LA GESTIONE OSPEDALE TERRITORIO DEL RISCHIO NUTRIZIONALE E DEI PERCORSI DI ASSISTENZA NUTRIZIONALE NEL PAZIENTE CON SUPPORTO ORALE E NUTRIZIONE ARTIFICIALE

Allegato A

Decisione Comitato Tecnico Scientifico n. 30 del 14/11/2024

Regione Toscana

Articolazione funzionale dell‘Organismo Toscano per il Governo Clinico, ai sensi dell‘art. 49 ter della l.r. 40/2005:

a) Coordinatore;
b) Ufficio di coordinamento;
c) Comitato tecnico scientifico

Coordinatore dell‘OTGC
Prof. Stefano Grifoni

Supporto amministrativo:
Roberta Bottai
Stefania Della Luna
Giuseppina Agata Stella

Il presente documento è stato prodotto da un gruppo multidisciplinare di esperti su mandato dell’Organismo Toscano per il Governo Clinico (istituito con Legge regionale 24 febbraio 2005 n. 40, modificata con Legge regionale 25 luglio 2017 n. 36).
L’intero documento in formato PDF è consultabile sul sito Internet della Regione Toscana al seguente indirizzo: http://www.regione.toscana.it/pubblicazioni
Chiunque è autorizzato, per fini informativi, di studio o didattici, a utilizzare e duplicare i contenuti di questa pubblicazione, purché ne citi la fonte.

Organismo Toscano per il Governo Clinico
Via T. Alderotti, 26/n
50139 Firenze (FI)
segreteriaotgc@regione.toscana.it

La gestione ospedale-territorio del rischio nutrizionale e dei percorsi di assistenza nutrizionale nel paziente con supporto orale e nutrizione artificiale

Proponenti: dott. Vittorio Pavoni e dott. Giorgio Tulli

BACKGROUND

In un tempo di cambiamenti demografici, la Società ed i Sistemi Sanitari si trovano ad affrontare un notevole aumento del numero di anziani definiti fragili, con malattie croniche, poli morbilità ed in pericolo costante di declino funzionale o addirittura di disabilità. Nonostante la correlazione fra declino funzionale e le alterazioni dello stato nutrizionale siano state ampiamente dimostrate, secondo le statistiche più recenti, la prevalenza della sarcopenia nel soggetto anziano si attesta tra il 7.5% in contesti di comunità e il 77.6% registrata in setting riabilitativi/di convalescenza, mentre i dati sulla prevalenza della malnutrizione oscillano tra il 30 e il 60% dei pazienti ospedalizzati, fino ad arrivare all'85% nelle strutture di lungo-degenza o nelle case di riposo, con gradi di deplezione più grave nei soggetti di sesso femminile o di età più avanzata. La malnutrizione, oltre ad essere associata a numerosi fattori tra cui un aumento delle complicanze, una maggior durata della degenza ospedaliera, una più lenta convalescenza, diminuita possibilità di riabilitazione fisica e una aumentata mortalità, impatta significativamente sui costi sanitari. Secondo le stime più recenti, i costi attribuibili alla cura di un paziente malnutrito sono circa 2-3 volte superiori a quelli di un paziente normonutrito. A livello Europeo ciò si traduce in costi sanitari correlati alla malnutrizione che si aggirano intorno ai 170 miliardi di euro annui. Secondo numerose società scientifiche Nazionali ed Internazionali, unitamente all'European Federation of the Associations of Dietitians EFAD, nonché in base a molteplici trials clinici, l'intervento nutrizionale è efficace nel migliorare o prevenire la malnutrizione ed è in grado di produrre un positivo impatto diretto non solo sugli esiti e sulla qualità di vita ma anche sulla spesa sanitaria (cost-effective).
Nonostante quanto fin qui considerato, e nonostante vi sia la disponibilità di numerosi strumenti di screening del rischio nutrizionale e di diagnosi, vi sono evidenze forti che la malnutrizione è raramente diagnosticata e quindi

non trattata negli ospedali, nelle case di cura, nelle RSA e a livello domiciliare. Numerosi studi condotti in diversi setting assistenziali hanno dimostrato che anche quando lo stato di malnutrizione sia rilevato, meno del 50% dei pazienti identificati come malnutriti ricevono una appropriata assistenza nutrizionale. Le cause di tale grave situazione identificabile come vero e proprio rischio clinico per gli assistiti sono state individuate prevalentemente in:

