

LINEE DI INDIRIZZO PER LA DEFINIZIONE E RUOLO DELLA RETE TRASVERSALE DI NUTRIZIONE PREVENTIVA E CLINICA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Sommario

PREMESSA.....	Errore. Il segnalibro non è definito.
NUTRIZIONE PREVENTIVA.....	Errore. Il segnalibro non è definito.
Obiettivi	Errore. Il segnalibro non è definito.
Mission	Errore. Il segnalibro non è definito.
Attività e Interfacce	Errore. Il segnalibro non è definito.
NUTRIZIONE CLINICA.....	Errore. Il segnalibro non è definito.
Obiettivi	Errore. Il segnalibro non è definito.
Mission	Errore. Il segnalibro non è definito.
Attività e interfacce	Errore. Il segnalibro non è definito.
RETE TRASVERSALE DI NUTRIZIONE PREVENTIVA E CLINICA	Errore. Il segnalibro non è definito.
SVILUPPO DI PERCORSI DI NUTRIZIONE ESSENZIALI	Errore. Il segnalibro non è definito.
Percorso Preventivo Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PPDTA) del sovrappeso/ obesità	Errore. Il segnalibro non è definito.
Sovrappeso e obesità dell'adulto	Errore. Il segnalibro non è definito.
Sovrappeso e obesità infantile	Errore. Il segnalibro non è definito.
Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) della malnutrizione per difetto e della nutrizione artificiale (NA)	Errore. Il segnalibro non è definito.
Percorso nutrizionale nell'ambito del trattamento multidisciplinare dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione	Errore. Il segnalibro non è definito.
FORMAZIONE.....	Errore. Il segnalibro non è definito.
BIBLIOGRAFIA.....	Errore. Il segnalibro non è definito.

A cura del Gruppo di Lavoro regionale costituito con Determinazione della Direzione Generale Cura della persona, Salute e Welfare N. 11829 del 18 luglio 2017, modificata con Determinazione N. 6648 del 8 Maggio 2018.

PREMESSA

Oggetto del presente documento è la definizione delle finalità e delle modalità organizzative di una rete trasversale di nutrizione preventiva e clinica in Regione Emilia-Romagna.

Lo scopo è di garantire un adeguato stato di nutrizione attraverso appropriate azioni per la prevenzione, la diagnosi e il trattamento di condizioni patologiche dello stato nutrizionale, come parte di una visione strategica più ampia del percorso di salute dell'individuo all'interno del sistema delle cure.

In regione Emilia - Romagna, con la Circolare n. 4 del 6 aprile 2004, sono state definite le linee di indirizzo clinico-organizzative per una corretta gestione della Nutrizione Artificiale e della continuità delle cure e individuato il Team nutrizionale come elemento centrale clinico-assistenziale e organizzativo. Tali principi sono stati integrati successivamente nelle "Linee di indirizzo tecnico per la costruzione di percorsi clinici per persone affette da Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA)", con l'obiettivo di fornire utili strumenti di programmazione e organizzazione dei percorsi clinici per le persone con DCA (DGR 1298/2009).

Le esperienze sviluppate in questi anni nella nostra regione sono state dirette a potenziare il ruolo strategico delle cure primarie, definendo progetti di integrazione tra medici, infermieri e operatori della sanità pubblica, per proporre modalità di valutazione complessiva dei rischi e orientare scelte comportamentali più salutari da parte del cittadino. Il progetto "La carta del rischio cardiovascolare" ha rappresentato un passo fondamentale per indirizzare il sistema delle cure verso la medicina di iniziativa, ambito preferenziale per un'adeguata risposta ai nuovi bisogni di salute della popolazione. L'utilizzo della carta del rischio cardiovascolare ha, quindi, fornito un supporto utile ai professionisti sanitari e uno strumento per un programma di sanità pubblica rivolto agli individui sani, in armonia con quanto presente nei Piani Regionali della Prevenzione 2014-16, 2016-19.

Recentemente a livello nazionale sono stati espressi indirizzi per orientare le scelte regionali in materia di nutrizione.

Il documento "Valutazione delle criticità nazionali in ambito nutrizionale e strategie di intervento 2016-2019" (Rep. atti n.222/CSR del 24/11/2016), e la relativa deliberazione di Giunta Regionale di recepimento n. 522/2017, identifica la nutrizione preventiva e clinica come ambito centrale per lo sviluppo di azioni concrete volte a contrastare patologie croniche non trasmissibili e ridurre l'impatto che esse hanno sullo stato di salute della popolazione. Per raggiungere tali obiettivi si delinea la necessità di un'efficace rete pubblica d'intervento per la nutrizione preventiva e clinica in grado di assicurare le specifiche prestazioni a livello ospedaliero e territoriale. Devono essere perseguite le seguenti azioni:

- sorveglianza e prevenzione nutrizionale, affidata ai Servizi Igiene Alimenti e Nutrizione

(SIAN) e alla loro rete;

- definizione di strutture di diagnosi e cura dedicate alla nutrizione clinica;
- realizzazione di un osservatorio epidemiologico nazionale per la progettazione e l'avvio di interventi di promozione di sana alimentazione e di prevenzione delle patologie correlate all'alterazione dello stato nutrizionale;
- definizione di programmi per la ristorazione collettiva, con la collaborazione dei SIAN;
- identificazione di un centro studi per promuovere attività di ricerca.

L'esigenza di integrare stabilmente le componenti legate alla nutrizione preventiva e alla nutrizione clinica risponde alle esigenze espresse dalla popolazione ed è determinata da:

- necessità di programmi di intervento nutrizionale continuativi tra ospedale e territorio che tengano conto di tutte le strategie possibili di intervento che vanno dal miglioramento dell'offerta alimentare alla cura dei disturbi nutrizionali;
- elevato rischio di malnutrizione per difetto, patologia riscontrata frequentemente in ospedale e caratterizzata da un rilevante impatto *evidence based* su complicanze, tempi di ospedalizzazione, tempi di riabilitazione e in taluni casi prognosi. È una condizione da prevenire e gestire nei setting adeguati e da controllare attraverso opportuni interventi (screening) e percorsi di cura altamente specialistici;
- elevata incidenza di malnutrizione nell'anziano a domicilio e in istituto che impatta in modo determinante su qualità di vita, ricorso all'ospedale e costi sociali, e richiede particolare attenzione all'appropriatezza dell'intervento nutrizionale nelle malattie neurologiche degenerative croniche con alterazione della deglutizione;
- elevato impatto in ambito territoriale delle patologie croniche legate alla malnutrizione per eccesso, come il sovrappeso e l'obesità, in termini di prevenzione e di cura (nell'adulto e nel minore);
- relativa frequenza delle complicanze mediche dei disturbi dell'alimentazione, soprattutto nei casi di malnutrizione per difetto o per eccesso (anoressia nervosa e disturbo da alimentazione incontrollata associato a obesità).

Nella stessa ottica si inserisce il "Piano nazionale per la cronicità" (Rep. atti n.160/CSR del 15/9/2016) che individua come elemento centrale da perseguire un sistema di cure centrato sulla persona, favorito da un modello di cure integrato ospedale/territorio, in cui l'ospedale rappresenta lo snodo di alta specializzazione del sistema di cure per la cronicità, che deve interagire con le strutture territoriali e con l'assistenza primaria, al fine di mantenere il più possibile il paziente al suo domicilio e impedirne o ridurne il rischio di istituzionalizzazione.

Nell'ambito delle patologie nutrizionali, come per quelle croniche, vanno quindi promossi il supporto al self-care e alla prevenzione, la continuità assistenziale e il coordinamento degli interventi

mediante team multiprofessionali di cura. La realizzazione di percorsi clinico-assistenziali in grado di assicurare prevenzione e corretto trattamento delle alterazioni dello stato nutrizionale, in modo continuativo tra territorio e ospedale, richiede la definizione di criteri di garanzia organizzativa per migliorare appropriatezza e uso efficiente delle risorse.

Le linee di indirizzo del presente documento sono finalizzate a predisporre indicazioni per:

1. definizione e attuazione di una rete regionale di Nutrizione Preventiva e Clinica, che integri le due componenti di prevenzione/promozione della salute e di diagnosi e trattamento;
2. individuazione di standard organizzativi della rete, in particolare delle strutture di nutrizione clinica;
3. sviluppo di percorsi di nutrizione clinica essenziali:
 - a) sovrappeso/obesità
 - b) malnutrizione per difetto e nutrizione artificiale
 - c) disturbi del comportamento alimentare
4. attività di formazione

NUTRIZIONE PREVENTIVA

La struttura di riferimento per la nutrizione preventiva nelle aziende sanitarie della regione Emilia-Romagna è costituita dai Servizi Igiene Alimenti e Nutrizione (SIAN). I SIAN, presenti all'interno dei Dipartimenti di Sanità pubblica, operano istituzionalmente, ai sensi del Decreto Ministeriale del 16.10.1998 per garantire la gestione integrata dell'alimentazione attraverso una stretta interdipendenza degli ambiti della «sicurezza alimentare» e della «prevenzione nutrizionale». Rappresentano, pertanto, strutture funzionali unitarie interdisciplinari che si occupano in modo integrato di sicurezza alimentare e nutrizionale e degli stili di vita.

Negli anni i SIAN hanno promosso interventi di contrasto dei fattori di rischio per patologie croniche, sempre più puntuali e incentrati sullo sviluppo di collaborazioni a rete e di alleanze, con il coinvolgimento di più settori della società civile e l'attivazione di iniziative regolatorie, di comunicazione, di comunità e/o sui singoli individui. Questo con la consapevolezza che l'approccio alla natura trasversale della nutrizione debba essere intersettoriale, interistituzionale e interprofessionale, anche nella sua componente preventiva.

