)
Daniela Cianciulli (*Baxter*)
Alessandro Ortolani (*Abbott*)
Anna Paonessa (*Nutrizione Medica-Unione Italiana Food*)
Roberto Pisati (*Nutricia*)
Luisa Raimondi (*Fresenius Kabi Italia*)
Gabriele Scotti (*Baxter*)
Frederic Tendron (*Nutricia*)

Pazienti: l'empowerment del paziente, per un ruolo attivo nella definizione dei percorsi nutrizionali

Coordinatori:

Gianvito Corona (*SINuC*)
Giancarlo Sandri (*SINuC*)
Pietro Vecchiarelli (*SINuC*)

Partecipanti:

Daniela Abbatantuono (*Fraparentesi*)
Renato Cibischino (*ANED - Associazione Nazionale Emodializzati Dialisi e Trapianto - ONLUS*)
Daniela De Nitto (*Fondazione Amici Italia*)
Antonella Fabrizio (*Un Filo per la Vita - A.N.A.D-IICB Associazione Nutrizione Artificiale Domiciliare*)
Carla Garbagnati (*GILS - Gruppo Italiano per la Lotta alla Sclerodermia*)
Margherita Gregori (*Un Filo per la Vita - A.N.A.D-IICB Associazione Nutrizione Artificiale Domiciliare*)
Nicoletta Reale (*A.L.I.Ce. Italia - Associazione per la Lotta all'Ictus Cerebrale*)
Alessandra Rivella (*ANNA - Associazione Nazionale Nutriti Artificialmente*)
Claudia Santangelo (*Associazione Vivere senza stomaco si può - Fondazione AIOM*)
Roberta Sinieri (*ANNA - Associazione Nazionale Nutriti Artificialmente*)
Francesca Tracò (*FAVO - Federazione Italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia*)

Formazione: l'insegnamento della Nutrizione Umana e Clinica nel percorso universitario

Coordinatori:

Alessio Molfino (*SINuC*)
Filippo Rossi Fanelli (*SINuC*)

Partecipanti:

Stefania Basili (*Università di Roma "Sapienza"*)
Riccardo Calvani (*Università Cattolica del Sacro Cuore*)
Marianna Cavazza Rossi (*Cergas - SDA Bocconi*)
Laura De Gara (*Università Campus Bio-Medico di Roma*)
Lorenzo Maria Donini (*Università di Roma "Sapienza"*)
Livia Ottolenghi (*Università di Roma "Sapienza"*)

Scienza: la Nutrizione Clinica, una disciplina trasversale

Coordinatori:

Alessandro Laviano (*SINuC*)
Marcello Maggio (*SINuC*)

Partecipanti:

Rocco Barazzoni (*European Society for Clinical Nutrition and Metabolism*)
Vincenzo Bellizzi (*Società Italiana di Nefrologia*)
Grazia Di Silvestre (*Società Italiana di Cure Palliative*)
Alessandro Finotto (*Società Italiana per lo Studio dei Disturbi del Comportamento Alimentare*)
Fabrizio Franchi (*Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio*)
Lucio Gnessi (*Società Italiana Obesità*)
Michele Grieco (*Società Italiana Chirurgia Oncologica*)
Gianluca Ianaro (*Società Italiana di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva*)
Emanuele Marzetti (*Società Italiana di Gerontologia e Geriatria*)
Silvia Migliaccio (*Società Italiana di Scienze dell'Alimentazione*)
Maurizio Muscaritoli (*Società Italiana di Medicina Interna*)

Angelo Palozzo (*Società Italiana di Farmacia Clinica e Terapia*)
Claudio Pedone (*Società Italiana di Gerontologia e Geriatria*)
Roberto Risicato (*Federazione delle Associazioni dei Dirigenti Ospedalieri Internisti*)
Cristina Rossi (*Società Italiana di Medicina Generale*)
Marco Rossi (*Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva*)
Marco Tonelli (*Associazione Nazionale Dietisti*)

Comunicazione: la Nutrizione Clinica tra fake news e corretta informazione

Coordinatori:

Marina Aimati (*SINuC*)
Piero Luigi Caroli (*SINuC*)
Johann Rossi Mason (*Mason&Partners*)
Samir Sukkar (*SINuC*)

Partecipanti:

Cesare Buquicchio (*Sanità e Informazione*)
Irma D'Aria (*La Repubblica*)
Stefano Marroni (*Rai - Radio Televisione Italiana*)
Lorella Salce (*Comunicazione IFO - Istituti Fisioterapici Ospitalieri*)
Alessandro Santambrogio (*ACESIS Comunicazione*)

ABBREVIAZIONI

Age.na.s: Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali
AIOM: Associazione Italiana di Oncologia Medica
ASL: Azienda Sanitaria Locale
DRG: Raggruppamento Omogeneo di Diagnosi
DRM: Disease Related Malnutrition
ERAS: Enhanced Recovery After Surgery
ESPEN: Società Europea di Nutrizione Clinica e Metabolismo
FAVO: Federazione delle Associazioni di Volontariato in Oncologia
FeSIN: Federazione delle Società Italiane di Nutrizione
HTA: Health Technology Assessment
LEA: Livelli Essenziali di Assistenza
MMG: Medici di Medicina Generale
PLS: Pediatri di Libera Scelta
NAD: Nutrizione Artificiale Domiciliare
NHANES: National Health And Nutrition Examination Survey
ONS: Supplementi Nutrizionali Orali
PDTA: Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali
SSN: Sistema Sanitario Nazionale



I Fogli di Roma

Il 18-19 dicembre 2018 si è tenuto a Roma NUTRENDO® – Forum Nazionale sulla Nutrizione Clinica. Hanno partecipato alla manifestazione i principali stakeholders coinvolti nell'implementazione delle tematiche della Nutrizione Clinica nella pratica medica; dalla discussione e dal confronto sono emerse le azioni prioritarie e le vie da percorrere per raggiungere questo importante obiettivo. I Fogli di Roma sono il documento risultato da NUTRENDO® e rappresentano il punto di partenza per il cambiamento.

Perché un Forum sulla Nutrizione Clinica?

La Nutrizione Clinica è la disciplina medica che si occupa dei rapporti tra stato di nutrizione e salute dell'uomo in presenza di stati patologici acuti e/o cronici, in tutte le età della vita. Si interessa, in particolare, di valutare, prevenire, diagnosticare e curare la malnutrizione (per eccesso, per difetto o selettiva) e le alterazioni metaboliche-nutrizionali associate alla Nutrizione nel malato, in gruppi di malati e nell'individuo a rischio nutrizionale. L'insorgenza di alterazioni metaboliche-nutrizionali, infatti, ha sempre un impatto negativo sulla malattia di base, sulla possibilità di effettuare la terapia, sulla prognosi e sui costi di gestione del malato.

Per comprendere l'importanza della Nutrizione Clinica nella pratica clinica basti pensare alla perdita di peso che si manifesta nel 50% dei pazienti oncologici che può determinare l'interruzione o la sospensione della terapia e/o la morte per cachessia, oppure alla prevalenza della malnutrizione nei pazienti in dialisi che va dal 50 al 70% (a seconda delle casistiche e delle zone del mondo) e che rappresenta una causa di morte riconosciuta e crescente in dialisi, alla frequenza della disfagia nell'anziano che è spesso sotto-diagnosticata e può determinare l'insorgenza di polmoniti per ingresso del cibo nelle vie aeree, oppure al fatto che circa il 50% dei malati ricoverati negli ospedali sia a rischio di malnutrizione. D'altro canto, la malnutrizione per eccesso provoca sovrappeso e obesità in circa il 30% dei bambini in età scolare e in più del 45% della popolazione adulta, causando una serie di problematiche associate alla sindrome metabolica e all'aumentato rischio di malattie cardiovascolari. Pur avendo un impatto determinante nella gestione del paziente, la Nutrizione Clinica è spesso ne-

gletta e il malato non è opportunamente curato. L'inclusione della Nutrizione Clinica nei percorsi di cura, a fronte della sua dimostrata costo-efficacia, è ancora molto limitata ed è spesso del tutto assente all'interno della maggior parte dei PDTA per malattie croniche, anche per quelle per le quali è stato riconosciuto un forte impatto nutrizionale.

Perché la Nutrizione Clinica non è ancora entrata nella pratica clinica, nonostante gli evidenti benefici dimostrati?

Prima di tutto, è opportuno sottolineare come si siano susseguite una serie di azioni non fatte e decisioni non prese che hanno impedito una adeguata applicazione della Nutrizione Clinica. In primis, non si è fornita un'adeguata formazione e informazione su questa disciplina, fattore che ha contribuito a far sbilanciare visibilmente il rapporto domanda-offerta di competenze e prestazioni sanitarie a favore della domanda, in quanto l'offerta risulta ancora inadeguata a soddisfare i bisogni dei pazienti. Dal momento che la malnutrizione non interessa un organo specifico, ma l'organismo nel suo insieme, è spesso difficile individuare il medico specialista al quale rivolgersi per risolvere problemi nutrizionali. Inoltre, l'insegnamento della Nutrizione Clinica è del tutto insufficiente o addirittura non previsto nei corsi di Laurea di Medicina e Chirurgia e delle Professioni Sanitarie. Si intuisce facilmente come carenze formative (in che modo curare il paziente) e informative (a chi indirizzare il paziente) abbiano contribuito a ritardare l'introduzione della Nutrizione Clinica nella pratica quotidiana. D'altra parte, è evidente l'interesse del Sistema Sanitario Nazionale verso la Nutrizione Clinica che si presenta come una soluzione costo-efficace per la gestione del paziente.

In questo panorama culturale, scientifico e sanita-

rio, si colloca l'attività della SINuC, la Società Italiana di Nutrizione Clinica e Metabolismo che si pone come obiettivo la diffusione della cultura della Nutrizione Clinica per tutelare la salute della collettività e garantire appropriatezza ed efficacia dei percorsi di cura dei malati acuti e cronici.

NUTRENDO® è stata una delle importanti iniziative di SINuC che ha permesso il confronto tra

stakeholders (esperti di formazione in medicina, esperti di comunicazione, associazioni di pazienti, rappresentanti del mondo dell'industria, rappresentanti del Sistema Sanitario Nazionale e membri di alcune Società Scientifiche) con l'obiettivo di produrre un documento di alto valore scientifico e programmare interventi mirati e condivisi per migliorare il futuro della Nutrizione Clinica in Italia.

FORMAZIONE

SISTEMA SANITARIO NAZIONALE

SCIENZA

PAZIENTI

INDUSTRIA

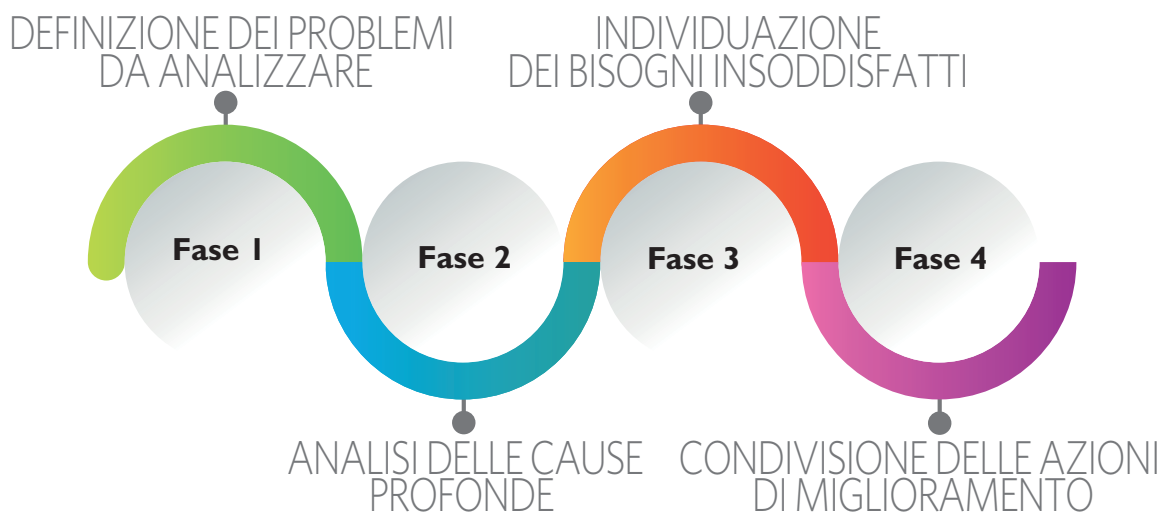
COMUNICAZIONE

Il metodo

Il percorso metodologico adottato per lo svolgimento del progetto NUTRENDO® ha seguito la logica delle fasi identificate dalla *Root Cause Analysis*, un metodo che consente ad operatori e organizzazioni di indagare le radici di un problema, le cause e i fattori che possono generare un evento avverso o una situazione non ottimale, offrendo la pos-

sibilità di identificare soluzioni e azioni più appropriate, utili alla risoluzione o al miglioramento del problema stesso.

Dal momento che nella Nutrizione Clinica sono molti gli attori coinvolti, tutti con un ruolo preciso per il miglioramento del sistema, l'analisi si è fondata su un approccio multidimensionale e multidisciplinare che si è svolto in un clima di proficua collaborazione.



La *Root Cause Analysis* consta di quattro fasi:

1. Definizione dei problemi da analizzare;
2. Individuazione dei bisogni insoddisfatti;
3. Analisi delle cause profonde;
4. Condivisione delle azioni di miglioramento.

Le prime due fasi sono state preparatorie e si sono svolte nei mesi di giugno-ottobre 2018, mentre la terza e la quarta parte del percorso sono state l'obiettivo dei workshop di Roma.