- mancanza di consapevolezza della prevalenza e delle conseguenze negative della malnutrizione sullo stato di salute.
- mancanza di politiche atte alla definizione dei ruoli e responsabilità nella gestione del processo assistenziale della nutrizione e nel contrasto alla malnutrizione a livello istituzionale
- mancanza di conoscenze in ambito nutrizionale dovute ad una formazione inadeguata sia tra gli operatori sanitari che tra i pazienti/popolazione;
- mancanza di un'adeguata pianificazione dell'assistenza e monitoraggio nutrizionale.
- mancanza di personale specializzato e dedicato (dietista) nel SSR attualmente sono in forza solamente poco più di 100 dietisti di cui 20 impegnati nelle AAOOUU e MEYER

La Buona pratica per la prevenzione e la gestione del rischio nutrizionale (ultima revisione a novembre 2019) risulta però tra le meno applicate nelle strutture sanitarie della Regione. Infatti, a fronte di tanto impegno istituzionale, nelle strutture ospedaliere, residenziali assistenziali, socio sanitarie, e nella assistenza domiciliare, il problema malnutrizione risulta ampiamente sottovalutato, non diagnosticato e quindi non trattato andando ad incidere, come già detto, in modo determinante sulla qualità e sui costi dell'assistenza.

Nonostante la regione Toscana sin dal 2018 abbia introdotto con la delibera n° 135 del 25.02.2008 (rev 2019) la Buona Pratica per la prevenzione e la gestione del rischio nutrizionale tra quelle previste dal percorso di Attestazione Buone Pratiche per la sicurezza del paziente e nel 2010, con Decreto del Presidente della Giunta regionale 24 dicembre 2010 n° 61, sia stata inserita la "Presenza di un sistema di gestione del rischio nutrizionale" i Requisiti previsti dal "Regolamento di attuazione della Legge Regionale 5 agosto 2009 n° 51 (Norme in materia di qualità e sicurezza delle strutture sanitarie: procedure e requisiti autorizzativi di esercizio e sistemi di accreditamento) in materia di autorizzazione e

accreditamento delle strutture sanitarie", nella realtà è presente un circolo vizioso tra l'ospedale e il territorio che riguarda la malnutrizione, particolarmente nel paziente anziano: l'ospedale riceve pazienti a rischio nutrizionale o francamente malnutriti dal territorio, spesso non li identifica e non li sottopone ad appropriato trattamento, contribuisce quindi a peggiorarne lo stato nutrizionale, restituisce pazienti malnutriti al territorio spesso senza la necessaria organizzazione della continuità assistenziale in ambito nutrizionale.

Un settore particolarmente critico del passaggio ospedale –territorio in questo ambito riguarda il supporto nutrizionale per os e artificiale che in Toscana non viene attuato in modo aderente alle Linee Guida.

OBIETTIVI

- Riconoscere la diagnosi ed il trattamento della malnutrizione in ambiente territoriale e ospedaliero come aspetti di primaria importanza per garantire l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza ai pazienti.
- Utilizzare lo screening nutrizionale come strumento di valutazione essenziale del rischio nutrizionale, indispensabile per garantire il supporto nutrizionale tempestivo e appropriato in tutte le strutture sanitarie.
- Tradurre nella pratica clinica quotidiana la necessità di attivare la presa in carico nutrizionale dei pazienti ad elevato rischio nutrizionale presenti in tutte le strutture sanitarie, sociosanitarie e in assistenza domiciliare.
- Definire univocamente le modalità organizzative per la Nutrizione Artificiale Domiciliare (NAD) chiarendone e condividendone gli aspetti clinici e istituzionali.