Obiettivi

L'obiettivo generale della nutrizione preventiva è quello di migliorare la salute degli individui e della comunità utilizzando buone pratiche di prevenzione e cura delle malattie non trasmissibili e dell'obesità correlate ai fattori di rischio prevenibili, promuovendo il processo di empowerment e la motivazione al cambiamento.

Mission

Il recente aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017) riguardanti la prevenzione collettiva definiscono chiaramente i compiti spettanti al SIAN in tema di sicurezza alimentare, tutela della salute dei consumatori e di sorveglianza/prevenzione nutrizionale attraverso programmi di promozione di sana alimentazione per favorire stili di vita salutari.

In particolare, a riconferma di quanto attestato nel DM 16/10/98, il compito dei SIAN consiste sia nella sorveglianza nutrizionale, attraverso raccolte mirate di dati epidemiologici, consumi e abitudini alimentari, profili di popolazione, sia negli interventi di prevenzione nutrizionale, finalizzati a favorire l'adozione di corrette abitudini alimentari nella popolazione generale, in gruppi a rischio e nei diversi "setting" erogativi (ambiente scolastico/di lavoro, comunità, strutture sanitarie) e condivisi da istituzioni educative, sanitarie, sociosanitarie e mondo del lavoro.

Attività e Interfacce

I SIAN contribuiscono con le figure professionali di riferimento, costituite da medici, dietisti, biologi nutrizionisti, assistenti sanitari, alle attività di prevenzione nutrizionale a livello territoriale.

Anche per la nutrizione, gli ultimi Piani Nazionali della Prevenzione e i relativi Piani Regionali

delineano strategie e indirizzi da seguire per il raggiungimento degli obiettivi di salute, in un sistema caratterizzato da centralità dell'individuo e continuità d'intervento negli ambienti di vita e di lavoro, condiviso dalle Istituzioni nel rispetto delle reciproche responsabilità.

Diversi sono i contesti in cui si effettuano specifici interventi nutrizionali:

Ristorazione collettiva:

- valutazione della adeguatezza nutrizionale dei menù offerti nella **ristorazione scolastica** e nei distributori automatici (DGR 418/2012 "*Linee guida per l'offerta di alimenti e bevande salutari nelle Scuole*");
- valutazione dei menù e delle tabelle dietetiche in uso nelle **strutture residenziali per anziani** (documento regionale "*Linee di indirizzo regionali per la ristorazione dell'anziano in struttura residenziale*");
- interventi sui capitolati d'appalto per migliorare la qualità dell'apporto nutrizionale;
- attività informative e formative per il personale delle strutture di ristorazione pubbliche e private (scuola, attività socioassistenziali, assistenza domiciliare, mense aziendali, ecc.).

Ristorazione pubblica e altri settori produttivi e commerciali:

- sensibilizzazione e formazione degli addetti alla produzione di alimenti per garantire qualità e sicurezza nutrizionale dei loro prodotti (Progetto GINS - gusta in salute);
- promozione della qualità nutrizionale nei settori produttivi e commerciali (etichettatura nutrizionale, dieta equilibrata, alimenti a fini medici speciali, rapporti favorevoli qualità nutrizionale/trattamenti di conservazione e produzione, ecc.).

Interventi per garantire l'offerta di alimenti idonei a soggetti celiaci e con allergie alimentari:

- controlli sui prodotti privi di glutine, formazione e informazione degli operatori del settore alimentare;
- individuazione di nuove strategie nei confronti dei celiaci di nuova diagnosi e i loro famigliari per assicurare rigorosa adesione alla dieta senza glutine e sostenerli nel cambiamento dello stile di vita.

Campagne informative-educative rivolte alla popolazione generale e/o a target specifici.

Consulenza dietetico-nutrizionale: prevenzione, trattamento ambulatoriale, terapia di gruppo per fasce di popolazione a rischio, *counseling* motivazionale nutrizionale.

Interventi di prevenzione dei disturbi del comportamento alimentare (DCA): realizzazione di iniziative volte alla promozione della salute e della sana alimentazione, connesse alla prevenzione dei DCA in collaborazione con i Dipartimenti Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, Dipartimenti Cure primarie ed equipe DCA per la traduzione operativa e realizzazione di progetti previsti dalla Circolare n. 6/2017 "*Linee d'indirizzo per la prevenzione e la promozione della salute nell'ambito dei disturbi del comportamento alimentare*".

Nell'ambito dell'obiettivo dei SIAN per la nutrizione preventiva rientra anche il contributo alla medicina proattiva da sviluppare assieme ai Medici di Medicina Generale (MMG) e ai Pediatri di libera scelta (PLS), interfaccia fondamentale nel processo di presa in carico. Il trattamento e la cura delle patologie croniche vanno integrati in modo sinergico con la promozione della salute al fine di incidere sui fattori di rischio modificabili e migliorare la qualità di vita e il benessere dei pazienti.

NUTRIZIONE CLINICA

Lo stato nutrizionale e l'alimentazione in fase di malattia possono influenzarne l'andamento, i tempi di ospedalizzazione e di riabilitazione, l'incidenza di complicanze e la prognosi. La nutrizione clinica ha come finalità quella di raggiungere o mantenere un adeguato stato nutrizionale attraverso interventi erogati in un'ottica di continuum, dalla prevenzione alla presa in carico per la diagnosi e la cura di patologie nutrizionali.

Le strutture di dietetica e nutrizione clinica rappresentano snodi imprescindibili del modello organizzativo della rete trasversale, come si evince nel documento "Valutazione delle criticità nazionali in ambito nutrizionale e strategie di intervento 2016-2019".

Recentemente il gruppo di lavoro regionale, costituito ai sensi della DGR 522/2017 e dell'art. 40 della L.R. 43/2001, ha condotto, con il coinvolgimento delle aziende sanitarie regionali, una *survey* finalizzata a una mappatura organizzativa dei servizi dedicati alla nutrizione clinica. Strutture di dietetica e nutrizione clinica sono risultate presenti in 5 aziende su 9 totali. Le afferenze organizzative sono disomogenee, come le risorse impiegate per la gestione di tale problematica nell'adulto e nell'età pediatrica, e non sempre è documentabile una continuità tra setting ospedaliero e territoriale. Tale disomogeneità interessa anche l'erogazione della nutrizione artificiale e dei supplementi nutrizionali orali. Relazioni collaborative con le attività erogate dai SIAN sono presenti frequentemente, anche se non sempre strutturate idoneamente.

Obiettivi

Gli obiettivi della nutrizione clinica sono assistenziali e di cura integrata su tutte le patologie caratterizzate da alterazioni dello stato di nutrizione (obesità, malnutrizione per difetto, disturbi del comportamento alimentare) o che possono giovare di un intervento nutrizionale per via naturale o artificiale.

Mission

La struttura di dietetica e nutrizione clinica, o strutture equivalenti dirette da professionisti esperti in nutrizione con gli stessi standard organizzativi, deve assicurare un approccio di cura e riabilitativo, interdisciplinare e multidimensionale, alle patologie correlate allo stato di nutrizione caratterizzando l'intervento sulla base della problematica e dell'età del paziente, progressivamente per intensità e con particolare attenzione alla continuità di cura. I possibili setting di intervento si estendono dall'alta specializzazione dell'acuzie ospedaliera al contesto territoriale, più idoneo alla gestione di patologie nutrizionali croniche.

Lo strumento principale è la realizzazione di specifici PDTA, in un'ottica di connessione organica con altri ambiti terapeutici.

Attività e interfacce

I professionisti afferenti alle strutture di nutrizione clinica sono medici, dietisti, infermieri con

competenze specifiche, funzionalmente integrati. Un pediatra con competenze nutrizionali è previsto per l'ambito pediatrico. Per specifiche patologie possono essere coinvolte altre figure professionali. Alla struttura dedicata alla dietetica e nutrizione clinica vanno garantiti spazi ambulatoriali dedicati ad attività specialistiche e l'accesso al regime degenziale o ad altri regimi assistenziali (ricovero diurno, day service) per pazienti con urgenza metabolica o complicanze da nutrizione artificiale.

Le attività svolte in ambito ospedaliero riguardano:

- diffusione di procedure di screening della malnutrizione,
- governo clinico dei programmi di cura mediante dietoterapia, supplementazione orale, nutrizione artificiale funzionale al processo di dimissione,
- elaborazione del dietetico ospedaliero e controllo dei servizi di ristorazione,
- elaborazione e controllo dell'allestimento dei pasti a contenuto nutrizionale definito,
- assistenza specialistica per la nutrizione orale e artificiale con interventi specifici (gestione degli accessi nutrizionali, valutazione e controllo di complicanze), funzionale alla riduzione del rischio di ospedalizzazione;
- valutazione clinica, impostazione del trattamento e verifica di efficacia dell'intervento in malati con malnutrizione per eccesso o per difetto.

Le attività territoriali necessitano di uno stretto rapporto di integrazione anche attraverso la condivisione di strumenti con le diverse componenti delle cure primarie e riguardano:

- impostazione di programmi di cura e follow-up di malati in Nutrizione Artificiale Domiciliare e ONS (anche CRA) con presa in carico direttamente al domicilio o prima della dimissione dall'ospedale;
- interazione con MMG/PLS per l'identificazione precoce di soggetti a rischio malnutrizione;
- interazione formalizzata con ospedali di comunità, CRA, istituti penitenziari per l'elaborazione di piani di cura nei soggetti a rischio di malnutrizione.