Nella **prima fase**, la SINuC ha individuato le sei aree tematiche tra le quali promuovere l'incontro e lo scambio: pazienti, formazione, industria, istituzioni sanitarie, Società Scientifiche, comunicazione. Per ogni area tematica, sono stati individuati i temi caldi da valutare analiticamente e le domande alle quali dare risposta. In questa **seconda fase**, con il solo scopo di indagine, è stato predisposto un questionario, che è stato somministrato online a tutti i membri SINuC e ai partecipanti al Forum NUTRENDO®. I risultati hanno permesso di mappare lo stato

dell'arte della Nutrizione Clinica a livello nazionale e delineare gli *unmet needs* da affrontare nel Forum.

Le **due fasi successive** sono state svolte durante il Forum attraverso sei gruppi di lavoro paralleli che hanno coinvolto rappresentanti di ciascuna area tematica individuata nella prima fase.

Nella **terza fase** si sono analizzate le problematiche specifiche, considerando sia i risultati della *survey* che il materiale di letteratura e approfondimento fornito da SINuC ai partecipanti, mentre nella **quarta fase** si sono condivise le azioni di miglioramento emerse nella discussione e si è stilata una lista di azioni prioritarie da intraprendere. Per ogni azione prioritaria, ogni membro del gruppo di lavoro ha compilato una scheda di valutazione anonima nella quale sono stati valutati il livello di accordo e il livello di importanza con una scala da 0 a 10; i risultati, imputati ed elaborati attraverso un apposito tool, sono stati condivisi graficamente nella sessione plenaria. ●



Indagine preliminare: la Survey NUTRENDO®

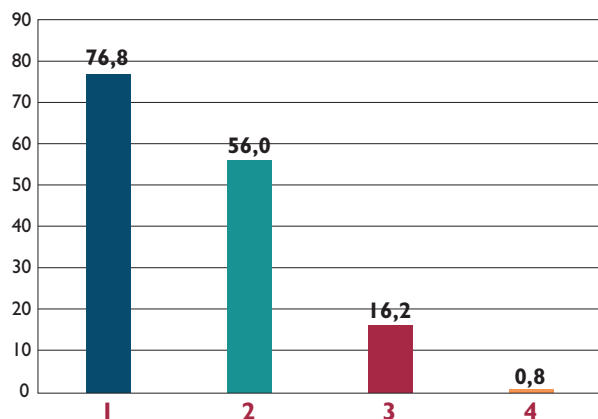
Il questionario preliminare è stato somministrato a 135 professionisti distribuiti su tutto il territorio nazionale ed è stato compilato da 124 pannellisti. Sono stati coinvolti per lo più medici (59.7%) e dietisti (26.6%), seguiti da farmacisti ed infermieri (entrambi 5.6%); non sono stati contattati esperti in comunicazione.

La Nutrizione Clinica è stata definita dalla maggior parte dei partecipanti (77.4%) come "la disciplina medica che si occupa dello studio, della prevenzione e della cura delle alterazioni metaboliche e nutrizionali conseguenti alle malattie acute e cronico-degenerative"; per il 55.6% la Nutrizione Clinica "include un complesso di saperi fortemente interdisciplinari che comprendono aspetti genetici, biochimici, fisiologici, psicologici, cognitivo-comportamentali, statistico-epidemiologici, clinici, tecnologici, economici e sociali". Si è approfondito l'interesse di ciascuna macroarea tematica da discutere nel Forum NUTRENDO® (con votazioni da 0 a 10) e si sono riscontrati i seguenti punteggi medi ponderati: 8.73 per i pazienti, 7.34 per l'industria, 8.85 per la formazione, 8.57 per le istituzioni sanitarie, 8.99 per scienza e 8.29 per comunicazione.

Le aree di maggiore criticità emerse dalle risposte dei pannellisti sono: la scarsa consa-

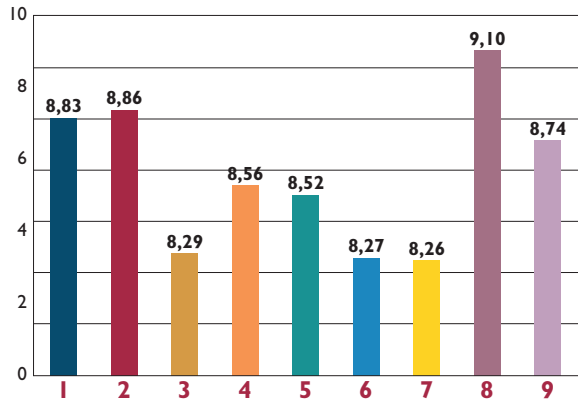
pevolezza delle problematiche nutrizionali da parte dei MMG/PLS (9.10), la scarsa attenzione dei decisori della Sanità Pubblica (8.77), la scarsa attenzione o formazione dei clinici verso cui transitano i pazienti (8.85), la mancanza di formazione specifica degli operatori sanitari (8.82). Le figure professionali da coinvolgere per la gestione delle problematiche nutrizionali dei pazienti sono il medico specialista in Scienze dell'Alimentazione (76.1%) e il Dietista (75.8%), seguiti dal MMG (61.3%) e dal Nutrizionista clinico (60.5%). Riguardo le possibili iniziative da intraprendere per migliorare la conoscenza/applicazione della Nutrizione Clinica, la proposta di "implementare la normativa nazionale e regionale" ha ottenuto un punteggio medio pari a 9.13, seguita da "favorire i rapporti con l'Università e le Scuole di Specializzazione" (8.70) e "favorire l'innovazione tecnologica attraverso l'introduzione di dispositivi ed apparecchiature qualitativamente superiori, che permettano di nutrire ed idratare il paziente in modo più appropriato, più sicuro, e complessivamente più economico per il SSN" (8.63). Nella pratica clinica in Italia, il livello di soddisfacimento dei bisogni nutrizionali dei pazienti è stato valutato 5.98 nella scala di valori da 10 (massimo soddisfacimento) a 0 (nessun soddisfacimento).

Quale è secondo Lei, tra quelle proposte, la definizione più corretta di "Nutrizione Clinica"



1. La Nutrizione Clinica è la disciplina medica che si occupa dello studio, della prevenzione e della cura delle alterazioni metaboliche e nutrizionali conseguenti alle malattie acute e cronico-degenerative;
2. La Nutrizione Clinica include un complesso di saperi fortemente interdisciplinari che comprendono aspetti genetici, biochimici, fisiologici, psicologici, cognitivo-comportamentali, statistico-epidemiologici, clinici, tecnologici, economici e sociali;
3. La Nutrizione Clinica studia le relazioni che intervengono tra alimenti e malattie (es.: infezioni, allergie/intolleranze alimentari, disturbi del comportamento alimentare);
4. Altro.

Livello di importanza delle potenziali aree di criticità legate alla Nutrizione Clinica (0-10)



1. Mancanza di una formazione specifica degli operatori sanitari;
2. Scarza attenzione o formazione dei clinici verso cui transitano i pazienti;
3. Mancanza di linee guida condivise con le altre specialità;
4. Mancanza di risorse economiche dedicate;
5. Mancanza di strutture dedicate;
6. Mancanza di tempo da parte dei MMG da dedicare agli aspetti nutrizionali;
7. Mancanza di disponibilità di personale dedicato specializzato
8. Scarso attenzione dei decisioni della Sanità pubblica;
9. Scarso consapevolezza delle problematiche nutrizionali da parte dei MMG/PLS.

I risultati di NUTRENDO®

SSN: equità, costo-efficacia e sostenibilità dei percorsi nutrizionali

La malnutrizione ha sempre un forte impatto negativo sul rischio clinico del paziente, qualunque sia la patologia di base; un'adeguata terapia nutrizionale permette di curare meglio la patologia di base, con conseguente guadagno di salute per il paziente e vantaggio per il Sistema Sanitario Nazionale sia in termini di impegno assistenziale che di costi (minore incidenza di complicanze e ridotta durata della degenza ospedaliera). La Nutrizione Clinica, infatti, utilizza **trattamenti costo-efficaci** in quanto fornisce prestazioni di alto livello di efficacia a costi generalmente inferiori rispetto alle terapie prescritte dalle altre branche specialistiche.

Il tema della malnutrizione e degli aspetti operativi inerenti alla Nutrizione Clinica dovrebbe essere affrontato a livello istituzionale attraverso uno specifico riferimento legislativo (Legge Quadro). Il Ministero della Salute si è fatto carico di questa problematica per i pazienti oncologici, con l'approvazione a dicembre 2017 de "Le linee di indirizzo sui percorsi nutrizionali nei pazienti oncologici" nella Conferenza Stato-Regioni. Questo approccio, che prevede un "percorso parallelo" oncologico e nutrizionale da attivare fin dalla diagnosi oncologica, dovrebbe essere generalizzato a tutte le patologie con importante impatto sullo stato nutrizionale e dovrebbe essere preso in considerazione l'inserimento della terapia nutrizionale tra i LEA.

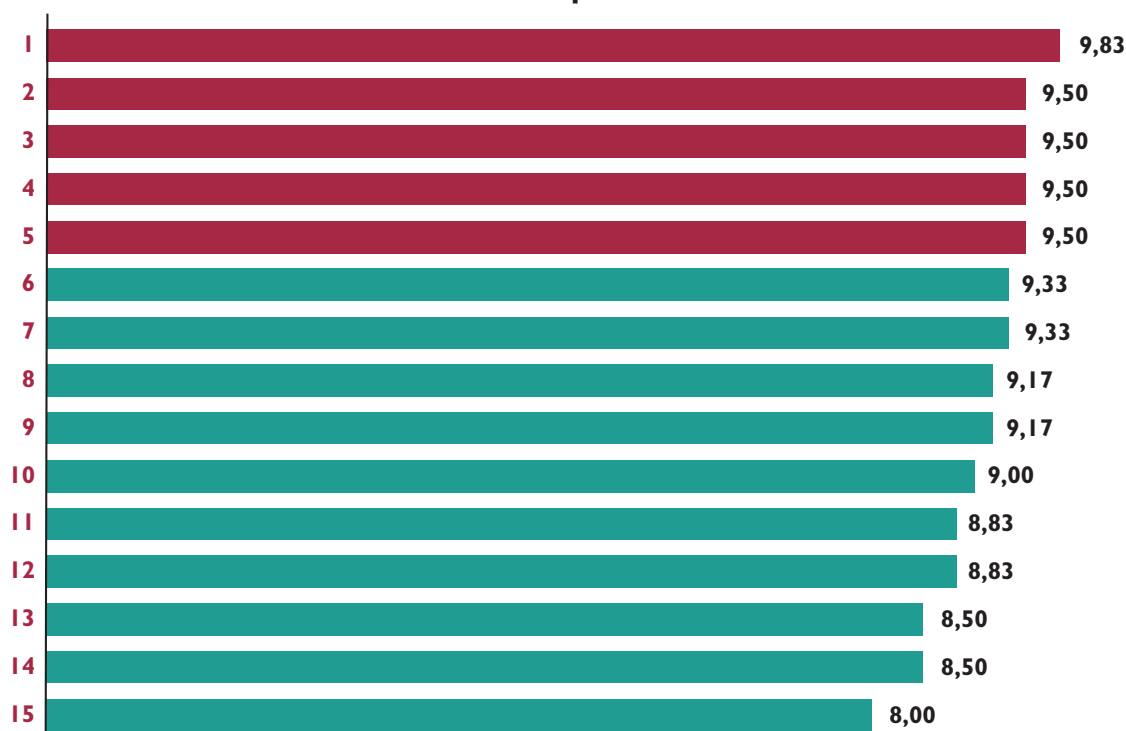
In Italia, le Regioni presentano una disparità di servizi e in molti casi non è presente un'organizzazione strutturata. Esistono, tuttavia, Regioni virtuose - come il Piemonte - in cui i percorsi permettono un'efficace presa in carico dei pazienti secondo un modello che potrebbe essere preso come riferimento e calato con gli opportuni adattamenti nelle altre realtà. Uno studio di farmacoeconomia effettuato nella Sanità Piemontese, infatti, ha evidenziato che l'incremento del personale dedicato alla Nutrizione Clinica permette di ridurre in modo significativo i tempi di degenza, facendo ampiamente recuperare i costi relativi

alle nuove assunzioni e assicurando il risparmio di spesa sanitaria a lungo termine.

Allo stato attuale, al di là di studi svolti nelle Regioni in cui esistono Strutture Organizzative di Nutrizione Clinica, a livello nazionale non sono disponibili dati epidemiologici che evidenzino l'importanza dell'implementazione dei servizi e dei percorsi di presa in carico nutrizionale e la ricaduta in termini di guadagno di salute e risparmio sui costi assistenziali. A questo proposito, per favorire il monitoraggio degli effetti di una terapia nutrizionale appropriata, sarebbe auspicabile la definizione di un set di indicatori specifici che permetta di valutare non solo gli aspetti clinico-nutrizionali (incremento ponderale, miglioramento della composizione corporea ...), ma anche la qualità della vita e la produttività del paziente oltre alla sua capacità di aderire più efficacemente alla cura della patologia di base. Sia a livello centrale (Ministero della Salute, Conferenza Stato - Regioni) che a livello regionale e delle singole Aziende Sanitarie, all'interno delle Commissioni deputate alla stesura dei PDTA delle patologie che impattano sullo stato nutrizionale dei pazienti, dovrebbe essere sempre prevista la presenza del medico esperto in Nutrizione Clinica. La nutrizione artificiale domiciliare è un ulteriore ambito della Nutrizione Clinica in cui l'assenza di una linea di indirizzo centrale penalizza la funzionalità dei servizi, che in molte regioni sono del tutto assenti e, comunque, assicurano prestazioni di livello qualitativo molto diverso spesso anche all'interno della stessa Regione. Allo scopo di assicurare l'omogeneità dei percorsi di Nutrizione Artificiale Domiciliare (NAD), sarebbe necessaria una Legge Nazionale che preveda i requisiti minimi dei servizi e le modalità di presa in carico e monitoraggio. In conclusione, per quanto concerne la NAD, sarebbe opportuno ripristinare l'iter di approvazione dei Disegni di Legge presentati nel corso delle precedenti legislature al fine di assicurare omogeneità dei percorsi su tutto il territorio nazionale.