RISORSE

- Creazione di una commissione regionale multidisciplinare (*Referenti per area critica, Referenti per area chirurgica, Referenti per area medica, Medicina di base, Dietisti, Farmacisti, Fisioterapisti, Infermieri e altri professionisti sanitari per bisogni specifici selezionati*

- Implementazione della formazione e aggiornamento del personale sanitario
- Tecnologie e strumenti (Calorimetria Indiretta, Vascular Access Team VAS, Devices per l'infusione della NA, Miscele Nutrizionali, Supporti Nutrizionali Orali, Sistemi di monitoraggio - Teleconsulto)
- Creazione di Team multidisciplinari e protocolli/procedure Aziendali

PERCORSI

VALUTAZIONE DEL RISCHIO NUTRIZIONALE E DELLO STATO NUTRIZIONALE

- Implementazione dello screening del rischio nutrizionale in ambiente ospedaliero e territoriale
- Standardizzazione delle metodiche di valutazione
- Valutazione dell'impatto della malnutrizione in ambiente ospedaliero sugli esiti clinici

LA NUTRIZIONALE ARTIFICIALE

- Definizione delle indicazioni e dei percorsi per la nutrizione artificiale nel paziente ospedalizzato ed istituzionalizzato
- Definizione di protocolli condivisi per la nutrizione artificiale in area critica
- Condivisione delle indicazioni e controindicazioni alla nutrizione artificiale domiciliare
- Definizione e condivisione del percorso assistenziale della nutrizione artificiale domiciliare nella Regione Toscana

INDICATORI

- Riduzione delle complicanze associate alla malnutrizione
- Riduzione delle complicanze associate alla NA
- Aumento della percentuale di pazienti che ricevono un supporto nutrizionale adeguato e senza discontinuità alla dimissione dai PO
- Miglioramento della QoL a domicilio
- Aumento della soddisfazione percepita dei pazienti e del personale sanitario
-

BIBLIOGRAFIA

- Nugent R, Levin C, Hale J, Hutchinson B. Economic effects of the double burden of malnutrition. Lancet. 2020 Jan 11;395(10218):156-164. doi: 10.1016/S0140-6736(19)32473-0. Epub 2019 Dec 15. PMID: 31852601.
- Gomes F, Baumgartner A, Bounoure L, Bally M, Deutz NE, Greenwald JL, Stanga Z, Mueller B, Schuetz P. Association of Nutritional Support With Clinical Outcomes Among Medical Inpatients Who Are Malnourished or at Nutritional Risk: An Updated Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Netw Open. 2019 Nov 1;2(11):e1915138. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2019.15138. PMID: 31747030; PMCID: PMC6902795.
- Martin B, Cereda E, Caccialanza R, Pedrazzoli P, Tarricone R, Ciani O. Cost-effectiveness analysis of oral nutritional supplements with nutritional counselling in head and neck cancer patients undergoing radiotherapy. Cost Eff Resour Alloc. 2021 Jun 15;19(1):35. doi: 10.1186/s12962-021-00291-7. PMID: 34130709; PMCID: PMC8207624.
- Caccialanza R, Laviano A, Bosetti C, Nardi M, Casalone V, Titta L, Mele R, De Pergola G, De Lorenzo F, Pedrazzoli P; Alliance Against Cancer (ACC) Survivorship Care, Nutritional Support Working Group. Clinical and economic value of oral nutrition supplements in patients with cancer: a position paper from the Survivorship Care and Nutritional Support Working Group of Alliance Against Cancer. Support Care Cancer. 2022 Nov;30(11):9667-9679. doi: 10.1007/s00520-022-07269-y. Epub 2022 Jul 6. PMID: 35792925.
- Khalatbari-Soltani S, Marques-Vidal P. The economic cost of hospital malnutrition in Europe; a narrative review. Clin Nutr ESPEN. 2015 Jun;10(3):e89-e94. doi: 10.1016/j.clnesp.2015.04.003. Epub 2015 May 21. PMID: 28531387.
- Brown F, Fry G, Cawood A, Stratton R. Economic Impact of Implementing Malnutrition Screening and Nutritional Management in Older Adults in General Practice. J Nutr Health Aging. 2020;24(3):305-311. doi: 10.1007/s12603-020-1331-6. PMID: 32115612; PMCID: PMC7064449.
- Seguy D, Hubert H, Robert J, Meunier JP, Guérin O, Raynaud-Simon A. Compliance to oral nutritional supplementation decreases

the risk of hospitalisation in malnourished older adults without extra health care cost: Prospective observational cohort study. Clin Nutr. 2020 Jun;39(6):1900-1907. doi: 10.1016/j.clnu.2019.08.005. Epub 2019 Aug 17. PMID: 31471163.