RETE TRASVERSALE DI NUTRIZIONE PREVENTIVA E CLINICA

Poiché le patologie nutrizionali costituiscono, come altre condizioni, “specialità trasversali”, la separazione tra cura e prevenzione, intesa come azione sugli stili di vita e l'ambiente, va contrastata e superata, pur nel rispetto della differenziazione delle competenze. Gradualità degli interventi e coordinamento delle azioni sono le condizioni fondamentali per una nutrizione clinica moderna orientata ai percorsi di cura. Questo comporta una evoluzione dell'organizzazione delle cure, in cui l'intervento preventivo assume la funzione di completare ed integrare l'offerta delle azioni secondo il modello della medicina d'iniziativa, e lo sviluppo di un approccio integrato e sinergico di tipo multiprofessionale nella gestione del paziente.

In un'ottica di sistema è necessario definire i criteri per l'organizzazione dei servizi coinvolti, al fine di ricondurre gli interventi nutrizionali a percorsi di prevenzione e cura multidisciplinari, coordinati ed efficienti. L'organizzazione di una rete trasversale di nutrizione preventiva e clinica diventa un obiettivo impegnativo ma strategico per permettere di garantire ai cittadini una maggiore appropriatezza ed efficienza delle cure. In questi ambiti dovrà esser posta particolare attenzione allo sviluppo formativo e alla valorizzazione delle competenze dei professionisti, per metterli in grado di affrontare con piena autorevolezza le complessità dei temi connessi agli aspetti preventivi e clinici della nutrizione.

Obiettivi strategici della rete trasversale:

- **coadiuvare la programmazione regionale nello specifico ambito**, contribuendo contestualmente allo sviluppo dei sistemi aziendali a livello locale;
- **proporre l'organizzazione dei servizi nei seguenti ambiti di intervento:**
 - popolazione in generale e definite fasce di popolazione;
 - gruppi/individui a rischio, come i pazienti inseriti nei percorsi assistenziali del *Chronic Care Model* e della medicina di iniziativa, e i pazienti con particolari caratteristiche fisiologiche/ patologiche;
- **mettere in atto interventi di provata efficacia:**
 - individuazione e promozione dell'utilizzo di interventi efficaci in campo nutrizionale e dell'attività fisica, basati sulle migliori evidenze di letteratura;
 - condivisione di buone pratiche cliniche, di protocolli di intervento e di strategie di valutazione degli interventi e dei risultati;
- **lavorare in qualità:**
 - analisi dei processi e definizione di procedure condivise;
 - misurazione e monitoraggio dei risultati in termini di efficacia ed efficienza (definizione di standard e relativi indicatori);
- **rafforzare le collaborazioni esterne e interne in ambito sanitario ed extra-sanitario:**

- MMG/ PLS e UU.OO. specialistiche territoriali e ospedaliere;
 - amministrazioni locali attraverso i Piani di Zona, scuole;
 - associazioni del terzo settore;
- **implementare la comunicazione interna alla rete**, in particolare sull'analisi dei dati di attività e dei risultati ottenuti/attesi al fine di promuovere e definire nuovi interventi, e **la comunicazione esterna** agli stakeholders su contenuti di:
- prevenzione e nutrizione clinica di tutte le prestazioni offerte in ambito nutrizionale;
 - sistematizzazione della diffusione dell'informazione all'utenza;
 - costruzione di strumenti per la messa in rete e la condivisione di risorse ed esperienze presenti nei territori, sostenendo l'attivazione di iniziative per la promozione dell'attività fisica e della sana alimentazione e la conoscenza dei percorsi di cura esistenti;
- **sperimentare modelli organizzativi innovativi.**

Modello organizzativo della rete

La rete trasversale di nutrizione preventiva e clinica riconosce come dimensione territoriale, idonea a garantire la cura per le patologie prevalenti e le necessarie competenze, quella provinciale o l'estensione aziendale laddove, come nel caso della Romagna, si sia già proceduto a organizzare i servizi provinciali in rete con un unico coordinamento. Il territorio di Imola garantisce una autonoma organizzazione dei servizi su base aziendale le cui funzioni potranno essere integrate da collaborazioni con i territori vicini.

Dal punto di vista organizzativo il modello di rete regionale implica il coinvolgimento di una pluralità di attori istituzionali e richiede a livello locale l'individuazione dei centri di riferimento, del coordinamento e delle relative responsabilità per le componenti preventiva e clinica.

In generale, il settore preventivo della rete fa capo per i SIAN ai Dipartimenti di Sanità Pubblica e per i MMG/PLS ai Dipartimenti delle Cure Primarie delle Aziende USL.

Nell'ambito del SIAN si individua l'ambulatorio nutrizionale come la sede di erogazione di prestazioni di counseling motivazionale per la promozione di una corretta alimentazione e lo stile di vita attivo, e di prestazioni di consulenza dietetica. L'equipe è multiprofessionale per il necessario approccio multidimensionale e nell'ambito delle competenze individuate -medico igienista, dietista, biologo nutrizionista, assistente sanitario - può essere costituito da diverse figure professionali.

L'ambito della nutrizione clinica afferisce all'organizzazione delle reti ospedaliere aziendali e fa perno su strutture di dietetica e nutrizione clinica o di equivalente funzione ove i diversi professionisti collaborano in team integrati. Il DM n. 70/2015 e la DGR n. 2040/2015 di recepimento regionale prevedono per la disciplina di dietetica e nutrizione clinica la presenza di una struttura ogni 0.6 – 1.2 milione di abitanti.

Devono essere previsti protocolli operativi per regolamentare le interfacce con i servizi interni ed esterni, l'ambito della nutrizione preventiva e il centro bariatrico di riferimento, qualora non sia presente in sede. Deve essere individuata la figura del dietista con funzione di case manager per la presa in carico dei pazienti.

Laddove nel territorio insistano aziende territoriali e ospedaliero-universitarie, si richiede lo sviluppo di un modello organizzativo integrato del sistema di offerta.

Coordinamento regionale della rete di nutrizione preventiva e clinica

A supporto della programmazione regionale nell'ambito della nutrizione, viene istituito il **Coordinamento regionale della rete**, rappresentativo delle componenti istituzionali e professionali, con le seguenti funzioni:

- promuovere il coordinamento dei nodi della rete attraverso una stretta collaborazione tra le componenti locali;
- predisporre un programma di attività, a cadenza triennale, in coerenza con le indicazioni regionali;

- monitorare i percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali identificati a livello regionale, avendo particolare attenzione all'integrazione ospedale-territorio;
- definire i criteri clinici e organizzativi per garantire qualità, appropriatezza e sicurezza delle prestazioni erogate;
- monitorare le performance della rete,
- sviluppare programmi di formazione continua, valorizzando le competenze delle Aziende Ospedaliere-Universitarie.

Sarà necessario prevedere una collaborazione interattiva con le associazioni dei pazienti per la partecipazione con modalità definite alle attività di rete, per la valutazione dei percorsi diagnostico-terapeutici e l'individuazione di criticità esistenti. Al fine, infatti, di migliorare la qualità di vita delle persone con rischio di problematiche nutrizionali o affette da quadri patologici conclamati, consentire una maggiore soddisfazione dei bisogni e ridurre la complessità sociale che frequentemente queste condizioni comportano, è opportuno che tutti i punti della rete si relazionino con l'associazionismo e il volontariato. Il ruolo fondamentale delle Associazioni, all'interno di procedure e protocolli condivisi con gli snodi della rete, si esprime nel favorire i percorsi di inclusione sociale, emersione e superamento dello stigma, supporto al malato e alla famiglia, informazione e sensibilizzazione della cittadinanza.

Il coordinamento regionale potrà avvalersi dell'attività di gruppi di lavoro integrati con esperti per l'approfondimento di tematiche specifiche; si prevedono riunioni con periodicità stabilite dal coordinatore del gruppo e incontri dedicati ai responsabili locali delle *equipe* di nutrizione preventiva e clinica.

SVILUPPO DI PERCORSI DI NUTRIZIONE ESSENZIALI

Percorso Preventivo Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PPDTA) del sovrappeso/obesità

Dati epidemiologici. In Europa il sovrappeso e l'obesità sono responsabili di circa l'80% dei casi di diabete tipo 2, del 55% dei casi di ipertensione arteriosa e del 35 % dei casi di cardiopatia ischemica; tutto ciò si traduce in 1 milione di morti l'anno e 12 milioni di malati all'anno (1).

La letteratura conferma che l'aspettativa di vita in media nel paziente obeso si riduce di circa 6 anni e, precisamente, diminuisce di 2-4 anni in caso di obesità moderata (corrispondente a un BMI compreso fra 30 e 35 Kg/m²), raggiungendo i 10 anni nell'obesità grave (BMI ≥ 40) (2).

Nella realtà italiana, il tasso di mortalità direttamente correlato all'obesità è pari a 3 decessi /100.000 abitanti, che cresce fino a 19/100.000 se si considerano anche le cause di morte correlate all'obesità (3). In linea con la crescita dell'impatto epidemiologico dell'obesità riscontrato in Italia negli ultimi anni, dal 1980 al 2009 è stato osservato un incremento del tasso di mortalità per obesità di circa 18 volte (4).

In Emilia-Romagna, sulla base dei dati della sorveglianza PASSI relativi al periodo 2014-2017, si stima che l'eccesso ponderale coinvolga una quota rilevante (43%) di adulti 18-69enni, di cui il 31% è in sovrappeso e il 12% presenta obesità. La stima rilevata corrisponde in regione a circa 902 mila persone adulte in sovrappeso e 350 mila obese (5). Secondo l'indagine OKkio alla salute 2016, in Emilia-Romagna il 29% dei bambini di 8-9 anni è in eccesso ponderale: 21% in sovrappeso e 7,6% obeso. La prevalenza diminuisce nell'adolescenza: 17% negli undicenni; 15% nei tredicenni e 17% nei quindicenni (6). L'obesità nei bambini è strettamente correlata allo stato ponderale dei genitori e al loro grado di istruzione, condizioni che riflettono lo status socioeconomico della famiglia (7).

Premessa. In considerazione dell'impatto dell'obesità, la raccomandazione di ridurre il peso corporeo quando elevato è cogente. Essendo l'origine del fenomeno sovrappeso/obesità multifattoriale, non esiste al momento una sola strategia monodirezionale efficace ma è richiesto un approccio integrato, che utilizzi gli strumenti a disposizione in modo complementare, avvalendosi di competenze professionali diverse, che condividano il medesimo obiettivo terapeutico.

Per la complessità delle cause, per i diversi livelli di severità e soprattutto per le implicazioni sulla salute, l'obesità richiede interventi preventivi e terapeutici da attuare con modalità organizzative dei servizi a rete, secondo i principi di integrazione tra territorio e ospedale, multidisciplinarietà e interazione tra i diversi percorsi, al fine di assicurare il monitoraggio e la presa in carico dei soggetti a rischio, tanto più efficace quanto più precoce. Un trattamento appropriato deve avere tra gli obiettivi una riduzione relativa del peso, il mantenimento a lungo termine del calo ponderale raggiunto, una

gestione efficace delle complicanze legate al peso, un miglioramento del profilo di rischio e della qualità di vita dell'individuo.

La rete assistenziale deve essere articolata sia longitudinalmente, perché lo stesso soggetto può avere bisogno nel tempo di diverse modalità assistenziali in relazione all'andamento della condizione e alla riacutizzazione di eventuali complicanze, sia trasversalmente perché pazienti obesi, in relazione al grado di comorbidità-fragilità-disabilità, possono giovare dell'uno o dell'altro nodo della rete assistenziale.

In quest'ottica si inserisce la costruzione di percorsi per la promozione dell'attività fisica che includano anche partnership tra sistema sanitario pubblico e soggetti private (palestre, polisportive) per interventi specifici come l'attività motoria adattata, già previsti dai nuovi LEA (punto F5 All. 1 DPCM 2017).

Le Case della Salute e i Dipartimenti di Cure Primarie possono favorire la costruzione e l'implementazione dei percorsi di prevenzione e presa in carico dell'obesità.

In specifiche fasi di vita della paziente obesa, come pianificazione della gravidanza o gravidanza, i consultori possono rappresentare la sede di un primo livello di intervento.

Sovrappeso e obesità dell'adulto

Le strategie per la prevenzione e gestione del sovrappeso e obesità nell'adulto si connotano per una gradazione degli interventi che vanno dall'ambito territoriale a quello ospedaliero. Si identificano tre livelli d'intervento:

Primo livello

Afferiscono adulti in sovrappeso (BMI 25-29.9) o obesi non complicati (BMI 30-34.9) .

Fondamentale è il ruolo dei MMG che hanno il compito di identificare il problema e classificarlo in termini di rischio di malattia attraverso:

- misurazione di peso, di altezza e determinazione del BMI;
- misurazione della circonferenza dell'addome (a livello di cresta iliaca fianco dx) per valutare il rischio di obesità viscerale (parametri europei: donna ≥ 80 cm, uomini ≥ 94 cm) e circonferenza del collo per valutare il rischio di apnee (donne > 41 cm, uomini > 43 cm);
- esame clinico ed eventuali indagini ematochimiche per identificare la presenza di fattori di rischio cardiovascolare (ipertensione, dislipidemia, diabete) o altre condizioni mediche correlate all'obesità, come la sindrome delle apnee notturne, o problematiche osteoarticolari;
- valutazione dello stile di vita: comportamento e abitudini alimentari, storia del peso (peso alla nascita, peso abituale, numero di perdite di peso > 5 Kg).

In considerazione delle indicazioni regionali per lo sviluppo delle **Case della salute**, si ritiene che queste possano diventare la sede più idonea per le rilevazioni, il loro monitoraggio regolare e il trattamento di eventuali fattori di rischio, anche in virtù della collaborazione tra MMG e personale infermieristico.

Altro protagonista di questo livello è rappresentato dalla rete degli **Ambulatori di Nutrizione Preventiva** afferenti ai SIAN. Attraverso consulenze individuali o a piccoli gruppi con approccio comportamentale e di counseling motivazionale, l'ambulatorio di nutrizione preventiva si rivolge a persone con obesità (BMI compreso fra **30 e 34.9**) senza complicanze cliniche gravi che dopo adeguato intervento del MMG non presentano un soddisfacente calo ponderale (<5%) in 6-12 mesi e per le quali l'intervento in atto non risulti sufficiente a migliorare i fattori di rischio in assenza di giustificate motivazioni. In caso di insuccesso terapeutico, può essere opportuna un'eventuale valutazione del profilo psicologico dei soggetti.

Nel primo livello le attività sono finalizzate a:

- informare e sensibilizzare il paziente sulla problematica;
- effettuare attività di counseling anche dietetico (calo ponderale compreso tra 5-15% del peso corporeo in 6-12 mesi);
- promozione di migliori stili di vita: modificazioni del comportamento alimentare e programmi di attività motoria (nelle fasi iniziali almeno superiori a 200 minuti a settimana);
- eventuale inquadramento diagnostico e terapeutico delle patologie associate, con eventuale invio a percorsi specialistici.

Secondo livello

A questo livello afferiscono i pazienti affetti da obesità severa (**BMI ≥ 35**) **senza comorbidità né risposta al trattamento combinato e gli obesi con BMI 30-34.9 affetti da comorbidità.**

Cardine del lavoro è la multiprofessionalità e l'approccio integrato al paziente. Dal punto di vista organizzativo va prevista la presenza di un ambulatorio dedicato di dietetica e nutrizione clinica in cui operi un team multiprofessionale e multidisciplinare costituito da un medico con competenze di obesità e/o nutrizione clinica,^{*} un dietista e uno psicologo, integrati qualora necessario da altre figure professionali (psichiatra, fisiatra/fisioterapista, cardiologo, ginecologo, ecc). Tali figure professionali all'avvio del percorso devono definire in modo integrato e condiviso con la persona affetta da obesità un Piano di Cura Personalizzato che indichi obiettivi, tempi e modalità di realizzazione (Piano

* specialista in scienze della nutrizione/endocrinologo/internista/geriatra

Nazionale Cronicità).

Compiti prioritari sono rappresentati dall'educazione terapeutica, dalle indicazioni nutrizionali ai fini di una restrizione calorica sulla base del dispendio energetico stimato anche in relazione all'attività fisica, dal trattamento delle disabilità e delle comorbidità obesità-correlate attraverso l'insieme di più interventi (counseling, terapia cognitivo- comportamentale, farmacologica, riabilitativa).

Essendo l'obesità una malattia cronica, è necessario stabilire un adeguato follow-up (ovvero tale da ridurre al minimo il rischio di *drop-out* e di perdita della *compliance* del paziente) e una continua supervisione per prevenire il recupero di peso, monitorare il rischio di malattia e trattare le comorbidità. Pertanto, il follow-up deve essere tarato in base alla presenza e gravità delle comorbidità e deve prevedere controlli, individuali o a gruppi, a scadenza regolare durante le fasi di calo ponderale (possibilmente mensili) e di mantenimento.

Terzo livello

A questo livello afferiscono pazienti affetti da **obesità severa (BMI ≥ 35) con comorbidità, senza risposta al trattamento dietetico, farmacologico e comportamentale e/o presenza di criteri per un possibile trattamento chirurgico o di riabilitazione nutrizionale di tipo intensivo.**

La gestione dei pazienti avviene ad opera del team multidisciplinare di nutrizione clinica integrato in modo stabile dalla figura del chirurgo bariatra di provata esperienza per il riconoscimento delle indicazioni al trattamento chirurgico dell'obesità e l'effettuazione dei relativi interventi.

Così configurati, si realizzano **centri ospedalieri di alta specializzazione** che devono garantire i criteri di qualità, sicurezza e *clinical competence* necessari all'erogazione di queste procedure chirurgiche di particolare complessità nonché al follow-up post-operatorio e all'eventuale trattamento riabilitativo (8).

Date le modifiche anatomo-fisiologiche prodotte dalle procedure bariatriche, dopo un adeguato periodo di osservazione di circa 12 mesi, il paziente va riaffidato al team multidisciplinare di secondo livello, al fine di contrastare i possibili effetti negativi post-chirurgici, di modificare il trattamento delle comorbidità e ridurre il rischio di riguadagnare peso. Il follow-up multidisciplinare dei pazienti bariatrici nel primo anno dopo l'intervento deve rappresentare una fase integrata del percorso clinico dell'obesità da garantire in tutti i centri di alta specializzazione per la chirurgia bariatrica (9).

A completamento del percorso, in condizioni di stabilità psico-fisica comprensiva di consolidate sane abitudini alimentari e di uno stile di vita attivo, il paziente può essere sottoposto a interventi di chirurgia plastica.

Sempre al terzo livello afferiscono i trattamenti di riabilitazione intensiva nutrizionale da effettuare in strutture dedicate (cod. di dimissione 056). L'accesso a tali strutture deve avvenire su invio

autorizzativo da parte del team multidisciplinare del terzo livello competente per residenza del soggetto sia per pazienti non candidati a chirurgia, sia per pazienti sottoposti a chirurgia bariatrica. Il trattamento dell'obesità moderata e severa richiede di considerare sempre l'esistenza di disturbi del comportamento alimentare. La cura del *Binge Eating Disorder* è a carico fondamentalmente dello psicoterapeuta e deve tener conto della presenza della comorbidità psichiatrica. Il trattamento - terapia cognitivo-comportamentale, interpersonale, interventi di auto-aiuto e di auto-aiuto guidato - insieme all'intervento nutrizionale, può essere effettuato nel setting ambulatoriale ma può necessitare in casi particolarmente gravi anche di trattamenti semiresidenziali o residenziali. Per queste caratteristiche vanno individuati centri di riferimento specifici per il trattamento.

Organizzazione

Il percorso prefigurato per il trattamento dell'obesità prevede che il paziente trovi nel territorio più prossimo al suo domicilio adeguate risposte rispetto a bisogni di assistenza "primaria", mentre l'ospedale deve rappresentare la sede privilegiata per bisogni più complessi in termini di Nutrizione Clinica, tipici del secondo e terzo livello.

Parallelamente alla possibilità di passare da un livello inferiore ad uno superiore, si prevede il passaggio opposto qualora si ottengano gli obiettivi preposti e il paziente possa essere riaffidato alle cure del team nutrizionale, in caso di chirurgia bariatrica, o del MMG qualora si ottenga una riduzione stabile del BMI < 35 in assenza o controllo di comorbidità.

L'accesso ai diversi livelli del percorso avviene tramite il MMG o uno specialista ambulatoriale/ospedaliero (gastroenterologo, endocrinologo, diabetologo, medico nutrizionista, pneumologo, ginecologo, ecc.) per i pazienti che presentano i criteri di inclusione definiti in precedenza. Per quanto riguarda il terzo livello, vengono considerati eleggibili all'intervento chirurgico tutti i soggetti sopra definiti, in particolare la fascia di età compresa tra 18 e 65 anni. Si prevede che la maggior parte dei pazienti con accesso a quest'ultimo livello siano già stati in precedenza in carico al team nutrizionale di secondo livello senza raggiungere gli obiettivi individuati. I MMG o gli specialisti hanno il compito di valutare la problematica e lo stile di vita del paziente, procedere all'inquadramento antropometrico e decidere in modo condiviso l'approccio più appropriato in base alle caratteristiche presentate. Qualora si ritenga necessario procedere a elaborazione di programmi alimentari o all'inserimento negli ambulatori di nutrizione preventiva (primo livello) o di dietetica e nutrizione clinica (secondo/terzo livello), il MMG o lo specialista potrà richiedere la prestazione tramite CUP o agende dedicate, con l'eventuale attivazione del percorso. È necessario che le strutture aziendali siano in grado di fornire indicazioni (numeri telefonici – email) per l'attivazione dei percorsi richiesti da MMG o specialisti, anche in modo integrato qualora nel territorio insistano aziende territoriali e ospedaliero-universitarie.

Al fine di assicurare tutte le condizioni di garanzia di qualità e sicurezza delle cure e nel rispetto della documentata associazione tra volumi di attività ed esiti clinici per la chirurgia bariatrica (10), è necessario concentrare le attività di terzo livello in centri (HUB) di riferimento per la presa in carico relativa all'intervento chirurgico. Il paziente individuato come eleggibile al trattamento dal team multidisciplinare presente nel secondo livello del centro Spoke deve essere inviato al centro Hub specializzato di riferimento.

Indicatori

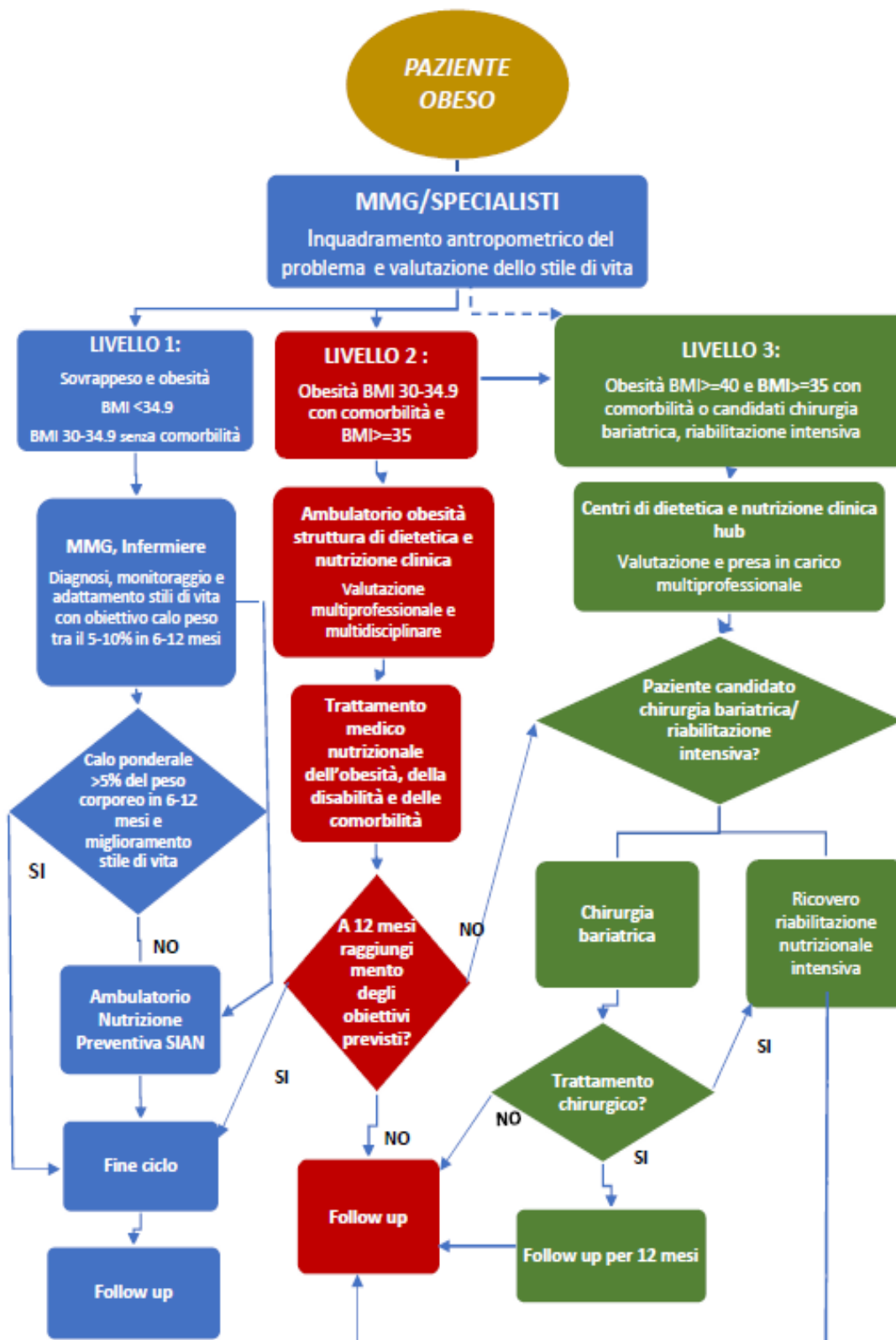
N° centri con percorso formalizzato

N° prime visite e N° visite di controllo ambulatorio nutrizionale SIAN

N° prime visite e N° visite di controllo centri secondo livello

N° prime visite e N° visite di controllo centri terzo livello

Figura 1. Percorso Preventivo Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PPDTA) del sovrappeso/ obesità.



Sovrappeso e obesità infantile

La Regione Emilia-Romagna ha sviluppato da diversi anni una strategia organica per contrastare l'obesità infantile mediante le azioni contenute nei Piani Regionali della Prevenzione mirate a:

- intervenire il più precocemente possibile e in particolare ancor prima della nascita del bambino (Documento regionale "*La prevenzione dell'obesità infantile: meno nove mesi più tre anni*" (2017);
- predisporre interventi di carattere multifattoriale che facciano perno sulle principali figure educative per il bambino, in particolare famiglia e scuola, ricercando il contributo di tutti gli attori della comunità locale in grado di svolgere un ruolo attivo (Progetti di comunità);
- promuovere ambienti salutarì, rendendo più facili le scelte di salute (DGR 418/2012 "*Linee guida per l'offerta di alimenti e bevande salutarì nelle Scuole*");
- dare continuità nel tempo agli interventi, attraverso "azioni e messaggi coerenti" in tutti gli ambiti.

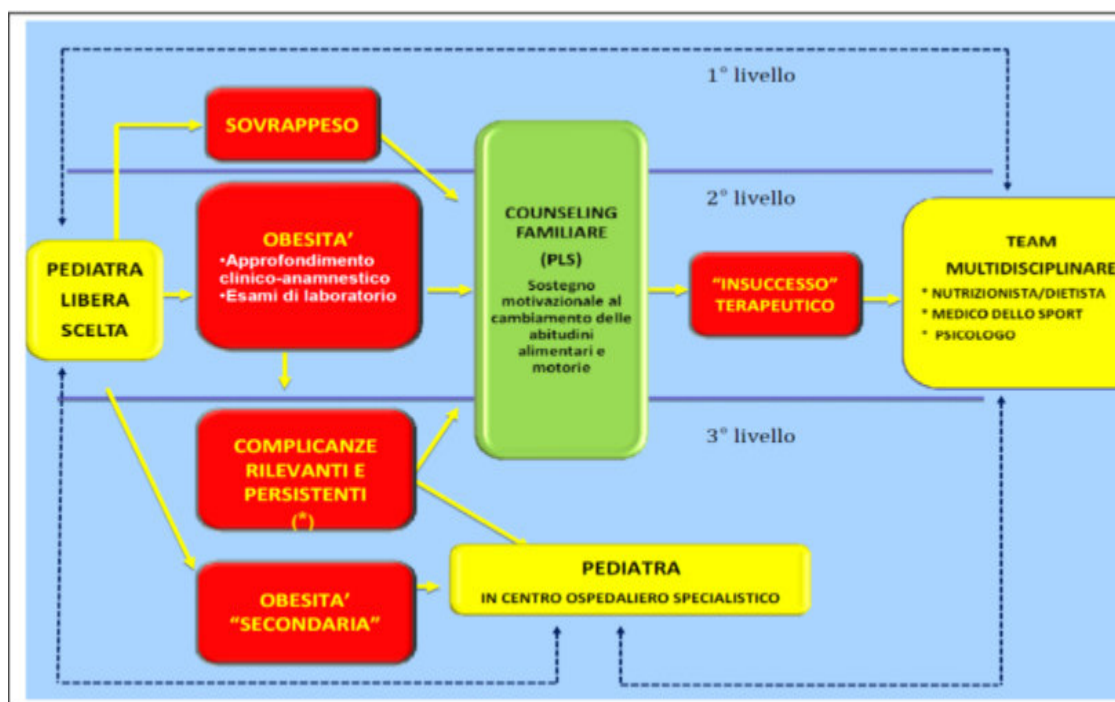
Con la DGR n.783/2013 "*Modello regionale di presa in carico del bambino sovrappeso e obeso*", inserito dall'OMS tra le buone pratiche europee (11), la Regione Emilia-Romagna ha dato indicazioni alle Aziende sanitarie in merito alla realizzazione di una rete integrata di servizi per la prevenzione, diagnosi e la terapia dell'obesità infantile. La cura mira a modificare in modo persistente le abitudini nutrizionali e motorie della famiglia.

Il PPDTA si articola in tre livelli: il primo è rappresentato dal pediatra di libera scelta (PLS) o dal medico di medicina generale; il secondo coinvolge l'équipe multidisciplinare a livello territoriale (centri Spoke); il terzo è costituito dal centro ospedaliero specializzato in obesità pediatrica (centri Hub).

In dettaglio, il PPDTA prevede i seguenti punti:

1. coinvolgimento dei PLS nella promozione attiva dei fattori protettivi, nel monitoraggio antropometrico e nell'intercettazione precoce di sovrappeso e obesità;
2. sviluppo sul territorio di una rete di collaborazione multidisciplinare e multiprofessionale per la presa in carico e l'educazione terapeutica del bambino obeso e del nucleo familiare per favorire un cambiamento duraturo dei comportamenti.
3. focalizzazione dell'attività del pediatra ospedaliero sull'obesità grave e complicata.

Figura 2. Livelli di presa in carico bambino sovrappeso e obeso



Per il raggiungimento degli obiettivi è stato previsto uno specifico percorso formativo dedicato ai PLS e agli altri professionisti dei team di presa in carico e successivamente l'attivazione del PPDTA attraverso percorsi di integrazione e collaborazione tra professionisti che già operano sul territorio. Il percorso di presa in carico del bambino obeso è stato valutato in termini di impatto sull'equità attraverso strumenti di *Equality Impact Assessment* (EqIA) e *Health Equity Audit* (HEA).

Tabella 1. Articolazione della rete per la gestione dell'obesità infantile

Ausl	Livello 1	Livello 2	Livello 3
Piacenza	PLS con formazione specifica	Attivazione ambulatorio presso DSP di Piacenza	Ospedale di Piacenza
Parma	PLS con formazione specifica	Attivazione ambulatorio presso Casa della Salute di Parma Centro	Ospedale Bambini Parma
Reggio Emilia	PLS con formazione specifica	Attivazione ambulatorio presso Casa Salute Novellara, Scandiano e Ospedale S. Maria Nuova	Ospedale S. Maria Nuova
Modena	PLS con formazione specifica	Attivazione ambulatorio presso Distretto Maranello, DSP di Modena e Carpi	Policlinico Modena, Ambulatorio auxologico di Sassuolo e Carpi
Bologna	PLS con formazione specifica	Attivazione ambulatorio presso Casa della Salute di Pieve di Cento, San Pietro in Casale, Budrio, Poliambulatorio di Molinella e Ospedale Bentivoglio	Pediatria endocrinologica AOU S. Orsola e Ospedale Maggiore
Imola	PLS con formazione specifica	Attivazione ambulatorio presso DSP di Imola	Ospedale di Imola
Ferrara	PLS con formazione specifica	Attivazione ambulatorio presso DSP di Ferrara	Ospedale di Ferrara
Romagna	PLS con formazione specifica	Attivazione ambulatorio presso DSP di Ravenna e Rimini e presso Casa della Salute di Forlimpopoli	Ospedali di Forlì, Rimini e Ravenna

Indicatori

Gli indicatori di valutazione del PPDTA sono definiti nella DGR 780/13 “Modello Regionale di presa in carico del bambino sovrappeso e obeso”. Per quanto riguarda gli indicatori di risultato del percorso presa in carico del team multidisciplinare (Il livello) è stato condiviso e approntato un sistema di valutazioni a livello locale che considera:

- **Indicatore di risultato (outcome):** *miglioramento del percentile di BMI a termine percorso, peggioramento del BMI a termine percorso;*
- **Indicatore di risultato (outcome):** *miglioramento dello stile di vita attraverso un’analisi del comportamento alla prima visita e al termine percorso, attraverso domande ad hoc, confronto dei dati sul comportamento pre e post-intervento e calcolo della variazione in percentuale.*

Tabella 2. Scheda di rilevazione delle informazioni

	Prima visita	Termine percorso
Frequenza* di consumo di bevande zuccherate e/o gasate		
Frequenza** di consumo di frutta e/o verdura		
Numero di bambini che fanno colazione adeguata		
Numero di ore*** trascorso davanti a Screen (TV/C/video giochi)		
Numero giorni**** settimana in cui i bambini fanno attività fisica (sport) per almeno un'ora al giorno fuori orario scolastico		
Numero giorni**** in una settimana normale, in cui i bambini fanno attività fisica (giochi di movimento) per almeno un'ora al giorno fuori orario scolastico		
Numero di bambini che si recano a scuola in bici o a piedi		
<p>* Più volte al giorno; Una volta al giorno; Qualche volta a settimana; Meno di una volta a settimana; Mai</p> <p>** 4 o più volte al giorno; 2-3 volte al giorno; Una volta al giorno; Qualche volta a settimana; Meno di una volta a settimana; Mai</p> <p>***Non guarda screen; Meno di un'ora; 1 ore; 2 ore; 3 ore; 4 ore; 5 ore o più</p> <p>****0 giorni; 1 giorno; 2 giorni; 3 giorni; 4 giorni; 5 giorni; 6 giorni; 7 giorni</p>		

Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) della malnutrizione per difetto e della nutrizione artificiale (NA)

Dati epidemiologici. A livello europeo la prevalenza di malnutrizione calorico proteica (MCP) all'atto del ricovero oscilla tra il 20 e 60% e a livello nazionale si assesta sul 30%. Nei bambini all'ingresso in ospedale si stima una prevalenza del 10%.

La MCP ospedaliera iatrogena, cioè dovuta a un intervento inadeguato o assente, presenta una prevalenza tutt'altro che trascurabile, non inferiore al 15%. Nelle residenze per anziani la prevalenza della MCP si aggira mediamente sul 20%.

Premessa. La MCP rappresenta, insieme al sovrappeso/obesità, una criticità rilevante in termini di salute pubblica, gravata da un importante impatto clinico ed economico, spesso misconosciuto.

La MCP rappresenta una condizione patologia-correlata, in grado di condizionare prognosi, incidenza di complicanze, autonomia funzionale, tempi di riabilitazione e di permanenza in ospedale, ricorso ai servizi della rete territoriale per anziani con maggior rischio di istituzionalizzazione, costi sociali. I setting di maggior rischio per la malnutrizione sono rappresentati dalle strutture residenziali per anziani e dagli ospedali. Negli ultimi anni, il ricorso sempre più frequente allo strumento della nutrizione artificiale (NA), sempre più a gestione extraospedaliera, comporta la necessità di rivalutare il ruolo della gestione territoriale di tali pazienti al fine di migliorare la qualità di vita e ridurre i costi di ospedalizzazioni.

L'approccio corretto per valutare il rischio di MCP parte dall'adozione di test di screening semplici, ripetibili e a basso costo che vanno effettuati all'ingresso nella struttura territoriale/ospedaliera nel modo più ampio possibile. A livello regionale le *“Linee di indirizzo regionali per la ristorazione dell'anziano in struttura residenziale”* (Contributi RER n.96/2017) forniscono gli strumenti essenziali per la definizione del rischio di MCP e per il suo trattamento nelle strutture residenziali. Le *“Linee di indirizzo per la gestione in sicurezza dei farmaci e di altri prodotti terapeutici nelle case-residenza-anziani (CRA) della Regione Emilia-Romagna”* (2019) hanno l'obiettivo di fornire criteri e indicazioni per la gestione in sicurezza anche dei prodotti nutrizionali.

Come ricordato in precedenza, in regione Emilia-Romagna la Circolare 4/2004 ha fornito indicazioni operative atte a uniformare e a migliorare gli standard qualitativi assistenziali per la NA, attraverso il lavoro in team multiprofessionale e la continuità assistenziale tra ambito ospedaliero e territoriale, al fine di raggiungere una adeguata appropriatezza, efficacia e sicurezza delle cure.

Per i profili dei pazienti a cui si rivolge, la NA coinvolge ambiti particolari come il tema della sicurezza delle cure, come previsto dalla legge n 24/2017 *“Disposizione in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”*, e il tema del consenso informato al trattamento e alle manovre finalizzate alla

sua realizzazione, con modalità definite dalla legge n.219/2017 “*Norme in materia di consenso informato e disposizioni anticipate di trattamento*”.

Insieme alla NA, il ricorso alla fortificazione dei pasti e l'uso di supplementi orali (ONS) rappresentano strumenti in grado di migliorare lo stato nutrizionale, i tempi di permanenza in ospedale e di riabilitazione, l'incidenza di complicanze e la prognosi. Negli ultimi anni, l'efficacia di alcuni ONS con farmaconutrienti è stata dimostrata per diverse patologie. La circolare RER 4/2004 fornisce le indicazioni per l'uso appropriato degli ONS, nell'ambito di un programma nutrizionale personalizzato e misurabile, attribuendo al team di nutrizione clinica anche il compito di orientare, supervisionare e monitorare l'appropriatezza dell'utilizzo di tale strumento terapeutico.

Il rischio di una alterazione dello stato nutrizionale e l'utilizzo degli strumenti terapeutici della NA e ONS sono particolarmente rilevanti in alcuni ambiti clinici.

In oncologia i problemi dello stato nutrizionale sono frequenti, anche nelle fasi precoci di malattia. Tra i pazienti neoplastici che perdono peso corporeo, il 20-30% muore per le conseguenze dirette ed indirette della malnutrizione. A livello nazionale, recentemente il documento recante le “*Linee di indirizzo percorsi nutrizionali pazienti oncologici*”, approvato in sede di Conferenza Stato-Regioni nel novembre 2017, ha delineato la necessità di garantire al paziente oncologico l'integrazione del percorso nutrizionale a quelli specifici di patologia, prevedendo lo screening precoce per il rischio nutrizionale, la multidisciplinarietà di intervento e l'utilizzo appropriato di tutti gli strumenti terapeutici disponibili in un continuum che consideri la dinamica delle esigenze del malato oncologico.

L'organizzazione a rete dell'assistenza può favorire il corretto trattamento nutrizionale del malato oncologico, in tutte le fasi comprese le cure palliative.

Nelle patologie neurodegenerative, è crescente l'utilizzo della NE domiciliare a causa della rilevanza del problema, della più lunga sopravvivenza e del ricorso più frequente ad una assistenza territoriale rispetto alla permanenza in ospedale. A partire dalla diagnosi, la loro presa in carico non può prescindere da una valutazione continua dello stato nutrizionale. L'adozione di trattamenti nutrizionali deve, comunque, avvenire previa una valutazione attenta dei rischi e dei benefici, rispettando una gradualità di intervento e l'autodeterminazione del malato. Tale valutazione è particolarmente complessa nelle fasi di fine vita, in cui la NA rischia di aggravare la già compromessa qualità di vita senza apportare sostanziali benefici.

In ambito chirurgico la malnutrizione, o il suo rischio, rappresenta un fattore predisponente la comparsa di complicanze postoperatorie. La gestione dei problemi nutrizionali è un tassello fondamentale dei programmi Enhanced Recovery After Surgery (ERAS), dimostratisi utili nel ridurre i tempi di degenza ospedalieri e il recupero funzionale dei pazienti. Nella fase di presa in carico chirurgica deve diventare sistematico l'uso di uno strumento di valutazione del rischio nutrizionale, al fine di avviare un percorso sinergico con il team di nutrizione clinica (12). Va inoltre posta attenzione alla fase preoperatoria di chirurgia elettiva, limitando il digiuno preoperatorio, e alla fase

postoperatoria sia in ambito di ricovero che nel post-ricovero.

In ultimo, in presenza di insufficienza cronica benigna, il paziente va riferito al Centro di riferimento regionale, individuato con DGR.

Organizzazione della NA

Il modello organizzativo della NA è già stato definito nella Circolare 4/2004 a cui si rimanda. L'incremento della domanda di NA e l'eterogeneità di profilo organizzativo adottato finora dalle aziende sanitarie, confermato dalla survey regionale effettuata nel 2018, richiedono di rendere l'assetto dei servizi aziendali più rispondente alle esigenze degli specifici percorsi.

Il ricorso alla NA deve articolarsi in due distinti momenti: l'impostazione del trattamento e il suo monitoraggio.

Impostazione del trattamento. La responsabilità di definire il trattamento con NA, nel rispetto delle linee guida esistenti di riferimento (13), è affidata alla struttura di dietetica e nutrizione clinica o di equivalente funzione sia in ospedale per i casi complessi sia nel territorio per la NA extraospedaliera. Il percorso prescrittivo parte dalla redazione di una richiesta di visita dietologica per NA da parte dal MMG/PLS o dal medico ospedaliero. Il team di dietetica e nutrizione imposta la NA, definendo chiaramente nel piano nutrizionale le finalità dell'intervento terapeutico, gli obiettivi nutrizionali stabiliti e le modalità e i tempi di monitoraggio.

Al fine di garantire la maggiore continuità possibile tra l'impostazione del trattamento e il follow up è necessario individuare all'interno della struttura di dietetica e nutrizione clinica un "*case manager*" di riferimento, di norma dietista. Nell'ambito dell'impostazione della NA domiciliare è strategica la informazione, l'empowerment e l'addestramento dei pazienti e dei *caregiver* sulla base di quanto previsto dal piano di cura individuato. È compito della struttura dedicata definire programmi di formazione/informazione rivolti ai pazienti con NA e alle loro famiglie.

Per rispondere alle eventuali problematiche del post dimissione in pazienti con elevata fragilità lo strumento da adottare è rappresentato dalla dimissione protetta con l'attivazione dell'assistenza domiciliare e/o di un service erogativo dove previsto.

Nel caso trattamenti con ONS di pazienti a domicilio, il piano di trattamento deve essere redatto dall'ambulatorio di dietetica e nutrizione clinica, esplicitando chiaramente l'obiettivo, la durata, le modalità erogative e i tempi del follow up. Per ospiti delle CRA, con le strutture di dietetica di riferimento devono essere elaborati protocolli specifici che possono prevedere l'impostazione di trattamenti con ONS standard anche da parte del MMG, rispettando gli stessi criteri, mentre per ONS specialistici e ad alto costo la prescrizione rimane a carico delle strutture di dietetica.

Monitoraggio del trattamento. La Circolare n. 4/2004 affida al team di dietetica e nutrizione clinica la responsabilità del monitoraggio clinico terapeutico del paziente. E' cruciale sviluppare una stretta collaborazione con il MMG/PLS che deve partecipare alla gestione del paziente con NA domiciliare

nella sua complessità.

L'organizzazione del processo di erogazione della NA riconosce come elemento centrale la struttura di dietetica e nutrizione clinica o di equivalente funzione. Le diverse fasi del processo interessano più attori presenti a livello ospedaliero e territoriale.

L'erogazione dei prodotti di nutrizione clinica previsti nel piano terapeutico avviene attraverso il servizio farmaceutico o un service erogativo.

Il monitoraggio del trattamento nutrizionale viene effettuato attraverso il flusso informativo dell'assistenza domiciliare, prevedendone lo sviluppo al fine di migliorare la capacità di registrazione informativa. Come previsto dalla circolare n.4/2004 ogni territorio deve provvedere all'erogazione diretta degli ONS prescritti secondo i criteri prima esplicitati e con modalità organizzative chiaramente individuate in ogni territorio.

Le strutture di dietetica e nutrizione clinica hanno la responsabilità di monitorare i percorsi prescrittivi ed erogativi della NA e ONS nei singoli territori, in modo trasversale.

Indicatori

N° centri con percorso formalizzato

N° pazienti con NA a domicilio in follow up territoriale

N° pazienti a domicilio con ONS con distribuzione diretta

Percorso nutrizionale nell'ambito del trattamento multidisciplinare dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione

I Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione (DNA) (Anoressia - AN, Bulimia - BN, DNA Non Altrimenti Specificati – NAS, Disturbo da Alimentazione Incontrollata - DAI) sono severi disturbi mentali a patogenesi multifattoriale, in cui si intersecano problematiche di tipo biologico, intrapsichico, familiare e socioculturale (14) e necessitano di trattamenti specializzati, ad alto livello di integrazione.

L'espressione di sintomi su più livelli (psichico, fisico, alimentare) rende necessario un approccio diagnostico e terapeutico multidisciplinare (15,16,17,18). Si tratta pertanto di disturbi gravi, con elevato rischio di mortalità (in particolare per quanto riguarda AN) e cospicui costi diretti e indiretti. Con il programma DNA l'Emilia-Romagna (DGR 1298/09 "*Linee di indirizzo tecnico per la costruzione di percorsi clinici per persone affette da Disturbi del Comportamento Alimentare in attuazione*") ha adottato un modello di trattamento multidisciplinare, basato su livelli di assistenza a intensità e complessità crescente e su una rete integrata di servizi ospedalieri e territoriali, di base e specialistici, per utenza pediatrica e adulta, anche a valenza sovra-aziendale. Il modello di cura prevede in ogni territorio provinciale un'équipe interdisciplinare ed esperta che tratta in maniera dedicata e intensiva i disturbi in fase acuta in prossimità territoriale, in collaborazione con i servizi aziendali preposti ed è responsabile della continuità e della coerenza dei trattamenti nei setting/livelli di cura (cure primarie, ambulatorio, day service ambulatoriale, riabilitazione residenziale estensiva/intensiva, ricovero ospedaliero per emergenze metaboliche o psichiatriche) e dei rapporti con i centri specializzati.

A completamento, si è promosso lo sviluppo e l'implementazione di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) specifici nelle Aziende sanitarie e i sistemi di valutazione e di monitoraggio delle interfacce, oltre all'attività di promozione della salute e di prevenzione, anche in riferimento agli obiettivi del Piano Regionale della Prevenzione 2015-2019 (DGR 771/2015; Det DGCPWS n° 13984/2017).

Le "*Linee di indirizzo nazionali per la riabilitazione nutrizionale nei disturbi dell'alimentazione*" (4) e il documento ministeriale "*Interventi per l'accoglienza, il triage, la valutazione ed il trattamento del paziente con disturbi della nutrizione e dell'alimentazione - raccomandazioni in pronto soccorso per un codice lilla*" (15) hanno fornito nuove indicazioni per lo sviluppo dell'organizzazione regionale esistente, in modo particolare sul versante del trattamento nutrizionale metabolico.

Organizzazione

Nell'ambito del lavoro di team DNA, la valutazione dello stato nutrizionale e il trattamento degli aspetti nutrizionali e del rischio metabolico sono presidiati dall'integrazione dell'area psichiatrica con l'équipe di dietetica e nutrizione clinica (dietista, medico con specifiche competenze nutrizionali) sia

nella fase di gestione ambulatoriale sia durante il ricovero per urgenza metabolica, per l'identificazione del Piano di Cura Personalizzato nel setting più appropriato. I professionisti dell'equipe nutrizionale coinvolti nel team DNA devono avere competenze specifiche al fine di garantire un uso appropriato degli strumenti di valutazione nutrizionale e delle tecniche di intervento quali il pasto assistito, i supplementi nutrizionali e la nutrizione artificiale.

L'accesso al percorso nutrizionale avviene su richiesta dell'area psichiatrica per AN, BN, DCA-NAS mentre per i DAI l'accesso al team DNA è secondario alla valutazione dell'equipe di dietetica e nutrizione clinica richiesta dal MMG/PLS o dal medico specialista.

Il ricovero ospedaliero programmato o in urgenza attraverso il Pronto Soccorso è prevedibile per un gruppo ristretto di pazienti non motivati al trattamento ambulatoriale o comunque poco responsivi, con condizioni fisiche molto compromesse, non idonee a un percorso ambulatoriale strutturato o qualora intervengano gravi problemi clinici che mettano a rischio vita il paziente. Quando non si ravvisi la necessità di ricovero ospedaliero, il medico del Pronto Soccorso redige richiesta di visita specialistica con accesso facilitato all'equipe multidisciplinare se il soggetto non sia già in carico presso il centro DNA locale.

Nel caso di ricovero, va garantita l'attivazione dell'equipe DNA di ambito al fine di avviare una collaborazione strutturata tra il personale dell'unità operativa e l'equipe specialistica. L'accesso al Pronto Soccorso può costituire una forma, per quanto impropria o forzata, di richiesta di aiuto e può quindi rappresentare una preziosa occasione di ingaggio del paziente, con necessità di attivazione di un percorso prioritario e strutturato all'interno di ogni ambito aziendale (codice lilla).

Indicatori

N° prime visite per DCA

N° pazienti presi in carico per DCA da equipe multidisciplinare

FORMAZIONE

Nell'ambito delle strategie di promozione di una cultura della nutrizione negli operatori sanitari, la formazione riveste un ruolo centrale. E', infatti, fondamentale che fin dal territorio gli operatori siano in grado di intercettare precocemente il paziente con obesità, malnutrizione e/o disturbi del comportamento alimentare, riconoscerne i fattori predisponenti e monitorarne l'evoluzione, indirizzare i pazienti verso il livello di cura adeguato, evitando il cosiddetto "ritardo medico" nella diagnosi, che spesso impedisce cure tempestive ed efficaci.

Questo obiettivo richiede la messa in atto di diversi percorsi che devono iniziare durante il Corso di Laurea, sia di Medicina e Chirurgia che delle Professioni sanitarie e mantenersi, sotto forma di aggiornamento continuo, durante la vita professionale dei professionisti sanitari. coinvolti nei percorsi di cura.

Le diverse opportunità formative possono essere così sintetizzate:

- a. attività di sensibilizzazione sugli organismi deputati per l'inserimento nei curricula dei Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia e delle Professioni Sanitarie di insegnamenti, sia frontali che all'interno dei tirocini professionalizzanti, riguardanti la nutrizione clinica e preventiva. Proposte relative a percorsi formativi potranno essere sviluppati dalle Università presenti in regione e avviate alla valutazione nazionale nelle sedi idonee.
- b. integrazione dei contenuti specifici della nutrizione nel Corso triennale di Formazione specifica in Medicina Generale con la finalità di fornire gli strumenti utili alla gestione di primo livello dei problemi dello stato nutrizionale.
- c. promozione di percorsi finalizzati all'aggiornamento delle competenze in nutrizione clinica e preventiva dei professionisti della salute. In particolare, va previsto il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale nell'ambito dell'attività di aggiornamento obbligatorio, i Pediatri di libera scelta e tutti i sanitari interessati al percorso di cura attraverso incontri di aggiornamento periodici, organizzati all'interno delle singole aziende. Questa formazione dovrebbe essere programmata dalle aziende, verificata nel tempo, per valutarne le ricadute in termini di competenza. Per il raggiungimento di questo obiettivo è indispensabile il coinvolgimento degli ordini professionali, delle organizzazioni professionali e delle società scientifiche.
- d. realizzazione in ambito aziendale/provinciale eventi di formazione rivolti a tutti gli operatori (MMG, PLS, operatori delle strutture dedicate) per la condivisione dei modelli organizzativi, lo sviluppo di modalità di integrazione in rete e la gestione di aspetti specifici.
- e. promozione di attività formative e informative sul contenuto del documento regionale rivolte alle strutture di dietetica e nutrizione clinica e preventiva.

BIBLIOGRAFIA

1. Standard Italiani per la cura dell'obesità. S.I.O. – A.D.I. 2016-2017.
2. The Global BMI Mortality Collaboration. Body-mass index and all-cause mortality: individual- participant-data meta-analysis of 239 prospective studies in four continents. *Lancet* 2016; 388: 776–86.
3. Barbieri M, et al. Obesity-related mortality in France, Italy, and the United States: a comparison using multiple cause-of-death analysis. *Int J Public Health*. 2017; 62:623-629.
4. Minelli G et al.. La mortalità per obesità in Italia. Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma <https://www.epicentro.iss.it/ben/2013/giugno/2>
5. Sorveglianza PASSI RER (2014-2017), Sovrappeso e obesità in Emilia-Romagna: i dati delle sorveglianze (<http://salute.regione.emilia-romagna.it/sanita-pubblica/sorveglianza/passi-er> giugno 2018).
6. Rapporto sui dati regionali della Sorveglianza HBSC 2014. (<http://salute.regione.emilia-romagna.it/sanita-pubblica/sorveglianza/adolescenti> aprile 2016)
7. Rapporto sui risultati dell'indagine 2016 Regione Emilia-Romagna (<http://salute.regione.emilia-romagna.it/sanita-pubblica/sorveglianza/rapporto-okkio-alla-salute-risultati-dellindagine-2016-in-emilia-romagna-2017/view> 2017).
8. Mechanick JI, Youdim A, Jones DB et al. Clinical practice guidelines for the perioperative nutritional, metabolic, and nonsurgical support of the bariatric surgery patient-2013 update: cosponsored by American Association of Clinical Endocrinologists, The Obesity Society, and American Society for Metabolic & Bariatric Surgery. *Obesity (Silver Spring)* 2013; 21(suppl 1): S1–S27.
9. Busetto L, Dicker D, Azran C et al. Practical Recommendations of the Obesity Management Task Force of the European Association for the Study of Obesity for the Post-Bariatric Surgery Medical Management. *Obes Facts* 2017; 10: 597–632
10. Amato L, Fusco D, Acampora A et al. Volumi di attività ed esiti delle cure: prove scientifiche in letteratura ed evidenze empiriche in Italia. *Epidemiologia & Prevenzione* 2017, 41 (5-6).
11. WHO Europe. Mapping the health system response to childhood obesity in the WHO European Region. An overview and country perspectives (2019) (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/publications/2019/mapping-the-health-system-response-to-childhood-obesity-in-the-who-european-region.-an-overview-and-country-perspectives-2019>).
12. Weimann A, Braga M, Carli F, Higashiguchi T, Hübner M, Klek S, Laviano A, Ljungqvist O, Lobo DN, Martindale R, Waitzberg DL, Bischoff SC, Singer P. ESPEN guideline: Clinical nutrition in surgery. *Clin Nutr*. 2017 Jun;36(3):623-650. doi: 10.1016/j.clnu.2017.02.013. Epub 2017 Mar 7. Review. PubMed PMID: 28385477.
13. <http://www.sinpe.org/linee-guida/contenuti-linee-guida-espen/>
14. Klump KL, Suisman JL, Burt SA, McGue M, Iacono WG. Genetic and environmental influences on disordered eating: An adoption study. *J Abnorm Psychol*. 2009 Nov;118(4):797-805. doi: 10.1037/a0017204. PubMed PMID: 19899849; PubMed Central PMCID: PMC2805262.
15. Interventi per l'accoglienza, il triage, la valutazione ed il trattamento del paziente con disturbi della nutrizione e dell'alimentazione - raccomandazioni in pronto soccorso per un codice lilla", (http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2775_allegato.pdf del 26 marzo 2018).
16. American Psychiatric Association (APA) (2013), DSM-5. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, tr. it. Raffaello Cortina, Milano, 2014.
17. Conferenza di consenso Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) negli adolescenti e nei giovani adulti Istituto Superiore di Sanità Roma, 24-25 ottobre 2012.
18. National Institute for Health and Clinical Excellence. Eating disorders: recognition and treatment NICE guideline [NG69], 2017.
19. Linee di indirizzo nazionali per la riabilitazione nutrizionale nei disturbi dell'alimentazione" Quaderni del Ministero della Salute, n. 29 settembre 2017.