Num.	Lista azioni prioritarie identificate: SSN
1	Stimolare la considerazione dei modelli regionali che funzionano
2	Evidenziare, quantificare e valorizzare presso le direzioni regionali e aziendali il risparmio a medio lungo termine indotto dagli interventi nutrizionali
3	Una coalizione di Stakeholder elabora una piattaforma per le istituzioni ai vari livelli di governo per aumentare la consapevolezza sugli aspetti preventivi e terapeutici della nutrizione nei vari ambiti
4	Integrare la logica del DRG con quella dell'approccio per percorsi e prese in carico del paziente in rete, svincolandola dalla sola prestazione
5	Elaborare una linea di indirizzo analoga a quella dei pazienti oncologici per la valutazione e presa in carico dei bisogni nutrizionali della persona con fattori di rischio e della persona malata
6	Effettuare una ricognizione a livello regionale e aziendale della ricaduta applicativa delle linee di indirizzo già esistenti
7	Elaborare un sistema di monitoraggio su recepimento e applicazione dell'intesa del 24/11/2016
8	Elaborare un sistema di monitoraggio su recepimento e applicazione dell'intesa del 2002
9	Inserire nel nomenclatore le prestazioni nutrizionali
10	Le prestazioni nutrizionali devono essere indicatori LEA. Evidenziare nell'ambito dei LEA la presa in carico nutrizionale
11	Creare all'interno della conferenza stato regioni un gruppo tecnico dedicato alla problematica "prevenzione e terapia della malnutrizione"
12	Evidenziare ai decisori l'emergenza nutrizionale legata all'invecchiamento della popolazione e all'aumento della prevalenza delle malattie cronico degenerative
13	Ripresentare il disegno di legge sulla NAD già proposto nella precedente legislatura
14	Elaborare un sistema di verifica del livello di applicazione delle "linee di indirizzo percorsi nutrizionali nei pazienti oncologici " del novembre 2017
15	Comunicazione e consenso sono le premessa per l'elaborazione di una legge nutrizionale sulla Nutrizione Clinica che tenga conto degli aspetti organizzativi e dei percorsi

Livello di importanza: SSN



Industria: verso una visione condivisa della Nutrizione Clinica

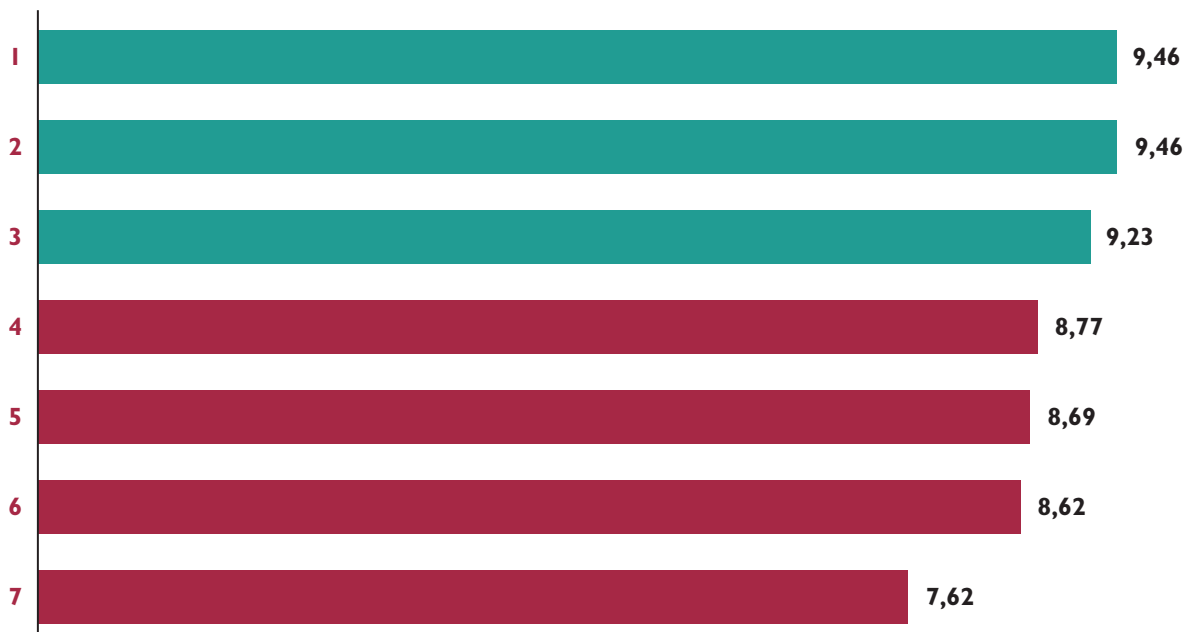
La corretta applicazione della terapia nutrizionale in vari ambiti ha dimostrato efficacia sia da un punto di vista clinico, che di convenienza economica, ai fini della sostenibilità del sistema sanitario. Esistono già alcune indicazioni che regolamentano la ristorazione ospedaliera ed assistenziale e Linee Guida che indirizzano i clinici verso una corretta gestione del malato (es. legge Balduzzi 189/2012, Linee di indirizzo nazionale per la ristorazione ospedaliera e assistenziale, Linee di indirizzo sui percorsi nutrizionali nei pazienti oncologici, Linee guida sulla Nutrizione Artificiale Domiciliare), ma non se ne osserva una corretta e completa applicazione, a causa della mancanza di consapevolezza tra gli operatori sanitari e tra gli amministratori. Anche nell'ambito della Nutrizione Artificiale Domiciliare, più complesso dal punto di vista gestionale, non esistono livelli di qualità di servizio definiti che possano consentire una equità di trattamento, ma si rileva una difformità di erogazione da Regione a Regione, da ASL ad ASL e perfino da distretto a distretto. Per garantire una equità di accesso a tutti i cittadini, appare fondamentale la richiesta dell'inserimento delle terapie nutrizionali (dai supplementi nutrizionali orali alla nutrizione artificiale enterale e parenterale domiciliare) nei LEA e di percorsi di presa in carico nutrizionale all'interno dei PDTA, almeno per alcune categorie di pazienti. Purtroppo, la Nutrizione Clinica in sé, come disciplina, è poco valorizzata, e il personale

qualificato per la gestione delle problematiche associate alla terapia nutrizionale è carente. Per aumentare la cultura su questo tema in ambito medico, sarebbe opportuno che le autorità accademiche e universitarie inserissero la Nutrizione Clinica nel piano di studi della Facoltà di Medicina e Chirurgia, sia nel corso di laurea che nei diversi corsi di specializzazione. L'istituzione di un osservatorio nazionale permanente sulla Nutrizione Clinica, in collaborazione con Age.n.a.s, potrebbe monitorare l'applicazione delle normative già esistenti e promuoverne altre ritenute necessarie. È importante puntare, ad esempio, su uno screening nutrizionale obbligatorio dei pazienti ospedalizzati e istituzionalizzati con follow-up periodico e favorire le convenzioni tra reparti/ specialisti in Nutrizione Clinica e ospedali che ne siano sprovvisti; la scheda di valutazione nutrizionale dovrebbe poi essere inserita direttamente all'interno della cartella clinica dei pazienti, quale elemento indispensabile ai fini della chiusura della cartella e per il riconoscimento del DRG.

Per ottenere i risultati voluti è necessario che tutti gli *stakeholders* coinvolti collaborino insieme dandosi obiettivi specifici da raggiungere tramite progetti ad hoc da seguire in maniera coordinata e continuativa. È inoltre auspicabile la realizzazione di momenti di incontro in cui diffondere a livello nazionale, regionale e locale le evidenze cliniche ed economiche già esistenti.

Num.	Lista azioni prioritarie identificate: Industria
1	Favorire e stimolare la corretta e completa applicazione di leggi e linee di indirizzo esistenti (es. legge Balduzzi 189/2012; linee di indirizzo ministeriali per la ristorazione ospedaliera ed assistenziale; linee di indirizzo sui percorsi nutrizionale nei pazienti oncologici) attraverso istituzione di un osservatorio permanente in collaborazione con Age.n.a.s
2	Richiedere l'inserimento delle terapie nutrizionali (dagli ONS alla nutrizione artificiale anche domiciliare) nei LEA, almeno per alcune categorie di pazienti, a partire dai pazienti oncologici
3	Istituire gruppi di lavoro multidisciplinari al fine di assicurare l'inserimento di un percorso di presa in carico nutrizionale all'interno dei PDTA per il malato oncologico a livello nazionale e regionale
4	Promuovere valorizzazione della malnutrizione da malattia (DRM) attraverso inserimento di apposita scheda di assessment nutrizionale nella cartella clinica del paziente indispensabile per la chiusura della cartella per riconoscimento DRG
5	Promuovere la coalizione di tutti i soggetti coinvolti nell'ambito della Nutrizione Clinica (<i>stakeholders</i>) su progetti specifici con cadenza coordinata e continuativa
6	Istituire gruppi di lavoro multidisciplinari al fine di assicurare l'inserimento di un percorso di presa in carico nutrizionale all'interno dei PDTA per il malato oncologico a livello nazionale e regionale
7	Uniformare la terminologia della disciplina in ambito clinico e formativo su iniziativa delle Società Scientifiche e Istituzioni Accademiche

Livello di importanza: Industria



Pazienti: l'empowerment del paziente, per un ruolo attivo nella definizione dei percorsi nutrizionali

In Nutrizione Clinica, come in ogni percorso terapeutico, la consapevolezza e la partecipazione fattiva del paziente sono essenziali per ottenere risultati positivi. A questo scopo le associazioni dei pazienti e le fondazioni possono avere un ruolo fondamentale. Alcune di esse, come Cittadinanza Attiva e FAVO, hanno intuito l'importanza della Nutrizione Clinica nella malattia oncologica e hanno sottoscritto le "Linee di indirizzo sui percorsi nutrizionali nei pazienti oncologici" con l'obiettivo di ridurre le complicanze conseguenti alla malnutrizione e facilitare il recupero dello stato nutrizionale e della salute fisica, che rappresentano tappe irrinunciabili nel processo di guarigione. Prendendo a modello la esperienza positiva con AIOM, le associazioni di pazienti dovrebbero creare reti tra loro e le Società Scientifiche per diffondere la cultura del patient empowerment nell'ambito della Nutrizione Clinica al fine di diffondere una adeguata e corretta informazione scientifica. È necessario, inoltre, tener presente che la Nutrizione Clinica, purtroppo, non è diffusa in maniera omogenea su tutto il territorio nazionale. La mancanza di centri di riferimento per la Nutrizione Clinica in molte Regioni, e l'assenza di PDTA specifici sulla nutrizione sono un importante ostacolo per la corretta applicazione ed utilizzo della terapia nutrizionale.

Esistono tuttavia alcune eccezioni che po-

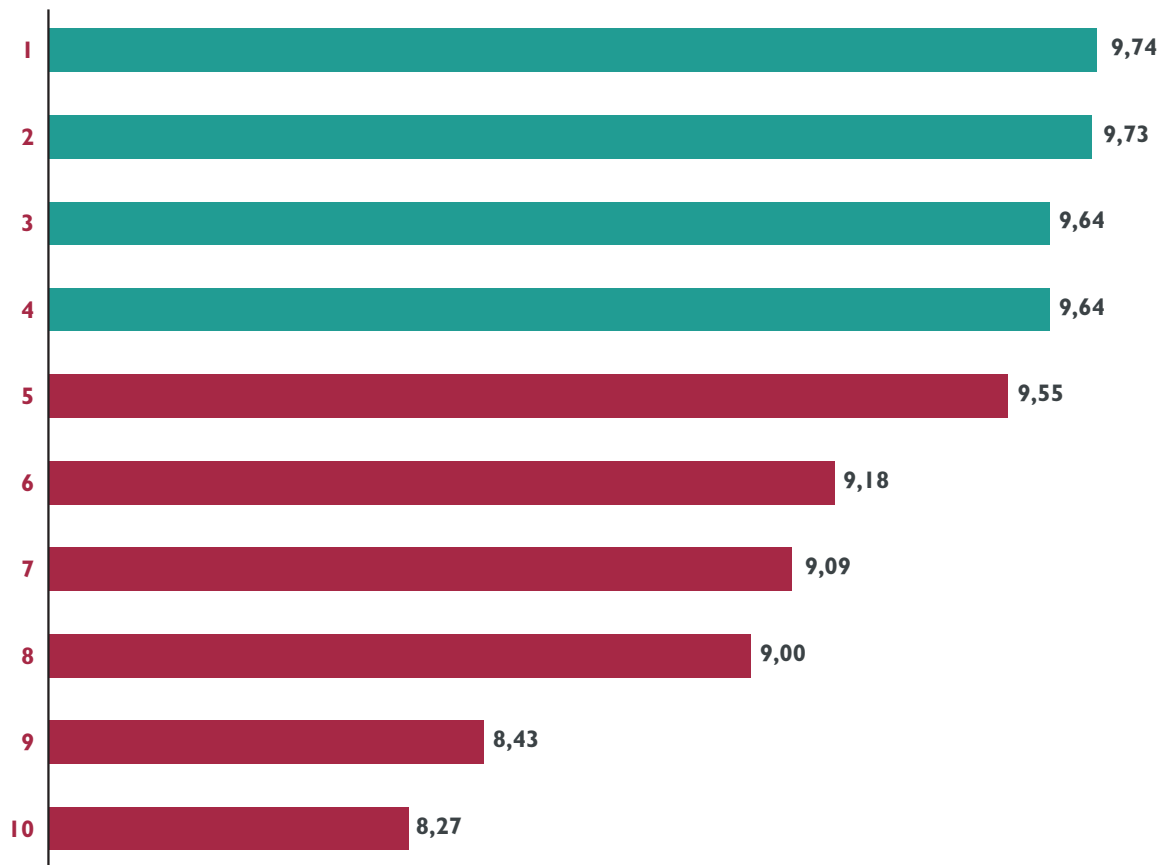
trebbero essere prese a modello. Alcuni centri di eccellenza operano trasversalmente in tutti gli ambiti della medicina che richiedono un intervento nutrizionale *ad hoc*: come nel caso del sovrappeso e dell'obesità, della sindrome metabolica, di stati fisiologici come la gravidanza, di patologie croniche con ripercussioni metabolico-nutrizionali (malattie gastroenterologiche, reumatologiche, infettive, oncologiche, ecc.).

È molto importante mappare le unità operative di Nutrizione Clinica esistenti e promuoverne la istituzione di nuove negli Ospedali e nei Distretti, dove necessario, invertendo la tendenza a ridurre il numero e le risorse assegnate. La creazione di registri unici nazionali di pazienti con patologie che necessitano di nutrizione artificiale, utilizzando fondi stanziati dall'Unione Europea, potrebbe ulteriormente facilitare il monitoraggio e la gestione della richiesta.

Una strategia che potrebbe favorire concretamente l'implementazione della Nutrizione Clinica è l'uso della telemedicina che consentirebbe il dialogo a distanza tra il paziente e il professionista della salute, fornendo videoconsulenze e supporto specialistico. Inoltre, attraverso la sanità digitale applicata alla Nutrizione Clinica, si potrebbero effettuare rilevazioni dello stato di malnutrizione su intere fasce di popolazione e influire sui decisori istituzionali.

Num.	Lista azioni prioritarie identificate: Pazienti
1	Considerare inderogabile inserire il counseling nutrizionale in ogni approccio al paziente con problemi nutrizionali (linee guida e PDTA)
2	Promuovere l'appropriatezza e la personalizzazione delle prescrizioni di NA e del percorso di erogazione rispettando la continuità assistenziale, in collaborazione con lo specialista di riferimento
3	Mappare le unità operative di Nutrizione Clinica esistenti e promuoverne l'istituzione di nuove negli Ospedali e nei Distretti, dove necessario, invertendo la tendenza a ridurre il numero e le risorse assegnate
4	Inserire la NC trasversalmente nei PDTA delle malattie croniche e rare garantendo e verificando la loro applicazione
5	Potenziare i corretti canali di informazione, anche allo scopo della prevenzione, rivolti ai cittadini ed ai pazienti
6	Creare una rete di associazioni di pazienti che collaborino con le Società Scientifiche per stabilire strategie condivise nei confronti delle istituzioni
7	Omogeneizzare le normative regionali sulle procedure relative alla erogazione gratuita degli ONS
8	Includere le associazioni dei pazienti nelle commissioni di gare di appalto attinenti alla Nutrizione Clinica
9	Promuovere la creazione di registri unici nazionali di pazienti con patologie che necessitano di nutrizione artificiale, utilizzando fondi di finanziamento stanziati dalla UE
10	Coinvolgere formalmente le associazioni dei pazienti per promuovere telemedicina e HTA

Livello di importanza: Pazienti



Formazione: l'insegnamento della Nutrizione Umana e Clinica nel percorso universitario

Nonostante siano numerose le patologie associate ad un alterato stato nutrizionale, i professionisti dell'area sanitaria, *in primis* i medici, non sono spesso preparati per affrontare tali problematiche nell'ambito dei diversi contesti assistenziali, quali l'ospedale, il territorio, le strutture di ricovero residenziali e riabilitative. Nei piani di studio attuali non esistono programmi specifici per approfondire le tematiche della Nutrizione Umana e Clinica e le informazioni che vengono fornite agli studenti sono talvolta scarse e poco sistematizzate.

La Nutrizione Umana è una materia fortemente interdisciplinare che comprende aspetti genetici, biochimici, fisiologici, psicologici, cognitivo-comportamentali, statistico-

epidemiologici, clinici, tecnologici, economici, politici e sociali. Questa trasversalità, seppur rappresentando un valore aggiunto di altissimo interesse, rende spesso difficile un'assegnazione univoca delle competenze tra professionalità che si occupano di Nutrizione Umana e che idealmente dovrebbero collaborare per ottenere i risultati auspicati. A causa della trasversalità degli aspetti nutrizionali, nel corso di laurea di Medicina e Chirurgia l'insegnamento della Nutrizione Umana e, in particolare, degli aspetti clinici ad essa connessi non è garantita in maniera coordinata nei vari insegnamenti ma, soprattutto, non sono indirizzate all'acquisizione di competenze specifiche nell'ambito della nutrizione di base, applicata e clinica.

Ambiti di interesse delle aree della Nutrizione Umana

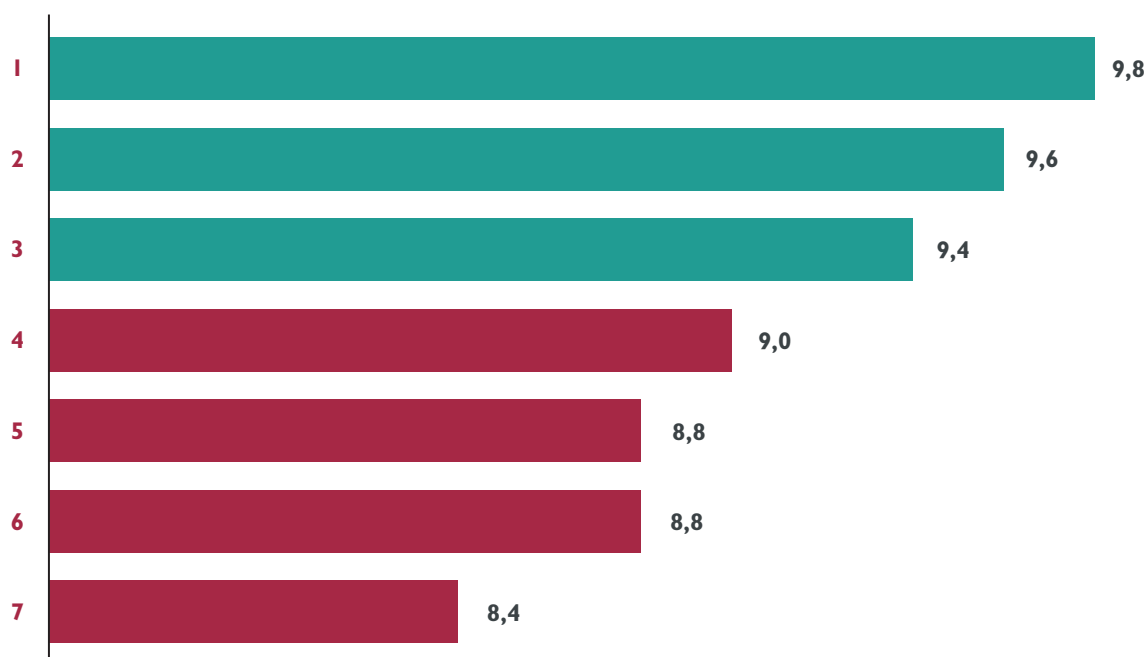
- **Nutrizione di base:** studia e caratterizza la presenza, la biodisponibilità, i meccanismi di azione e il ruolo biochimico-fisiologico dei nutrienti e delle altre sostanze d'interesse nutrizionale nell'organismo umano. Competenza della nutrizione di base è altresì lo studio del metabolismo a livello molecolare, cellulare, tissutale e d'organo.
- **Nutrizione applicata:** competenze della nutrizione applicata sono il miglioramento della qualità nutrizionale degli alimenti, la prevenzione primaria, la sorveglianza e l'epidemiologia nutrizionale, la definizione di valori di riferimento e di linee guida per la sana alimentazione, l'educazione alimentare e la ristorazione collettiva per la popolazione sana.
- **Nutrizione Clinica:** interviene nella prevenzione e nella terapia dei soggetti con patologia, e multimorbilità, per il mantenimento e/o raggiungimento del miglior stato di nutrizione compatibile con le condizioni cliniche del soggetto. La Nutrizione Clinica utilizza approcci validati per la diagnosi, la terapia e la riabilitazione nutrizionale (dieterapie specifiche per patologie, nutrizione artificiale, integrazione selettiva di vari nutrienti), comportamentale e farmacologica.

La mancanza di formazione nutrizionale non interessa soltanto il corso di Laurea in Medicina e Chirurgia, ma è un problema generalizzato di tutti i corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie nonché di molte Scuole di Specializzazione dell'area medico-chirurgica. Nel rispetto delle attuali indicazioni ministeriali, l'insegnamento sui temi della Nutrizione Clinica dovrebbe essere incluso in tutti i livelli del percorso universitario. A questo proposito, potrebbe essere utile individuare unità didattiche minime per introdurre in tutti i corsi di Laurea Magistrale le conoscenze e competenze in relazio-

ne al profilo professionale da formare. Il mondo accademico dovrebbe valorizzare, inoltre, il ruolo di futuri formatori nelle Lauree e nelle Scuole di Specializzazione di ambito nutrizionale e sanitario, per rispondere alle esigenze del cittadino/paziente di informazione e incentivare la sensibilizzazione alla Nutrizione Umana e Clinica, a partire dalle Scuole di ogni ordine e grado. Questa visione di ampio respiro favorirebbe anche l'acquisizione da parte del paziente di maggiore consapevolezza e attenzione sulle problematiche nutrizionali, come auspicato dalle associazioni di pazienti.

Num.	Lista azioni prioritarie: Formazione
1	Identificare unità didattiche elementari minime per introdurre in tutti i corsi di laurea magistrale a ciclo unico le conoscenze e le competenze in relazione al profilo professionale da formare
2	L'insegnamento sui temi della Nutrizione Clinica dovrebbe essere incluso in tutte le fasi del percorso universitario (Corsi di laurea magistrali, lauree triennali e specialistiche, Scuole di Specializzazioni, dottorati di ricerca, master) di area sanitaria, individuando tutti i profili professionali potenzialmente interessati, nel rispetto delle indicazioni ministeriali e ordinamentali
3	In tutte le professioni sanitarie, è suggerito di creare attività didattiche elettive dedicate alla nutrizione, coerenti con il profilo professionale
4	In tutte le professioni sanitarie è suggerito di identificare abilità pratiche minime inerenti gli ambiti nutrizionali e coerenti con il corso di studio
5	Incrementare la collaborazione inter specialistica è essenziale ai fini di una migliore erogazione didattica
6	Il mondo accademico deve valorizzare nelle lauree e nelle Scuole di Specializzazione di ambito nutrizionale e sanitario il ruolo di futuri formatori, per rispondere alle esigenze del cittadino/paziente
7	Il mondo accademico può contribuire a implementare le tematiche connesse al tema della nutrizione nei progetti ponte

Livello di importanza: Formazione



Scienza: la Nutrizione Clinica, una disciplina trasversale

Le Società Scientifiche, in primis la SINuC, rivestono un ruolo centrale per la soluzione delle problematiche associate alla scarsa diffusione della cultura della Nutrizione Clinica, in quanto possono interloquire con tutti gli stakeholders e fornire competenze specifiche, applicabili alla realtà italiana. Uno dei principali compiti delle Società Scientifiche è l'elaborazione di linee guida condivise e basate sull'evidenza.

Tuttavia, proprio nel campo della Nutrizione Clinica, la produzione di linee guida non necessariamente si traduce nell'implementazione di percorsi nutrizionali corretti nella pratica di tutti i giorni. Infatti, le linee guida sono talvolta troppo generiche e non traslabili sistematicamente a specifici setting clinici. Il paziente complesso e polimorbido spesso sfugge ad una precisa classificazione e dunque è difficile decidere quale linea guida applicare. Al contrario, esistono linee guida, soprattutto in area chirurgica, basate su solide evidenze scientifiche, che però non vengono applicate per la resistenza offerta al cambiamento verso modelli più efficaci da parte di scuole chirurgiche. Un chiaro esempio è fornito dalle linee guida della ERAS Society, costituite da un insieme variamente modulabile di cure perioperatorie, ognuna basata sull'evidenza, che hanno l'obiettivo di ridurre al minimo lo stress post-chirurgico, e garantire un recupero ottimale ed un ritorno precoce e sicuro alle attività quotidiane. Il punto fondamentale di queste linee guida è l'approccio multidisciplinare al paziente, nel quale la componente nutrizionale è essenziale. I protocolli ERAS infatti includono la valutazione nutrizionale preoperatoria per individuare i soggetti a rischio di malnutrizione, per i quali predisporre un trattamento di supporto nutrizionale e metabolico. E' dunque questo il secondo punto caratterizzante delle linee guida ERAS e di particolare rilievo per la Nutrizione Clinica: il supporto nutrizionale non svolge più il mero ruolo di correzione di eventuali deficit nutrizionali, ma anche e soprattutto di modulatore delle risposte metaboliche a loro volta importanti nel determinare la prognosi. Un simile approccio è presente nelle linee guida elaborate dalla Società Europea di Nutrizione Clinica e Metabolismo (ESPEN), suddivise per patologia e disponibili gratuitamente online (HYPERLINK "<http://www.espen.org>" www.espen.org). Anche

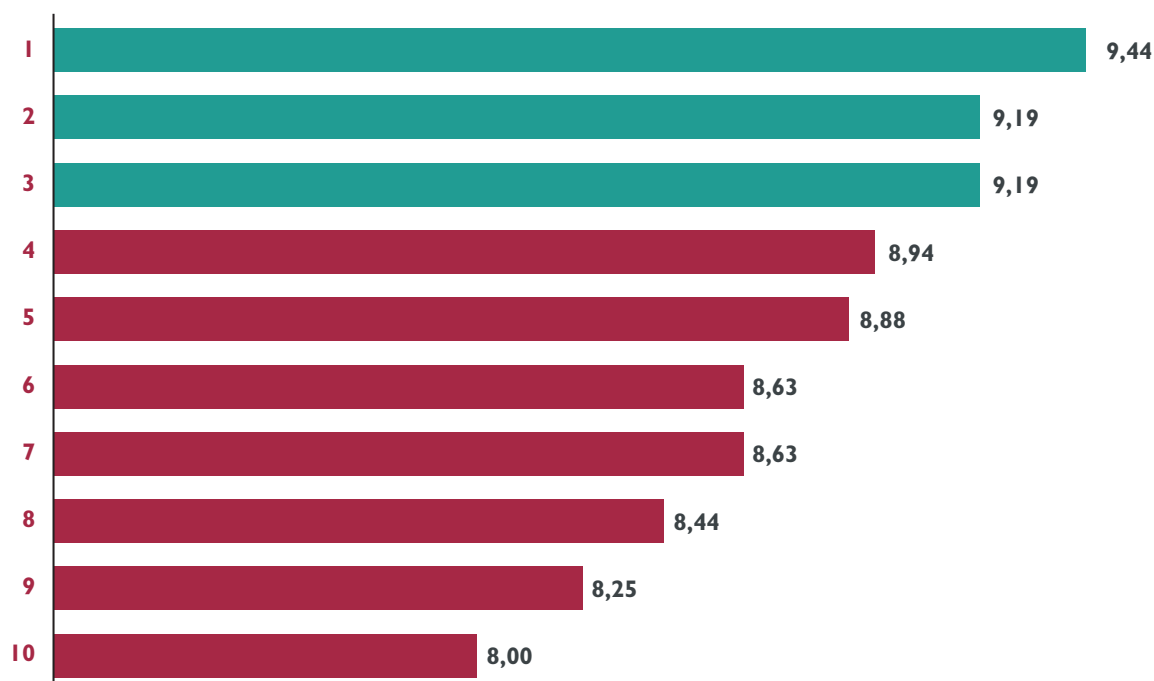
in queste linee guida è prevista la gestione multidisciplinare e condivisa del paziente, ma si pone anche l'accento sulla necessità di corroborare le linee guida con studi clinici con maggiore forza statistica, allo scopo di aumentare il numero di raccomandazioni cogenti e di più alto significato clinico. Non va infatti dimenticato che purtroppo la qualità statistica del maggior numero delle pubblicazioni in campo nutrizionale e metabolico è senz'altro debole, e le Società Scientifiche devono farsi carico di stimolare la produzione di più studi ben disegnati.

Un altro obiettivo da perseguire da parte delle Società Scientifiche è l'individuazione di misure multiparametriche per valutare lo stato nutrizionale dei pazienti, ma che possano anche descrivere la complessità ed il rischio clinico. In tale ottica, è importante la collaborazione con il SSN (vedi foglio relativo) e soprattutto con i MMG e le reti di assistenza, che devono essere il primo livello di valutazione dello stato nutrizionale. E' infatti ben noto che la maggior parte dei pazienti malnutriti in ospedale, lo è già all'ingresso. Il MMG sarà poi centrale nel follow up del paziente malnutrito, assicurandosi l'adesione alle direttive indicate dai centri specialistici.

In Italia è disponibile una estesa rete di MMG che rappresenta un punto di forza importante sul quale fondare il servizio capillare di assistenza nutrizionale sul territorio, in modo da diventare il trait d'union tra paziente e centro specialistico grazie al rapporto fiduciario con i pazienti instaurato negli anni. Va detto che sono presenti sul territorio molti consultori e servizi di indirizzo nutrizionale strutturati come esempi di eccellenza di una buona comunicazione medico-paziente. Infine, esistono numerose e qualificate associazioni di pazienti nel settore che promuovono iniziative per sensibilizzare i pazienti e a volte anche il grande pubblico ai temi della Nutrizione Clinica. Purtroppo, a fronte di una valida rete di assistenza, manca in Italia, fatte salve le dovute eccezioni, un'altrettanto valida rete scientifica sui temi della Nutrizione Clinica. Scopo delle Società Scientifiche deve essere anche quello di mettere in rete le migliaia di pazienti che in ospedale e a domicilio ricevono un supporto nutrizionale-metabolico, in modo che, dall'analisi dei cosiddetti "big data", sia poi possibile derivare pratiche e comportamenti clinici sicuramente efficaci.

Num.	Lista azioni prioritarie: Scienza
1	Qualificare l'intervento nutrizionale come elemento essenziale all'interno di un approccio multimodale modulato sui bisogni del paziente
2	Promuovere la formazione Universitaria in Nutrizione Clinica e nelle Scuole di Specializzazione medica e di altre professioni sanitarie
3	Istituire gruppi di lavoro interdisciplinari a livello di Società Scientifiche, tavoli istituzionali ed a livello locale/intraospedaliero
4	Coinvolgere il paziente e il caregiver in un processo educativo circa le scelte in merito alla Nutrizione Clinica
5	Creare evidenze adeguate alla disciplina, con outcome focalizzati sul paziente (es. QoL, PROs) e sul rapporto costo efficacia
6	Facilitare programmi di supporto ai pazienti in grado di monitorare sistematicamente i livelli di aderenza
7	Promuovere e verificare l'aderenza negli ambiti dove esistono linee guida con una forte evidenza
8	Promuovere studi di registro e survey delle buone pratiche (es. ERAS sul paziente chirurgico)
9	Istituire gruppi di lavoro che garantiscano l'applicazione di Linee Guida all'interno di diversi setting assistenziali
10	Promuovere la realizzazione di uno studio epidemiologico sulla malnutrizione (es. studio NHANES)

Livello di importanza: Scienza



Comunicazione: la Nutrizione Clinica tra fake news e corretta informazione

Accanto alla comunicazione medico-paziente, essenziale per ottenere i migliori benefici dalla Nutrizione Clinica, diventa sempre più indispensabile che il mondo della comunicazione trasmetta corrette informazioni riguardo queste tematiche così complesse ed importanti.

Prima di tutto occorre chiarire esattamente il significato di alcuni termini specifici - come "alimentazione" e "nutrizione" - che sono ora, come per tante altre discipline, utilizzati nel linguaggio comune, a volte come sinonimi e con evidente incoerenza rispetto al loro significato reale. Si leggano le definizioni nel documento Alimentazione e Nutrizione in Parole scritto dalla FeSIN in collaborazione con Segretariato Sociale Rai a maggior ragione è ancora poco nota la differenza con la Nutrizione "Clinica" che si occupa di soggetti in condizioni di malattia :

- › **nutrizione:** *quanto serve a nutrire con riguardo alla qualità o alla quantità. In senso più specifico, indica il complesso dei processi biologici che consentono o condizionano la crescita, lo sviluppo e l'integrità dell'organismo vivente (animale o vegetale) in relazione alle disponibilità di energia, nutrienti e altre sostanze d'interesse nutrizionale.*
- › **alimentazione umana:** *scelta e consumo consapevole da parte dell'individuo di alimenti e bevande nelle loro varie combinazioni. È influenzata da fattori biologici e non biologici (relazionali, psicologici, sensoriali, socioculturali etc.). Con tale termine si indica anche la disciplina che si interessa di questi argomenti.*

Lo stesso discorso vale per alcune nuove professioni, sanitarie e non, unificate sotto termini piuttosto generici, come ad esempio quelli di dietologo e nutrizionista, che richiedono inve-

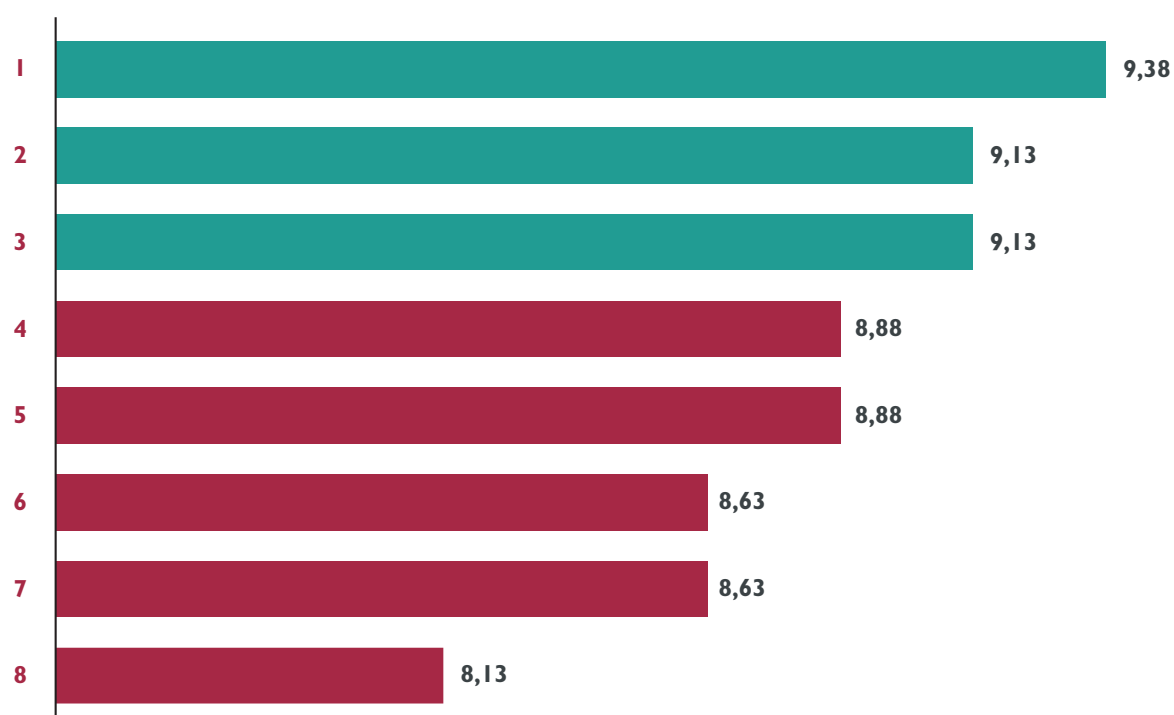
ce una necessaria precisazione, che risulta difficile perché si tratta, tra l'altro, di professioni in continua evoluzione. Il risultato di questa confusione è un disorientamento del giornalista che, alle prese con le esigenze di velocità che gli impone la professione, spesso si rivolge al professionista inadatto a commentare questa o quella ricerca.

Essendo un ambito in cambiamento, è molto importante che i rappresentanti dei mass media siano sempre aggiornati sui temi dell'alimentazione e della Nutrizione e che collaborino con le Società Scientifiche, ad esempio inseriti in appositi board e periodicamente formati così come prevede la legge, con le associazioni dei MMG/PLS perché l'informazione erogata sia scientificamente corretta. I messaggi principali che attualmente devono essere trasmessi al grande pubblico sono la consapevolezza che la malnutrizione (*malnutrizione: insieme di alterazioni strutturali e funzionali dell'organismo causate da apporti in eccesso o in difetto - malnutrizione per eccesso o per difetto - di energia e/o di uno o più nutrienti; ha effetti negativi su prognosi, morbosità e mortalità*) sia un big killer per sé e che la Nutrizione Clinica possa essere considerata una terapia salvavita.

Deve, inoltre, essere valorizzato il concetto che le prescrizioni di Nutrizione Clinica sono un atto medico e che l'aderenza a tali prescrizioni determina il successo della terapia stessa. È molto importante monitorare le fake news in campo nutrizionale, coinvolgendo le associazioni dei pazienti e le Società Scientifiche nel presidio dei social e rispondere saturando il web con informazioni verificate su temi di moda e di interesse. La diffusione proattiva di real news con team di esperti e comunicatori potrebbe essere un'altra strategia vincente per formare il grande pubblico sulle tematiche della Nutrizione Clinica. ●

Num.	Lista azioni prioritarie identificate: Comunicazione
1	Diffondere la consapevolezza che la malnutrizione è un big killer in se stesso e la Nutrizione Clinica è una terapia salvavita
2	Valorizzare la distinzione tra alimentazione e Nutrizione Clinica selezionando i contenuti da presentare ai media
3	Per combattere il fenomeno delle <i>fake news</i> , diffondere proattivamente real news validate con un team di esperti e comunicatori sotto lo pseudonimo doctor SINuC o doctor NUTRENDO®
4	Necessità di formazione continua per i rappresentanti della stampa sul tema della Nutrizione Clinica perchè abbiano maggiore consapevolezza dell' argomento
5	Per ampliare la platea di ascolto, esplicitare la continuità tra l'alimentazione come strumento di prevenzione e la Nutrizione Clinica come terapia
6	Creare eventi di forte impatto mediatico in sinergia con le associazioni dei MMG/PLS
7	Monitorare le false notizie in campo nutrizionale, coinvolgendo le associazioni nel presidio dei social e rispondere saturando il web con informazioni verificate su temi di moda e interesse
8	Nei rapporti con i media è strategico utilizzare un approccio narrativo partendo da un argomento particolare per arrivare a un tema generale

Livello di importanza: Comunicazione



Le vie del cambiamento

A I termine delle discussioni nei gruppi di lavoro in sessione plenaria, sono state valutate le strategie da perseguire per implementare la Nutrizione Clinica nella pratica.

È interessante notare come tutti gli *stakeholders* - seppur appartenenti ad aree tematiche diverse e quindi con formazione e interessi diversi - abbiano individuato le azioni prioritarie in maniera concorde. ●

Area tematica	Azione Prioritaria	Punteggio
SSN	Stimolare la considerazione dei modelli regionali che funzionano	9.83
	Evidenziare, quantificare e valorizzare presso le direzioni regionali e aziendali il risparmio a medio lungo termine indotto dagli interventi nutrizionali	9.50
	Una coalizione di <i>stakeholders</i> elabora una piattaforma per le istituzioni ai vari livelli di governo per aumentare la consapevolezza sugli aspetti preventivi e terapeutici della nutrizione nei vari ambiti	9.50
	Integrare la logica del DRG con quella dell'approccio per percorsi e prese in carico del paziente in rete, svincolandola dalla sola prestazione	9.50
	Elaborare una linea di indirizzo analoga a quella dei pazienti oncologici per la valutazione e presa in carico dei bisogni nutrizionali della persona con fattori di rischio e della persona malata	9.50
Industria	Favorire e stimolare la corretta e completa applicazione di leggi e linee di indirizzo esistenti attraverso istituzione di un osservatorio permanente in collaborazione con Age.na.s	9.46
	Richiedere l'inserimento delle terapie nutrizionali (dagli ONS alla nutrizione artificiale enterale e parenterale domiciliare) nei LEA almeno per alcune categorie di pazienti, a partire dai pazienti oncologici	9.46
	Istituire gruppi di lavoro multidisciplinari al fine di assicurare l'inserimento di un percorso di presa in carico nutrizionale all'interno dei PDTA per il malato oncologico a livello nazionale e regionale	9.23
Pazienti	Considerare inderogabile l'inserimento della valutazione dello stato nutrizionale del counselling nutrizionale in ogni approccio al paziente con problemi nutrizionali (linee guida e PDTA)	9.74
	Promuovere l'appropriatezza e la personalizzazione delle prescrizioni di nutrizione artificiale, in particolare di nutrizione artificiale domiciliare, e del percorso di erogazione rispettando la continuità assistenziale, in collaborazione con lo specialista di riferimento. L'obiettivo deve essere la promulgazione di una legge che renda equi ed omogenei i percorsi sul territorio nazionale (vedi DDL 857: Disciplina nazionale della nutrizione artificiale parenterale ed enterale, ospedaliera e domiciliare, rimasto in sospeso nella precedente legislatura).	9.73
	Mappare le unità operative di Nutrizione Clinica esistenti e promuoverne l'istituzione di nuove negli Ospedali e nei Distretti, dove necessario, invertendo la tendenza a ridurre il numero e le risorse assegnate	9.64
	Inserire la Nutrizione Clinica trasversalmente nei PDTA (compresi quelli inseriti e inseribili nei vari progetti di Telemedicina) delle malattie croniche e rare garantendo e verificandone l'applicazione	9.64
Formazione	Identificare unità didattiche minime per introdurre in tutti i corsi di laurea magistrale a ciclo unico le conoscenze e le competenze in relazione al profilo professionale da formare.	9.80
	L'insegnamento sui temi della Nutrizione Clinica dovrebbe essere incluso in tutte le fasi del percorso universitario di area sanitaria, individuando tutti i profili professionali potenzialmente interessati, nel rispetto delle indicazioni ministeriali e ordinamentali.	9.60
	In tutte le professioni sanitarie, è suggerito di creare attività didattiche elettive dedicate alla nutrizione, coerenti con il profilo professionale.	9.40
Scienza	Qualificare l'intervento nutrizionale come elemento essenziale all'interno di un approccio multimodale modulato sui bisogni del paziente.	9.44
	Promuovere la formazione Universitaria in Nutrizione Clinica e nelle Scuole di Specializzazione medica e di altre professioni sanitarie.	9.19
	Istituire gruppi di lavoro interdisciplinari a livello di Società Scientifiche, tavoli istituzionali ed a livello locale/intraospedaliero.	9.19
Comunicazione	Diffondere la consapevolezza che la malnutrizione sia un big killer di per sé e che la Nutrizione Clinica sia una terapia salvavita.	9.38
	Valorizzare la distinzione tra alimentazione e Nutrizione Clinica selezionando i contenuti da presentare ai media.	9.13
	Diffondere proattivamente <i>real news</i> validate con un team di esperti sotto lo pseudonimo Doctor SINuC o Doctor NUTRENDO®.	9.13

Conclusioni

Il Forum NUTRENDO® si è distinto per la capacità di discutere i problemi inerenti alla Nutrizione Clinica negli ambiti di competenza propri degli *stakeholder* intervenuti e per la volontà di individuare soluzioni fattive e concrete per superare le problematiche discusse, tanto che i partecipanti hanno raggiunto un elevato grado di convergenza (come dimostrano i punteggi mediani elevati) su ciascuna proposta. In tutti i settori, le iniziative si fondano sulle realtà e sulle situazioni attualmente esistenti, adattandole alle esigenze più stringenti: per esempio nei settori del Sistema Sanitario Nazionale e dell'Industria si è proposto di partire dalle normative vigenti e dai modelli regionali virtuosi per ampliare l'offerta di Nutrizione Clinica su tutto il territorio nazionale. È stato condiviso e puntualizzato come la Nutrizione Clinica sia una disciplina che assicura risultati efficaci sia in termini di prevenzione che di terapia. Perché possa raggiungere l'efficacia ottimale, è importante che ogni approccio sul paziente sia personalizzato e studiato ad hoc, tenendo presente anche gli aspetti culturali e sociali che caratterizzano l'impatto della Nutrizione sulla vita della persona.

È stato molto significativo riflettere sui numeri della malnutrizione e acquisire la consapevolezza che la possibilità di guarigione o di miglioramento della qualità della vita nel decorso di molte malattie - non soltanto la malattia oncologica - possa essere compromessa da problematiche risolvibili con la terapia nutrizionale. Come propongono le associazioni di pazienti, si devono preservare le unità operative dedicate alla Nutrizione Clinica sul territorio in modo da garantire anche per il futuro il servizio oggi presente e aggiornare i PDTA inserendo la Nutrizione Clinica non soltanto nei piani dei malati

oncologici, ma anche per tutte le altre patologie che comportano alterazioni metaboliche o nutrizionali.

In questo processo di rinnovamento, le Società Scientifiche rivestono un ruolo centrale in tutte le azioni prioritarie proposte: possono interagire con efficacia e competenza con industria, università e istituzioni per implementare le azioni e possono allo stesso modo collaborare con il mondo della comunicazione e delle associazioni dei pazienti per approfondire le tematiche associate alla Nutrizione Clinica educando il grande pubblico e i pazienti all'analisi critica delle informazioni su queste importanti tematiche. Sia il mondo della comunicazione che quello della scuola e dell'Università devono essere coinvolti per migliorare le competenze riguardo la Nutrizione Clinica a tutti i livelli. La promozione della formazione in Nutrizione Clinica a livello universitario, in particolare, è una delle soluzioni più efficaci per facilitarne la comprensione, lo sviluppo e la diffusione. Le Società Scientifiche ed i referenti coinvolti sul tema formazione hanno chiarito la necessità urgente di attivare la formazione universitaria della Nutrizione Clinica non solo nelle Scuole di Specializzazione ma anche alle professioni sanitarie, così è emersa in modo consistente l'opportunità di condurre studi di registro che portino evidenze e identifichino buone pratiche, come avvenuto ad esempio per il Protocollo ERAS nel paziente chirurgico.

Il Forum NUTRENDO® ha aperto la via per numerose iniziative che promuoveranno fin dal futuro prossimo la Nutrizione Clinica in ambito sanitario, universitario ed istituzionale a beneficio dei cittadini che potranno usufruire di una terapia costo-efficace nei loro percorsi terapeutici. ●

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE DI RIFERIMENTO

- DDL S. 857** *Disciplina nazionale della nutrizione artificiale parenterale ed enterale, ospedaliera e domiciliare*. Senato della Repubblica – 2019
- Plauth M, Bernal W, Dasarathy S, Merli M, Plank L.D, Schütz T, Bischoff S.C**, *ESPEN guideline on clinical nutrition in liver disease*. Clinical Nutrition pubblicato online 16 Gennaio 2019
- Singer P, Reintam Blaser A, Berger M.M, Alhazzani W, Calder P.C, Casaer M, et al**. *ESPEN guideline on clinical nutrition in the intensive care unit*. Clinical Nutrition 38(2019); 48-79
- Volkert D, Beck A.M, Cederholm T, Cruz-Jentoft A, Goisser S, Hooper L, et al**. *ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics*. Clinical Nutrition 38(2019); 10-47
- Correia MITD, Laviano A**, *Cost-effectiveness of nutrition therapy*, Nutrition, 50(2018); 109-111
- ESPGHAN/ESPEN/ESPR/CSPEN working group on Pediatric Parenteral Nutrition, ESPGHAN/ESPEN/ESPR/CSPEN guidelines on pediatric parenteral nutrition: Guideline development process for the updated guidelines*. Clinical Nutrition 37(2018); 2306-2459
- Burgos R, Breton I, Cereda E, Desport J.C, Dziewas R, Genton L, et al**. *ESPEN guideline clinical nutrition in neurology*. Clinical Nutrition 37(2018); 354-396
- Gomes F, Schuetz P, Bounoure L, Austin P, Ballesteros-Pomar M, Cederholm T, et al**. *ESPEN guidelines on nutritional support for polymorbid internal medicine patients*. Clinical Nutrition 37(2018); 336-353
- Linee di indirizzo "Percorsi nutrizionali nei pazienti oncologici"*. Ministero della Salute - Documento approvato in sede di Conferenza Stato Regioni, con Accordo (Rep. Atti n. 224/CSR) del 14/12/2017
- Muscaritoli M, Krznarić Z, Singer P, Barazzoni R, Cederholm T, Golay A, et al**. *Effectiveness and efficacy of nutritional therapy: A systematic review following Cochrane methodology*, Clinical Nutrition, Elsevier, 36(2017); 939-957
- Arends J, Baracos V, Bertz H, Bozzetti F, Calder P.C, Deutz N.E.P, et al**. *ESPEN expert group recommendations for action against cancer-related malnutrition*. Clinical Nutrition 36(2017); 1187-1196
- Weimann A, Bragab M, Carli F, Higashiguchi T, Hübner M, Klek S, et al**. *ESPEN guideline: Clinical nutrition in surgery*. Clinical Nutrition 36(2017); 623-650
- Forbes A, Escher J, Hébuterne X, Klek S, Krznaric Z, Schneider S, et al**. *ESPEN guideline: Clinical nutrition in inflammatory bowel disease*. Clinical Nutrition 36(2017); 321-347
- Cederholm T, Barazzoni R, Austin P, Ballmer P, Biolo G, Bischoff S.C, et al**. *ESPEN guidelines on definitions and terminology of clinical nutrition*. Clinical Nutrition 36(2017); 49-64
- Arends J, Bachmann P, Baracos V, Barthelemy N, Bertz H, Bozzetti F, et al**. *ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients*. Clinical Nutrition 36(2017); 11-48
- Donini L.M., Muscaritoli M.**, *La formazione in Nutrizione umana nei CLM in Medicina e Chirurgia*, Medicina e Chirurgia. JIME 69(2016); 3133-3137
- Molfino A, Amabile MI, Rossi Fanelli F, Muscaritoli M**, *Novel therapeutic options for cachexia and sarcopenia*, Expert Opinion on biological therapy 16(2016); 1239-1244
- Klek S, Forbes A, Gabe S, Holst M, Wanten G, Irtun Ø, et al**. *Management of acute intestinal failure: A position paper from the European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN) Special Interest Group*. Clinical Nutrition 35(2016), 6, 1209-1218
- Turck D, Braegger C.P, Colombo C, Declercq D, Morton A, Pancheva R, et al**. *ESPEN-ESPGHAN-ECFS guidelines on nutrition care for infants, children, and adults with cystic fibrosis*. Clinical Nutrition 35(2016); 557-577
- Druml C, Ballmer P.E, Druml W, Oehmichen F, Shenik A, Singer P, et al**. *ESPEN guideline on ethical aspects of artificial nutrition and hydration*. Clinical Nutrition 35(2016); 545-556
- Pironi L, Arends J, Bozzetti F, Cuerda C, Gillanders L, Jeppesen P.B, et al**. *ESPEN guidelines on chronic intestinal failure in adults*. Clinical Nutrition 35(2016); 247-307
- DDL S. 2552** *Disciplina nazionale della nutrizione artificiale parenterale ed enterale, ospedaliera e domiciliare*. Senato della Repubblica - 2016
- Muscaritoli M, Molfino A, Lucia S, Rossi Fanelli F**, *Cachexia: a preventable comorbidity of cancer. A T.A.R.G.E.T. approach*, Critical Reviews in Oncology/Hematology 94(2015); 251-259

Bischoff S.C, Singer P, Koller M, Barazzoni R, Cederholm T, van Gossum A, *Standard operating procedures for ESPEN guidelines and consensus paper*. *Clinical Nutrition* 34(2015); 1043-1051

Pironi L, Arends J, Baxter J, Bozzetti F, Peláez R.B, Cuerda C, et al. *ESPEN Endorsed recommendations. Definition and classification of intestinal failure in adults*. *Clinical Nutrition* 34(2015); 171-180

Volkert D, Chourdakis M, Faxen-Irving G, Frühwald T, Landi F, Suominen M.H, et al. *ESPEN guidelines on nutrition in dementia*. *Clinical Nutrition* 34(2015); 1052-73

Deutz N.E.P, Bauer J.M, Barazzoni R, Biolo G, Boirie Y, Bosy-Westphal A, et al. *ESPEN endorsed recommendations: Protein intake and exercise for optimal muscle function with aging: Recommendations from the ESPEN Expert Group*. *Clinical Nutrition* 33(2014); 929-936

Rousseau A.F, Losser M-R, Ichai C, Berger M.M, *ESPEN Endorsed recommendations: Nutritional therapy in major burns*. *Clinical Nutrition* 32(2013); 497-502

Legge Balduzzi 189/2012 - *Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, recante disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute*. (12G0212) (GU n. 263 del 10/11/2012 - Suppl. Ordinario n. 201)

Lassena K, Coolsen M.E, Slim K, Carli F, de Aguilar-Nascimento J.E, Schäfer M, et al. *Guidelines for perioperative care for pancreaticoduodenectomy: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society recommendations*. *Clinical Nutrition* 31(2012); 817-830

Nygre J, Thacker J, Carli F, Fearon K.C.H, Norderval S, Lobo D.N, et al. *Guidelines for perioperative care in elective rectal/pelvic surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society recommendations*. *Clinical Nutrition* 31(2012); 801-816

Gustafsson U.O, Scott M.J, Schewenke W, Demartines N, Roulin D, Francis N, et al. *Guidelines for perioperative care in elective colonic surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ESPEN) Society recommendations*. *Clinical Nutrition* 31(2012); 783-800

Linee di indirizzo nazionale per la ristorazione ospedaliera e assistenziale. Ministero della Salute - Dipartimento per la Sanità Pubblica Veterinaria, la Nutrizione e la Sicurezza degli Alimenti - Direzione Generale della Sicurezza degli Alimenti e della Nutrizione - 2011

Muscaritoli M., Molfino A., Gioia G., Laviano A., Rossi Fanelli F., *The "parallel pathway": a novel nutritional and metabolic approach to cancer patients*, *Internal and Emergency Medicine* 6(2011); 105-112

Alimentazione e Nutrizione in Parole. Glossario di Alimentazione e Nutrizione Umana. Federazione delle Società Italiane di Nutrizione (FeSIN) in collaborazione con Segretariato Sociale Rai - 2010

Regione Piemonte - Bollettino Ufficiale n. 16 del 22/04/10 - *Istituzione della Rete regionale delle Strutture di Dietetica e Nutrizione Clinica e individuazione di un nuovo centro prescrittore per la nutrizione artificiale domiciliare (NAD) presso il presidio ospedaliero di Alba (Asl CN2)*. Integrazione della D.G.R. n. 13-7456 del 19/11/2007

Cano N.J.M, Aparicio M, Brunori G, Carrero J.J, Cianciaruso B, Fiaccadori E, et al. *ESPEN Guidelines for adult parenteral nutrition*. *Clinical Nutrition* 28(2009); 359-479

Koletzko B, Cetin I, Brenna J.T for the Perinatal Lipid Intake Working Group, *Consensus statement on dietary fat intakes for pregnant and lactating women*, *British Journal of Nutrition* 98(2007); 253-9

Linee Guida per l'attuazione della Nutrizione Parenterale (NDP) ed Enterale (NED) a domicilio - D.G.R. n. 13-7456 del 19/11/2007 - Bollettino Ufficiale Regione Piemonte n. 48 del 29/11/2007

Linee Guida sulla "Nutrizione Assistita Domiciliare". Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali - 2006

Lochs H, Valentini L, Schütz T, Allison S.P, Howard P, Pichard C, et al. *ESPEN Guidelines on adult enteral nutrition*. *Clinical Nutrition* 25(2006); 177-360

Koletzko B, Agostoni C, Ball P, Carnielli V, Chaloner C, Clayton J, et al. *Guidelines on Paediatric Parenteral Nutrition of the European Society of Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (ESPGHAN) and the European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN), Supported by the European Society of Paediatric Research (ESPR)*. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition* 41(2005); S1-S87

Löser C, Aschl G, Hébuterne X, Mathus-Vliegen E.M.H, Muscaritoli M, Niv Y, et al. *ESPEN Guidelines on enteral nutrition - Percutaneous endoscopic gastronomy (PEG)*. *Clinical Nutrition* 24(2005); 848-861

Kyle U.G, Bosaeus I, De Lorenzo A.D, Deurenberg P, Elia M, Gomez J.M, Lilienthal Heitmann B, et al. *ESPEN Guidelines for bioelectrical impedance analysis—part II: utilization in clinical practice.* Clinical Nutrition 23(2004); 1430-1453

Kyle U.G, Bosaeus I, De Lorenzo A.D, Deurenberg P, Elia M, Gomez J.M, Lilienthal Heitmann B, et al. *ESPEN Guidelines for bioelectrical impedance analysis - part I: review of principles and methods.* Clinical Nutrition 23(2004); 1226-1243

Kondrup J, Allison S.P, Elia M, Vellas B, Plauth M, *ESPEN Guidelines for nutrition screening 2002.* Clinical Nutrition 22(2003); 415- 421

Meier R, Beglinger C, Layer P, Gullo L, Keim V, Laugier R, et al. *ESPEN Guidelines on nutrition in acute pancreatitis.* Clinical Nutrition 21(2002); 173-183

Toigo G, Aparicio M, Attman P.O, Cano N, Cianciaruso B, Engel B, et al. *Expert Working Group report on nutrition in adult patients with renal insufficiency (part 2 of 2).* Clinical Nutrition 21(2000); 281-291

Toigo G, Aparicio M, Attman P.O, Cano N, Cianciaruso B, Engel B, et al. *Expert Working Group report on nutrition in adult patients with renal insufficiency (part 1 of 2).* Clinical Nutrition 21(2000); 197-207

Plauth M, Merli M, Kondrup J, Weimann A, Ferenci P and Muller M.J, *ESPEN Guidelines for nutrition in liver disease and transplantation.* Clinical Nutrition 16(1997); 43-55

GLOSSARIO

(estratto da "Alimentazione e Nutrizione in Parole Glossario di Alimentazione e Nutrizione Umana"
FeSIN Federazione delle Società Italiane di Nutrizione in collaborazione con Segretariato Sociale RAI)

Adattamento nutrizionale: Risposta dell'individuo a deficit o eccessi di energia e/o nutrienti che si protraggono nel tempo. Ha il fine di preservare l'integrità anatomica e funzionale dell'organismo e coinvolge meccanismi biochimici, ormonali e comportamentali.

Adeguatezza nutrizionale della dieta: Caratteristiche nutrizionali della dieta in relazione a: prevenzione di deficit nutrizionali; presenza di adeguate riserve corporee dei nutrienti; mantenimento delle funzioni dell'organismo umano a livelli ottimali; prevenzione delle patologie a componente nutrizionale.

Alimentazione assistita: Alimentazione naturale che necessita di assistenza da parte di terzi a causa di una ridotta o assente autonomia dell'individuo ad assumere alimenti o bevande.

Alimentazione forzata: Alimentazione imposta contro la volontà dell'individuo sano o malato, utilizzando misure coercitive. È una procedura inibita dal nostro ordinamento giuridico e dalle norme deontologiche.

Alimentazione naturale: Atto mediante il quale l'individuo apporta energia e nutrienti all'organismo attraverso l'assunzione di alimenti naturali. Trattasi di un processo complesso che presuppone l'integrità di diverse funzioni quali introduzione del cibo nella cavità orale, masticazione, deglutizione, digestione, transito intestinale, assorbimento e metabolismo dei nutrienti.

Alimentazione umana: Scelta e consumo consapevole da parte dell'individuo di alimenti e bevande nelle loro varie combinazioni. È influenzata da fattori biologici e non biologici (relazionali, psicologici, sensoriali, socio culturali etc.). Con tale termine si indica anche la disciplina che si interessa di questi argomenti.

Alimento: Prodotto non trasformato, semitrasformato o trasformato, in tutto o in parte edibile, destinato al consumo da parte dell'essere umano. In esso possono essere presenti - in varia combinazione - macronutrienti, micronutrienti e altre sostanze d'interesse nutrizionale, ed anche sostanze che non hanno rilevanza nutrizionale. Gli alimenti si distinguono per l'origine animale, vegetale o minerale.

Anoressia: Sindrome clinica caratterizzata da una riduzione o perdita (apparente o reale) dell'appetito/desiderio di alimentarsi. Sulla base dei meccanismi patogenetici si distinguono: l'anoressia nervosa, una malattia psichiatrica caratterizzata dalla riduzione intenzionale degli apporti di energia e da una alterata percezione dell'immagine corporea; l'anoressia secondaria che è definita da una riduzione involontaria dell'appetito associata a patologie acute o croniche.

Cachessia: Sindrome multifattoriale caratterizzata da marcata perdita di peso, massa adiposa e massa magra, e da aumentato catabolismo proteico, dovuta ad una sottostante condizione di malattia. La cachessia è clinicamente rilevante in quanto aumenta il rischio di morbosità e mortalità.

Cibo: Termine generico del linguaggio comune che indica tutto ciò che si mangia, cioè che è edibile per l'essere umano.

Deficit nutrizionale: Inadeguata disponibilità di energia e/o nutrienti dovuta ad apporti insufficienti in relazione alle necessità dell'organismo.

Denutrizione: Termine generico e obsoleto che indica, nell'accezione più comune, la concomitante presenza di riduzione del peso corporeo e di carenze alimentari che persistono per tempi medio-lunghi.

Dieta: Con significato esteso, alimentazione abituale. Con significato più limitato, alimentazione quantitativamente e qualitativamente definita, rivolta a conseguire scopi preventivi o terapeutici. Nell'antica medicina greca definiva il complesso delle norme di vita (alimentazione, attività fisica, riposo etc.) atte a mantenere lo stato di salute.

Dietetica: Applicazione dei principi della nutrizione umana per la determinazione dell'adeguatezza nutrizionale della dieta e per la formulazione di schemi alimentari in condizioni fisiologiche e patologiche. Con tale termine si indica anche la disciplina che si interessa di questi argomenti.

Dietetico ospedaliero: Elaborato di schemi alimentari standardizzati a composizione nutrizionale nota che è disponibile in una struttura ospedaliera per le esigenze di pazienti ricoverati e per la personalizzazione della terapia dietetica.

Dietista: Operatore sanitario in possesso di laurea triennale in dietistica o titolo equipollente che, per quanto di competenza ed in collaborazione con altre figure professionali, svolge attività per la sicurezza alimentare, la nutrizione per la collettività, l'educazione alimentare, la dietetica e la Nutrizione Clinica. In particolare elabora, formula ed attua le diete prescritte dal medico.

Dietologia: Dietetica delle malattie associate ad alterazioni dello stato di nutrizione e/o del metabolismo. Con tale termine si indica anche la disciplina che s'interessa di questi argomenti.

Dietologo: Medico specialista in Scienza dell'Alimentazione o specialista in branca equipollente ma con documentata esperienza, che opera nella dietetica e nella dietoterapia.

Dietoterapia: Interventi terapeutici in differenti condizioni patologiche che si basano sull'utilizzo di adeguati schemi dietetici. La prescrizione è specifica della professione medica ed in particolare del medico specialista in Scienza dell'Alimentazione.

Educazione alimentare: Applicazione delle strategie e dei modelli dell'educazione alla salute nel settore dell'alimentazione e della nutrizione umana (e per estensione, dell'attività fisica). L'educazione alimentare è un processo che mira ad influenzare i comportamenti, in modo rilevante per la salute, attraverso modifiche delle conoscenze, delle abilità biopsichiche e degli atteggiamenti degli individui e nella collettività.

Fabbisogno nutrizionale: Quantità di energia e di nutrienti necessaria a garantire lo stato di salute e benessere dell'individuo per una composizione corporea ed un livello di attività fisica ottimali. Si tiene anche conto delle necessità legate a crescita e sviluppo dell'organismo, alla gravidanza e all'allattamento. Non corrisponde necessariamente alle necessità individuali.

Farmaconutrizione: Prescrizione a fini preventivi o terapeutici di nutrienti e di altre sostanze di interesse nutrizionale con effetti metabolicamente documentati, in quantità note e controllate, e con modalità farmacologiche.

Genomica nutrizionale: Relazioni tra genoma e dieta. Include nutrigenomica e nutrigenetica ed utilizza gli approcci metodologici della genomica quali mappaggio, sequenziamento ed analisi di alcuni o tutti i geni di una determinata specie. Le ricadute per la nutrizione applicata degli studi di genomica non sono attualmente prevedibili.

Indicatore dello stato di nutrizione: Variabile o indice dello stato di nutrizione che è utilizzato (in termini diagnostici nella popolazione) in riferimento a specifici intervalli di normalità o valori soglia.

Indicazione nutrizionale: Indicazione che afferma o suggerisce che un alimento ha particolari caratteristiche nutrizionali benefiche perché contiene in proporzioni ridotte o aumentate energia e/o nutrienti e/o altre sostanze di interesse nutrizionale. Il suo utilizzo è regolato da una specifica normativa.

Indicazione sulla salute: Indicazione che afferma o suggerisce l'esistenza di una relazione (con effetti positivi) fra una categoria di alimenti, un alimento o uno dei suoi componenti, e lo stato di salute e il benessere psico-fisico dell'individuo. Il suo utilizzo è regolato da una specifica normativa.

Indicazione relativa alla riduzione del rischio di malattia: Indicazione sulla salute che afferma o suggerisce l'esistenza di effetti positivi di una categoria di alimenti, di un alimento o di uno dei suoi componenti su uno o più fattori di rischio di malattia. Il suo utilizzo è regolato da una specifica normativa.

Indice dello stato di nutrizione: Valore numerico, in genere derivato da un rapporto o da una relazione matematica tra due o più variabili, che è utilizzato per la valutazione dello stato di nutrizione.

Indice di massa corporea: Indice per la valutazione del peso corporeo in funzione dell'altezza. Si ottiene dal rapporto fra peso e altezza al quadrato. In generale, nella popolazione adulta caucasica valori compresi fra 18,5 e 24,9 kg/m² indicano la condizione di normopeso, valori fra 25,0 e 29,9 kg/m² suggeriscono la presenza di sovrappeso e valori superiori a 30 kg/m² la presenza di obesità.

Legislazione alimentare: Leggi, regolamenti e disposizioni amministrative riguardanti gli alimenti in generale e in particolare la sicurezza degli alimenti e la loro caratterizzazione nutrizionale. Si interessa della produzione, della trasformazione e della distribuzione degli alimenti.

Linee guida per la sana alimentazione: Indicazioni e raccomandazioni sulla dieta e sullo stile di vita (ad esempio sull'attività fisica) formulate per la popolazione generale e/o suoi segmenti al fine di migliorare o preservare lo stato di salute e benessere. Sono rivolte agli operatori sanitari, alle parti interessate e - in modo diretto o mediato - ai singoli individui appartenenti alla popolazione.

Malnutrizione: Insieme di alterazioni strutturali e funzionali dell'organismo causate da apporti in eccesso o in difetto (malnutrizione per eccesso o per difetto) di energia e/o di uno o più nutrienti. Ha effetti negativi su prognosi, morbosità e mortalità. Può essere primaria o secondaria.

Malnutrizione per difetto primaria: Malnutrizione per difetto causata da apporti di energia e/o di uno o più nutrienti non ottimali e al di sotto delle necessità dell'organismo, che non è causata da malattie concomitanti.

Malnutrizione per difetto secondaria: Malnutrizione per difetto causata da apporti di energia e/o di uno o più nutrienti non ottimali e al di sotto delle necessità dell'organismo quando queste ultime sono alterate per specifiche patologie ipermetaboliche e/o che limitano/impediscono del tutto l'assunzione di alimenti naturali.

Malnutrizione proteico-energetica: Forma di malnutrizione per difetto in cui prevalgono carenze assolute o relative di energia e/o proteine. Possono coesistere deficit specifici di altri nutrienti, alterazioni metaboliche complesse e stati di infiammazione subclinica o clinica.

Metabolismo: Insieme dei processi biochimici di interconversione fra molecole all'interno dell'organismo. Comprende processi di sintesi (anabolismo) e demolitivi (catabolismo).

Metabolismo basale: Costo energetico delle attività vitali, cioè il dispendio energetico necessario nel soggetto sveglio per il funzionamento dell'organismo in condizioni standardizzate di digiuno dalla sera precedente, di riposo fisico e mentale e di equilibrio termico con l'ambiente.

Nutriceutico: Termine derivato da nutriente e farmaceutico. Sostanza originariamente contenuta negli alimenti, poi

isolata o ottenuta per sintesi; al nutraceutico sono attribuiti effetti positivi sulla salute dell'uomo e un ruolo preventivo per una o più malattie, in modo inappropriato se in assenza di evidenze scientifiche. Se utilizzato con finalità terapeutiche, è sinonimo di farmaconutriente e il suo impiego rispetta criteri farmacologici (vedi Farmaconutrizione). Può essere presente negli alimenti funzionali, nei prodotti dietetici, nei supplementi nutrizionali orali e nei prodotti per la nutrizione artificiale.

Nutriente: Sostanza che, assorbita nel tratto gastrointestinale, ha un ruolo definito nei processi fisiologici e nel metabolismo dell'organismo umano. Sono nutrienti: acqua, proteine - peptidi - aminoacidi, carboidrati, grassi, minerali e vitamine. Per quanto concerne fibra alimentare ed alcool vedi la voce sostanza non nutriente di interesse nutrizionale.

Nutriente essenziale: Nutriente che non è sintetizzato o è sintetizzato in quantità insufficiente.

nell'organismo rispetto alle necessità, e deve essere quindi introdotto con la dieta (o la nutrizione artificiale) perché è indispensabile per una normale crescita e sviluppo, e per garantire lo stato di salute e benessere dell'individuo. Per apporti insufficienti si manifestano progressivamente segni specifici da carenza.

Nutrigenetica: Relazioni tra patrimonio genetico dell'individuo e sue risposte alla dieta ed ai suoi componenti, in considerazione dei polimorfismi genetici in grado di influenzare tali interazioni. La nutrigenetica, quindi, identifica e caratterizza le varianti genetiche associate con risposte differenziate ai nutrienti e cerca di correlare queste differenze agli stati di malattia.

Nutrigenomica: Effetti dei componenti della dieta sull'espressione del genoma. La nutrigenomica presuppone la caratterizzazione dei prodotti dei geni e delle loro funzioni, e lo studio della interazione tra i geni. A tale scopo può utilizzare gli approcci metodologici propri della genomica e anche quelli della trascrittomica (studio dell'espressione genica), della proteomica (caratterizzazione di tutte le proteine) e della metabolomica (analisi quantitativa di tutti i metaboliti).

Nutrizione: Quanto serve a nutrire con riguardo alla qualità o alla quantità. In senso più specifico, indica il complesso dei processi biologici che consentono o condizionano la crescita, lo sviluppo e l'integrità dell'organismo vivente (animale o vegetale) in relazione alle disponibilità di energia, nutrienti e altre sostanze d'interesse nutrizionale.

Nutrizione applicata: Aspetti applicativi della nutrizione di base nelle diverse condizioni fisiologiche e patologiche. Con tale termine si indica anche la disciplina che si interessa di questi argomenti.

Nutrizione artificiale: Terapia mediante la quale è possibile prevenire o correggere la malnutrizione in pazienti in cui l'alimentazione naturale è compromessa, temporaneamente o permanentemente, a causa di una sottostante condizione di malattia o dei suoi esiti.

Nutrizione Clinica: Valutazione dei rapporti reciproci tra stato di nutrizione e patologie dell'uomo. In condizioni patologiche o di rischio clinico si occupa di prevenzione terziaria, diagnosi e terapia della malnutrizione per eccesso, per difetto o selettiva. Con tale termine si indica anche la disciplina che si interessa di questi argomenti

Nutrizione di base: Basi scientifiche della nutrizione umana nelle diverse condizioni fisiologiche e patologiche. Con tale termine si indica anche la disciplina che si interessa di questi argomenti.

Nutrizione enterale: Modalità di nutrizione artificiale mediante la quale i nutrienti in forma prevalentemente complessa sono somministrati nello stomaco o nell'intestino mediante l'uso di apposite sonde o stomie.

Nutrizione parenterale: Modalità di nutrizione artificiale mediante la quale i nutrienti in forma semplice vengono somministrati attraverso una vena (periferica o centrale) in pazienti in cui la funzionalità del tratto intestinale è compromessa.

Nutrizione Umana: Utilizzazione dei nutrienti e di altre sostanze di interesse nutrizionale da parte dell'organismo umano in relazione ai processi metabolici, alla crescita, allo sviluppo e alle funzioni dell'organismo, allo stato di salute e benessere dell'individuo. Con tale termine si indica anche la disciplina che si interessa di questi argomenti includendo nutrizione di base, nutrizione applicata, nutrizione per la sanità pubblica e Nutrizione Clinica.

Nutrizione per la sanità pubblica: Promozione della salute nella popolazione attraverso la prevenzione primaria e secondaria delle malattie a componente nutrizionale. Valuta i principali problemi nutrizionali nella popolazione, sviluppa politiche nutrizionali e ne studia l'impatto in termini di miglioramento della salute e della qualità di vita. Con tale termine si indica anche la disciplina che si interessa di questi argomenti.

Nutrizionista: Laureato con diversa formazione culturale che, grazie a percorsi formativi specifici e riconosciuti, acquisisce competenze nel campo della nutrizione umana.

Nutrizionista clinico: Medico Specialista in Scienza dell'Alimentazione o Specialista in branca equipollente, ma con documentata esperienza, che svolge la propria attività nelle Unità Operative (Ospedaliere/Universitarie) di Dietetica e Nutrizione Clinica, con particolare riferimento alla Dietoterapia ed alla Nutrizione Artificiale.

Nutrizionista di Sanità Pubblica: Nutrizionista che opera nel campo dell'Alimentazione e della Nutrizione Umana con particolare attenzione alla prevenzione nutrizionale applicata alle collettività; utilizza metodi epidemiologici di sorveglianza nutrizionale e realizza interventi di educazione alimentare nella popolazione generale e in suoi segmenti.

Obesità: Malnutrizione per eccesso con marcato aumento della massa adiposa, di entità maggiore rispetto al sovrappeso. Si definisce rispetto a valori soglia convenzionali di indice di massa corporea (variabili per etnia, genere, età e altezza).

Obiettivo nutrizionale: Obiettivo di politica nutrizionale formulato in genere a livello nazionale o sovranazionale e destinato al miglioramento della qualità della dieta nella popolazione generale o in suoi specifici segmenti. Di solito non fa riferimento al singolo individuo, ma si interessa degli apporti medi nella popolazione.

Prevenzione nutrizionale: Intervento finalizzato alla diffusione di corretti stili alimentari e di vita per la promozione della salute e del benessere dell'individuo.

Ristorazione collettiva: Insieme di attività inerenti la preparazione e la fornitura e il controllo economico e qualitativo di pasti a persone che lavorano e/o vivono in collettività, quali aziende, amministrazioni, scuole, ospedali, strutture residenziali protette ed ogni altra organizzazione pubblica o privata, in grado di assicurare l'alimentazione dei suoi appartenenti.

Ristorazione ospedaliera: Servizio di preparazione, confezionamento e distribuzione di pasti completi destinati agli utenti ospedalizzati ed elaborati sulla base del dietetico ospedaliero e/o di specifica prescrizione medica dietoterapeutica.

Scienza dell'alimentazione: Disciplina che si interessa di aspetti relativi all'alimentazione e alla nutrizione umana (nutrizione di base ed applicata). Si occupa per quanto di suo interesse anche della produzione primaria, del marketing e di aspetti economici, della merceologia e delle specifiche normative.

Screening nutrizionale: Procedura di primo orientamento, semplice esecuzione e basso costo, che si propone di giungere all'identificazione precoce degli individui a rischio di malnutrizione da indirizzare ad una successiva e più esaustiva valutazione dello stato di nutrizione.

Servizio Igiene degli Alimenti e Nutrizione (SIAN): Struttura sanitaria territoriale (SIAN) presente nel Dipartimento di Prevenzione e articolata in due aree funzionali: Igiene degli Alimenti e delle Bevande, e Igiene della Nutrizione. Quest'ultima opera nella prevenzione primaria attraverso le seguenti attività: Sorveglianza Nutrizionale, Educazione Alimentare, Nutrizione Collettiva e Dietetica Preventiva.

Sorveglianza nutrizionale: Sistema coordinato di raccolta continuativa di dati rapidamente analizzati per documentare presenza e distribuzione in una popolazione di carenze, eccessi o stati morbosi associati o mediati dalla dieta. La sorveglianza nutrizionale ha lo scopo di stabilire cause, di individuare tendenze (nel tempo, nel territorio, negli strati sociali etc.) di predire modifiche e di consentire un preciso orientamento delle misure correttive e preventive.

Sostanza non nutriente d'interesse nutrizionale: Sostanza presente negli alimenti e/o nelle bevande che non ha le caratteristiche di un nutriente, ma che può avere un effetto sullo stato di salute e benessere dell'individuo. In tale categoria sono compresi: alcool, fibra alimentare e componenti bioattivi degli alimenti.

Sottopeso: Peso corporeo inferiore per etnia, genere, età e altezza rispetto all'intervallo di normalità per il segmento di popolazione cui l'individuo appartiene. Può essere espressione della variabilità fisiologica nella popolazione o essere causato da patologie organiche o psichiatriche.

Sovrappeso: Peso corporeo superiore rispetto all'intervallo di normalità relativo al segmento di popolazione cui l'individuo appartiene. In senso più generale: malnutrizione per eccesso, con aumento della massa adiposa minore rispetto all'obesità. Si definisce in genere rispetto a valori soglia convenzionali di indice di massa corporea (variabili per etnia, genere, età e altezza).

Stato di nutrizione: Condizione anatomica, metabolica e funzionale dell'organismo in relazione alla disponibilità di energia, nutrienti e altre sostanze d'interesse nutrizionale. Lo stato di nutrizione influenza crescita, sviluppo, composizione corporea, stato di salute e qualità della vita dell'individuo.

Supplemento nutrizionale orale: Prodotto industriale a composizione certa in macronutrienti e micronutrienti, in genere disponibile in forma di bevande, budini pronti all'uso o polvere, con buona o neutra palatabilità, prescritto per i pazienti a rischio di malnutrizione o già malnutriti che non sono in grado di soddisfare le proprie necessità nutrizionali con la sola dieta: si distinguono in standard o patologia specifici; possono anche contenere nutrienti a dosi farmacologiche (vedi nutriceutici).

Unità Operativa di Dietetica e Nutrizione Clinica: Struttura sanitaria, che opera negli ospedali e sul territorio, finalizzata alla prevenzione secondaria, alla diagnosi e alla terapia nelle patologie a componente nutrizionale e/o a rischio di malnutrizione, e in cui la dietoterapia e/o la nutrizione artificiale hanno indicazione.

Valutazione dello stato di nutrizione: Procedura articolata e standardizzata per l'identificazione della malnutrizione per difetto o per eccesso nel singolo individuo o nelle collettività. Utilizza in varia combinazione dati dell'anamnesi, dell'esame obiettivo, di composizione corporea, di laboratorio e funzionali. In ambito clinico include anche predittori della prognosi e della risposta all'intervento nutrizionale.

Variabile/parametro dello stato di nutrizione: Deriva da anamnesi, esame obiettivo, valutazione della composizione corporea, test di laboratorio o test funzionali.



SOCIETÀ ITALIANA
DI NUTRIZIONE CLINICA E METABOLISMO

VIALE MARESCIALLO PILSUDSKI 118 • 00197 ROMA
SEGRETERIA@SINUC.IT • WWW.SINUC.IT

Tutti i contenuti de “I Fogli di Roma: Presente e Futuro della Nutrizione Clinica in Italia”
sono stati discussi e sviluppati a seguito del Primo Forum Nazionale
sulla Nutrizione Clinica, che si è tenuto a Roma il 18 e 19 Dicembre 2018