- Elia M, Normand C, Laviano A, Norman K. A systematic review of the cost and cost effectiveness of using standard oral nutritional supplements in community and care home settings. Clin Nutr. 2016 Feb;35(1):125-137. doi: 10.1016/j.clnu.2015.07.012. Epub 2015 Jul 30. PMID: 26309240.
- Schuetz P, Fehr R, Baechli V, Geiser M, Deiss M, Gomes F, Kutz A, Tribolet P, Bregenzer T, Braun N, Hoess C, Pavlicek V, Schmid S, Bilz S, Sigrist S, Brändle M, Benz C, Henzen C, Mattmann S, Thomann R, Brand C, Rutishauser J, Aujesky D, Rodondi N, Donzé J, Stanga Z, Mueller B. Individualised nutritional support in medical inpatients at nutritional risk: a randomised clinical trial. Lancet. 2019 Jun 8;393(10188):2312-2321. doi: 10.1016/S0140-6736(18)32776-4. Epub 2019 Apr 25. PMID: 31030981.
- Thomson KH, Rice S, Arisa O, Johnson E, Tanner L, Marshall C, Sotire T, Richmond C, O'Keefe H, Mohammed W, Raffle A, Hanratty B, McEvoy CT, Craig D, Ramsay SE. Effectiveness and cost-effectiveness of oral nutritional supplements in frail older people who are malnourished or at risk of malnutrition: a systematic review and meta-analysis. Lancet Healthy Longev. 2022 Oct;3(10):e654-e666. doi: 10.1016/S2666-7568(22)00171-4. Epub 2022 Sep 15. PMID: 36116457.
- Bischoff SC, Austin P, Boeykens K, Chourdakis M, Cuerda C, Jonkers-Schuitema C, Lichota M, Nyulasi I, Schneider SM, Stanga Z, Pironi L. ESPEN practical guideline: Home enteral nutrition. Clin Nutr. 2022 Feb;41(2):468-488. doi: 10.1016/j.clnu.2021.10.018. Epub 2021 Nov 24. PMID: 35007816.
- Pironi L, Boeykens K, Bozzetti F, Joly F, Klek S, Lal S, Lichota M, Mühlebach S, Van Gossum A, Wanten G, Wheatley C, Bischoff SC. ESPEN practical guideline: Home parenteral nutrition. Clin Nutr. 2023 Mar;42(3):411-430. doi: 10.1016/j.clnu.2022.12.003. Epub 2023 Jan 9. PMID: 36796121.
- NICE guidelines. Nutrition support for adults: oral nutrition support, enteral tube feeding and parenteral nutrition (2006 updated 2017)

Interventi organizzativi

Modulo

Formulazione del quesito

La gestione ospedale-territorio del rischio nutrizionale e dei percorsi di assistenza nutrizionale nel paziente con supporto orale e nutrizione artificiale

Valutazione dell'impatto clinico dell'intervento organizzativo

1.1 L'intervento organizzativo è capace di migliorare la qualità delle cure? ☒ Si ❑ No
Se "No", sospendere la stesura del suggerimento
Documentazione esistente (derivante da ricerca sistematica della letteratura):
☒ Metanalisi di trial ❑ Singolo trial
☒ Metanalisi di studi osservazionali
❑ Singolo studio osservazionale
❑ Nessuna (parere di esperti)

Specificare:

- Nugent R, Levin C, Hale J, Hutchinson B. Economic effects of the double burden of malnutrition. Lancet. 2020 Jan 11;395(10218):156-164. doi: 10.1016/S0140-6736(19)32473-0. Epub 2019 Dec 15. PMID: 31852601
- Gomes F, Baumgartner A, Bounoure L, Bally M, Deutz NE, Greenwald JL, Stanga Z, Mueller B, Schuetz P. Association of Nutritional Support with Clinical Outcomes Among Medical Inpatients Who Are Malnourished or at Nutritional Risk: An Updated Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Netw Open. 2019 Nov 1;2(11):e1915138. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2019.15138. PMID: 31747030; PMCID: PMC6902795.
- Schuetz P, Fehr R, Baechli V, Geiser M, Deiss M, Gomes F, Kutz A, Tribolet P, Bregenzer T, Braun N, Hoess C, Pavlicek V, Schmid S, Bilz S, Sigrist S, Brändle M, Benz C, Henzen C, Mattmann S, Thomann R, Brand C, Rutishauser J, Aujesky D, Rodondi N, Donzé J, Stanga Z, Mueller B. Individualised nutritional support in medical inpatients at nutritional risk: a randomised clinical trial. Lancet. 2019 Jun 8;393(10188):2312-2321. doi: 10.1016/S0140-6736(18)32776-4. Epub 2019 Apr 25. PMID: 31030981.
- Thomson KH, Rice S, Arisa O, Johnson E, Tanner L, Marshall C, Sotire T, Richmond C, O'Keefe H, Mohammed W, Raffle A, Hanratty B, McEvoy CT, Craig D, Ramsay SE. Effectiveness and cost-effectiveness of oral nutritional supplements in frail older people who are malnourished or at risk of malnutrition: a systematic review and meta-analysis. Lancet Healthy Longev. 2022 Oct;3(10):e654-e666. doi: 10.1016/S2666-7568(22)00171-4. Epub 2022 Sep 15. PMID: 36116457.
- Bischoff SC, Austin P, Boeykens K, Chourdakis M, Cuerda C, Jonkers-Schuitema C, Lichota M, Nyulasi I, Schneider SM, Stanga Z, Pironi L. ESPEN practical guideline: Home enteral nutrition. Clin Nutr. 2022 Feb;41(2):468-488. doi: 10.1016/j.clnu.2021.10.018. Epub 2021 Nov 24. PMID: 35007816.
- Pironi L, Boeykens K, Bozzetti F, Joly F, Klek S, Lal S, Lichota M, Mühlebach S, Van Gossum A, Wanten G, Wheatley C, Bischoff SC. ESPEN practical guideline: Home parenteral nutrition. Clin Nutr. 2023 Mar;42(3):411-430. doi: 10.1016/j.clnu.2022.12.003. Epub 2023 Jan 9. PMID: 36796121.
- NICE guidelines. Nutrition support for adults: oral nutrition support, enteral tube feeding and parenteral nutrition (2006 updated 2017)

1.2 L'intervento organizzativo ha effetti negativi su aspetti specifici della qualità delle cure? ❑ Si ☒ No
Documentazione esistente (derivante da ricerca sistematica della letteratura):
❑ Metanalisi di trial ❑ Singolo trial
❑ Metanalisi di studi osservazionali
❑ Singolo studio osservazionale
❑ Nessuna (parere di esperti)

Specificare:

Confronto con modalità organizzative alternative

2.1 Esistono modalità organizzative alternative possibili?
❑ Si ☒ No
Se "No", passare al punto 3.1
Se "Si", specificare:

2.2 L'intervento organizzativo proposto ha effetti più favorevoli sulla qualità delle cure rispetto alle modalità organizzative alternative? ☒ Si ❑ No
Documentazione esistente (derivante da ricerca sistematica della letteratura):
❑ Metanalisi di trial ❑ Singolo trial
❑ Metanalisi di studi osservazionali
❑ Singolo studio osservazionale
❑ Nessuna (parere di esperti)

Valutazione di impatto dell'intervento organizzativo

3.1 L'intervento organizzativo proposto è costo-efficace?
☒ Si ❑ No
Se "No", sospendere la stesura del suggerimento
Documentazione esistente (derivante da ricerca sistematica della letteratura):
❑ Metanalisi ❑ Singolo studio ❑ Parere esperti

3.2 L'intervento organizzativo proposto è più costo-efficace di eventuali modalità organizzative alternative?
☒ Si ❑ No
(solo nel caso che esistano procedure alternative)
Se "No", sospendere la stesura del suggerimento
Documentazione esistente (derivante da ricerca sistematica della letteratura):
❑ Metanalisi ❑ Singolo studio ❑ Parere esperti:

3.3 L'intervento organizzativo proposto è sostenibile?
☒ Si ❑ No
Se "No", sospendere la stesura del suggerimento

Specificare 3.1-3.2-3.3:

- Martin B, Cereda E, Caccialanza R, Pedrazzoli P, Tarricone R, Ciani O. Cost-effectiveness analysis of oral nutritional supplements with nutritional counselling in head and neck cancer patients undergoing radiotherapy. Cost Eff Resour Alloc. 2021 Jun 15;19(1):35. doi: 10.1186/s12962-021-00291-7. PMID: 34130709; PMCID: PMC8207624.
- Caccialanza R, Laviano A, Bosetti C, Nardi M, Casalone V, Titta L, Mele R, De Pergola G, De Lorenzo F, Pedrazzoli P; Alliance Against Cancer (ACC) Survivorship Care, Nutritional Support Working Group. Clinical and economic value of oral nutrition supplements in patients with cancer: a position paper from the Survivorship Care and Nutritional Support Working Group of Alliance Against Cancer. Support Care Cancer. 2022 Nov;30(11):9667-9679. doi: 10.1007/s00520-022-07269-y. Epub 2022 Jul 6. PMID: 35792925.
- Khalatbari-Soltani S, Marques-Vidal P. The economic cost of hospital malnutrition in Europe; a narrative review. Clin Nutr ESPEN. 2015 Jun;10(3):e89-e94. doi: 10.1016/j.clnesp.2015.04.003. Epub 2015 May 21. PMID: 28531387.

- Brown F, Fry G, Cawood A, Stratton R. Economic Impact of Implementing Malnutrition Screening and Nutritional Management in Older Adults in General Practice. J Nutr Health Aging. 2020;24(3):305-311. doi: 10.1007/s12603-020-1331-6. PMID: 32115612; PMCID: PMC7064449.
- Seguy D, Hubert H, Robert J, Meunier JP, Guérin O, Raynaud-Simon A. Compliance to oral nutritional supplementation decreases the risk of hospitalisation in malnourished older adults without extra health care cost: Prospective observational cohort study. Clin Nutr. 2020 Jun;39(6):1900-1907. doi: 10.1016/j.clnu.2019.08.005. Epub 2019 Aug 17. PMID: 31471163.
- Elia M, Normand C, Laviano A, Norman K. A systematic review of the cost and cost effectiveness of using standard oral nutritional supplements in community and care home settings. Clin Nutr. 2016 Feb;35(1):125-137. doi: 10.1016/j.clnu.2015.07.012. Epub 2015 Jul 30. PMID: 26309240.

Formulazione del consiglio organizzativo

E' fortemente consigliabile la creazione di un sistema di governo per la gestione dell'assistenza nutrizionale nel paziente ad elevato rischio nutrizionale e/o con supporto orale e nutrizione artificiale a livello territoriale e ospedaliero con l'obiettivo di uniformare i percorsi assistenziali e garantire l'equità di accesso alle cure su tutto il territorio regionale.

Confronto con le linee guida esistenti

4.1 Le principali linee guida internazionali esistenti riportano raccomandazioni sull'intervento organizzativo?

☒ Si ❑ No

Se No, termine dell'esame.

Se Si, specificare:

- Bischoff SC, Austin P, Boeykens K, Chourdakis M, Cuerda C, Jonkers-Schuitema C, Lichota M, Nyulasi I, Schneider SM, Stanga Z, Pironi L. ESPEN practical guideline: Home enteral nutrition. Clin Nutr. 2022 Feb;41(2):468-488. doi: 10.1016/j.clnu.2021.10.018. Epub 2021 Nov 24. PMID: 35007816.
- Pironi L, Boeykens K, Bozzetti F, Joly F, Klek S, Lal S, Lichota M, Mühlebach S, Van Gossum A, Wanten G, Wheatley C, Bischoff SC. ESPEN practical guideline: Home parenteral nutrition. Clin Nutr. 2023 Mar;42(3):411-430. doi: 10.1016/j.clnu.2022.12.003. Epub 2023 Jan 9. PMID: 36796121.
- NICE guidelines. Nutrition support for adults: oral nutrition support, enteral tube feeding and parenteral nutrition (2006 updated 2017)

5.2 Le raccomandazioni delle principali linee guida esistenti sono in linea con il consiglio sviluppato?

☒ Si ❑ No

Se No, specificare: