



Presidenza del Consiglio dei Ministri

REGIONE CALABRIA

Oggetto: Linee di indirizzo per la costituzione della rete della nutrizione clinica della Regione Calabria

Codice Proposta: 60814

N°. 283 DEL 27/09/2024

Dichiarazione di conformità della copia informatica

Il presente documento, ai sensi dell'art. 23-bis del CAD e successive modificazioni è copia conforme informatica del provvedimento originale in formato elettronico, firmato digitalmente, conservato in banca dati della Regione Calabria.

I Dirigenti responsabili, previo controllo degli atti richiamati, attesta la regolarità amministrativa nonché la legittimità del decreto e la sua conformità alle disposizioni di legge e di regolamento comunitarie, nazionali e regionali

Sottoscritto dal settore 04 - prevenzione e sanità pubblica
Dott. LUCIA FRANCESCO
(con firma digitale)

Sottoscritto dal Direttore di Dipartimento
Dott CALABRÒ TOMMASO
(con firma digitale)

IL COMMISSARIO AD ACTA

VISTO l'articolo 120, comma 2, della Costituzione;

VISTO l'articolo 8, comma 1, della legge 5 giugno 2003, n.131;

VISTO l'Accordo sul Piano di rientro della Regione Calabria, perfezionato tra il Ministro della salute, quello dell'Economia e delle Finanze e il Presidente p.t. della Regione Calabria, in data 17 dicembre 2009 e poi recepito con DGR n. 97 del 12 febbraio 2010;

VISTO l'articolo 4, commi 1 e 2, del D.L. 1° ottobre 2007, n. 159, convertito con modificazioni dalla legge 29 novembre 2007, n. 222;

VISTA la legge 23 dicembre 2009, n. 191 e, in particolare, l'articolo 2, commi 80, 88 e 88 bis;

VISTA la delibera del Consiglio dei Ministri del 4 novembre 2021, con la quale il Dott. Roberto Occhiuto è stato nominato quale Commissario *ad acta* per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del SSR calabrese, secondo i Programmi operativi di cui all'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 e ss.mm.ii., confermando i contenuti del mandato commissariale affidato con deliberazione del 27 novembre 2020;

VISTA la delibera del Consiglio dei Ministri adottata nella seduta del 23 dicembre 2021 con la quale si è integrato il mandato commissariale attribuito, con la deliberazione del 4 novembre 2021, che confermava il mandato commissariale del 27 novembre 2020;

VISTA la delibera del Consiglio dei Ministri adottata nella seduta del 15 giugno 2022, con la quale il dott. Ernesto Esposito è stato nominato sub-commissario unico per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del Servizio sanitario della Regione Calabria, con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale, ai sensi della deliberazione del Consiglio dei Ministri del 4 novembre 2021.

VISTA la delibera del Consiglio dei Ministri adottata nella seduta del 18 settembre 2023, con la quale l'ing. Iole Fantozzi è stata nominata ulteriore sub-commissario per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del Servizio sanitario della Regione Calabria, con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale ai sensi della deliberazione del Consiglio dei Ministri del 4 novembre 2021, suddividendo i compiti con quelli attribuiti al Sub-commissario dott. Ernesto Esposito già in precedenza nominato;

PREMESSO CHE la Risoluzione del Consiglio dei Ministri Europeo del 12 novembre 2003, raccomanda agli Stati membri l'adozione una serie di misure sulla cura nutrizionale in Ospedale, tra le quali l'istituzione di strutture adeguate idonee a condurre valutazioni e a impostare le terapie nutrizionali;

CHE le Linee di indirizzo nazionale del Ministero della Salute per la ristorazione ospedaliera, assistenziale e scolastica, riconoscono alla ristorazione collettiva un ruolo importante in ambito sanitario, rappresentando uno strumento indispensabile nella prevenzione e nella cura delle malattie correlate con un alterato stato di nutrizione sia in ambito ospedaliero/assistenziale, sia in ambito scolastico;

CHE, nello specifico, con il fine di garantire il rispetto delle esigenze nutrizionali specifiche dei pazienti ospedalizzati, si richiama l'attenzione sull'importanza dei principali attori e, fra essi, vengono identificate le UU.OO. di Dietetica e Nutrizione clinica;

TENUTO CONTO di quanto sancito nell'Accordo n. 222/CSR del 24 novembre 2016, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, nell'ambito della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, sul documento "Valutazione delle criticità nazionali in ambito nutrizionale e strategie d'intervento 2016/2019", in cui:

- si prevedevano importanti azioni di contrasto nei confronti delle patologie croniche non trasmissibili, con un prevedibile impatto favorevole sulla salute dei cittadini, la realizzazione di una rete d'intervento che integri Scienza dell'Alimentazione, Nutrizione clinica e preventiva, da configurarsi quale Rete Nutrizionale Territorio-Ospedale per la prevenzione e la cura nutrizionale, con individuazione di Percorsi Preventivo Diagnostico Terapeutici Dedicati (PPDTA);
- si ponevano, tra gli aspetti di rilevanza strategica nell'ambito della politica sanitaria nazionale, le criticità nutrizionali quali priorità d'intervento e la promozione di programmi di stili di vita salutari (corretta alimentazione e attività motoria) in tutte le fasce d'età;
- si riteneva necessario porre l'attenzione sull'adeguamento delle strutture del SSN, attraverso una rimodulazione delle risorse disponibili, per rispondere alle criticità connesse alla nutrizione clinica e preventiva, migliorando l'efficacia e l'efficienza degli interventi in ambito preventivo e assistenziale;

- si rilevava l'importanza di un forte coordinamento tra Rete Territoriale (MMG, PLS, UU.OO. Cure Primarie, SIAN, altre strutture Territoriali) e la Rete Clinico-Nutrizionale;

DATO ATTO che con DCA n. 137/2021 è stato approvato il Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025 per la Regione Calabria che persegue la promozione di stili di vita sani, la prevenzione delle cronicità e che ha tra i propri obiettivi strategici, collegati al Programma PL14, l'attivazione del gruppo di coordinamento regionale per il raccordo con le attività del TaSiN (Tavolo sicurezza Nutrizionale), con funzione di osservatorio relativamente all'acquisizione di informazioni sullo stato di nutrizione della popolazione con particolare riferimento alla malnutrizione per eccesso e per difetto;

PRESO ATTO del Decreto del Dirigente Generale del Dipartimento Salute e Welfare n. 244 dell'11/01/2024 avente ad oggetto "Istituzione Tavolo Tecnico Regionale sulla Sicurezza Nutrizionale (TaRSiN)";

RICHIAMATO l'Accordo di Conferenza Stato-Regioni del 14 dicembre 2017 (Rep. Atti n. 224/CSR) recante "Linee di indirizzo sui percorsi nutrizionali nei pazienti oncologici", nel quale si sottolinea, tra l'altro, come le cure nutrizionali debbano essere parte integrante del percorso clinico e raccomanda che i pazienti oncologici ricevano una immediata valutazione dello stato nutrizionale come parte integrante del percorso diagnostico, richiedendo la presenza di esperti in nutrizione e dietisti in grado di definire, nei casi che lo richiedono, uno specifico piano di intervento nutrizionale finalizzato ad ridurre le complicanze mediche conseguenti alla malnutrizione, sia di facilitare il recupero dello stato nutrizionale e della salute fisica, tappe essenziali nella guarigione del paziente oncologico;

VISTO il Documento del Ministero della Salute del 2020 - Miglioramento della salute dell'anziano per gli aspetti nutrizionali, nel quale, tra le proposte operative, si evidenzia come la nutrizione clinica debba essere inserita a pieno titolo nei percorsi di diagnosi e cura del paziente anziano attraverso PDTA specifici e debba essere assicurata la presenza di un numero proporzionato di strutture assistenziali e unità operative di dietetica e nutrizione clinica (territorio e strutture ospedaliere) e di personale formato;

VISTO l'Accordo, ai sensi dell'articolo 4, comma 1, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 27 luglio 2022 sul documento "Linee di indirizzo per la prevenzione ed il contrasto dell'obesità", dell'intesa n. 163/CSR del 27 luglio 2022;

CONSIDERATO che

- la malnutrizione riverbera sui soggetti, effetti negativi in termini socio-psicologici e di maggior vulnerabilità alla malattia, con conseguenze economiche derivanti dall'aumento dei costi annuali ospedalieri e assistenziali correlati all'incremento dei tempi di degenza, quantificato in diverse realtà nazionali;
- il miglioramento dello stato nutrizionale conduce ad un più efficiente utilizzo delle risorse di cura, particolarmente in termini di riduzione del rischio di ospedalizzazione e dei tempi di ricovero, nonché di riduzione del rischio di riammissione ospedaliera;
- studi scientifici condotti da Centri di ricerca di rilevanza internazionale (Cergas Bocconi) stimano l'impatto positivo della corretta nutrizione clinica in una riduzione dei costi di gestione della patologia dal 5 al 12 %;
- le linee guida ministeriali e gli studi scientifici attribuiscono espressamente al contrasto alla malnutrizione effetti positivi in termini di efficacia delle cure e di riduzione della spesa sanitaria;

CONSIDERATO altresì che

- è necessario rafforzare le attività di nutrizione clinica svolte dalle Aziende del Servizio Sanitario Regionale, prevedendo l'istituzione della Rete regionale delle strutture di Nutrizione Clinica, al fine di dare attuazione a quanto previsto dalle Linee di indirizzo nazionali Rep. Atti n. 222/CSR, in ordine al miglioramento della salute dei pazienti ospedalizzati e trattati a domicilio;
- il documento "Linee di indirizzo per la costituzione della Rete della Nutrizione Clinica della Regione Calabria", allegato al presente provvedimento per diventarne parte integrante e sostanziale, rappresenta lo strumento utile per il perseguimento delle finalità già individuate a livello nazionale;
- il Tavolo Tecnico Regionale sulla Sicurezza Nutrizionale (TaRSiN), istituito con Decreto del Dirigente Generale del Dipartimento Salute e Welfare n. 244 dell'11/01/2024 deve essere opportunamente integrato nei propri componenti e nelle funzioni, per garantire il coordinamento e l'armonizzazione delle attività di prevenzione nutrizionale territoriale ed ospedaliera, di diagnosi, di presa in carico nutrizionale dei soggetti malnutriti o a rischio di malnutrizione, correlandosi agli altri tavoli regionali quali, ad esempio, la Rete Oncologica (DCA n. 289/2023) e la rete di assistenza di pazienti affetti da Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione (DCA n. 46/2023);

VISTO l'Accordo, ai sensi dell'articolo 4, comma 1, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 15 settembre 2016 sul documento "Piano nazionale della cronicità", di cui all'articolo 5, comma 21, dell'intesa n. 82/CSR del 10 luglio 2014, concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2014-2016 – Rep. Atti n. 160/CSR;

VISTO il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 12 gennaio 2017, recante "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502";

VISTA l'Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Piano oncologico nazionale: documento di pianificazione e indirizzo per la prevenzione e il contrasto del cancro 2023– 2027". Repertorio atti n. 16/CSR del 26 gennaio 2023 con cui è stato approvato il "Piano Oncologico Nazionale";

RITENUTO pertanto necessario:

- approvare il documento denominato "Linee di indirizzo per la costituzione della Rete della Nutrizione Clinica della Regione Calabria", allegato al presente provvedimento per diventarne parte integrante e sostanziale;
- demandare al Dirigente Generale del Dipartimento Salute e Welfare l'aggiornamento del Tavolo Tecnico Regionale sulla Sicurezza Nutrizionale (TaRSiN), già istituito presso il Settore n. 4 del Dipartimento "Salute e Welfare", giusto DDG n. 244 dell'11/01/2024, nei componenti e nelle funzioni, sulla base di quanto disciplinato nelle Linee di indirizzo allegate al presente provvedimento;

PRESO ATTO che con la sottoscrizione del presente atto i dirigenti competenti attestano la regolarità tecnica e amministrativa nonché la completezza dell'istruttoria;

VISTO il supporto consulenziale reso dal Coordinatore dell'Avvocatura regionale, a mente del comma 5-bis, art. 10 della legge regionale 13 maggio 1996 n. 7;

Tutto ciò premesso da valere come parte integrante, sostanziale e motivazionale del presente decreto, il Commissario ad acta, dott. Roberto Occhiuto;

D E C R E T A

DI RITENERE quanto riportato tra i considerata parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

DI APPROVARE le "Linee di indirizzo per la costituzione della Rete della Nutrizione Clinica della Regione Calabria", allegate al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale;

DI DEMANDARE al Dirigente Generale del Dipartimento Salute e Welfare l'aggiornamento del Tavolo Tecnico Regionale sulla Sicurezza Nutrizionale (TaRSiN), già istituito presso il Settore n. 4 del Dipartimento "Salute e Welfare", giusto DDG n. 244 dell'11/01/2024, nei componenti e nelle funzioni, sulla base di quanto disciplinato nelle Linee di indirizzo allegate al presente provvedimento;

DI INVIARE il presente decreto incluso gli allegati, ai Ministeri della Salute e dell'Economia e Finanze, attraverso l'apposito sistema documentale "Piani di Rientro";

DI DARE MANDATO al Dirigente Generale del Dipartimento Regionale "Salute e Welfare" per la pubblicazione del presente atto sul Bollettino Ufficiale Regione Calabria, ai sensi della legge Regionale 6 aprile 2011, n. 11 nonché sul sito istituzionale della Regione Calabria, ai sensi del Decreto Legislativo 14 marzo 2013, n. 33.

Avverso il presente provvedimento è possibile presentare ricorso nelle sedi giudiziarie competenti entro il termine previsto dalla legislazione vigente e decorrente dalla data di pubblicazione sul BURC.

**Il Sub Commissario
FANTOZZI IOLE**

(con firma digitale)
(atto firmato digitalmente ai sensi dell'art. 24 del D.lgs 82/2005 e
s.m.i.)

**Il Sub Commissario
ESPOSITO ERNESTO**

(con firma digitale)
(atto firmato digitalmente ai sensi dell'art. 24 del D.lgs 82/2005 e s.m.i.)

**Il Commissario
ROBERTO OCCHIUTO**

(con firma digitale)
(atto firmato digitalmente ai sensi dell'art. 24 del D.lgs 82/2005 e s.m.i.)

*DIPARTIMENTO SALUTE E WELFARE
SETTORE 04 - PREVENZIONE E SANITA' PUBBLICA*

Il responsabile del procedimento.)

DARIO MACCHIONI

(con firma digitale)

(atto firmato digitalmente ai sensi dell'art. 24 del D.lgs 82/2005 e s.m.i)

*Il Dirigente del settore 04 - prevenzione e sanita'
pubblica*

LUCIA FRANCESCO

(con firma digitale)

(atto firmato digitalmente ai sensi dell'art. 24 del D.lgs 82/2005 e s.m.i.)

Il Dirigente Generale

CALABRÒ TOMMASO

(con firma digitale)

(atto firmato digitalmente ai sensi dell'art. 24 del D.lgs 82/2005 e s.m.i.)

LINEE DI INDIRIZZO PER LA COSTITUZIONE DELLA RETE DELLA NUTRIZIONE CLINICA DELLA REGIONE CALABRIA

▪ Premessa

Le Linee di indirizzo nazionale per la ristorazione ospedaliera, assistenziale e scolastica hanno messo, ancora una volta in evidenza, l'importanza dell'adozione di idonee abitudini alimentari per la promozione della salute e la prevenzione delle patologie cronico-degenerative di cui l'alimentazione scorretta è uno dei principali fattori di rischio.

Le linee di indirizzo nazionali per la Valutazione delle criticità nazionali in ambito nutrizionale e strategie d'intervento 2016/2019, hanno identificato la forte necessità di creazione di una rete pubblica d'intervento territorio-ospedale in grado di agire in sinergia e coordinamento nelle attività di prevenzione e assistenza.

In ambito ospedaliero (comprendendo anche le strutture di riabilitazione e le nursing home), come già segnalato anche nelle Linee di indirizzo nazionale per la ristorazione ospedaliera e assistenziale e nel documento Food and nutritional care in hospitals: how to prevent undernutrition--report and recommendations of the committee of experts on nutrition, food safety and consumer protection, la malnutrizione per difetto o per eccesso ha un'elevata prevalenza nei pazienti ricoverati. Tale prevalenza tende oltre tutto a peggiorare durante il ricovero. Ciò comporta:

- maggiori complicanze, tempi più lunghi di ricovero, impossibilità di ottenere risultati soddisfacenti;
- peggioramento della qualità di vita dei pazienti;
- ricorso ad interventi nutrizionali con integratori o nutrizione artificiale;
- giudizio negativo sulla qualità globale dell'assistenza da parte degli utenti;
- aumento dei costi assistenziali.

Nelle residenze assistenziali per anziani (RSA) le conseguenze della malnutrizione ed in particolare la sarcopenia, peggiorano la ripresa di autonomia e il recupero in salute, aumentano il rischio di complicanze (lesioni da pressione, infezioni, cadute con conseguenti fratture, peggioramento di preesistenti patologie cronico-degenerative, comparsa o peggioramento di depressione e apatia), la complessità gestionale, i costi sanitari e socio-assistenziali, mentre riducono le probabilità di rientro al domicilio.

In questo contesto la Regione Calabria intende inserire la nutrizione a pieno titolo nei percorsi di diagnosi e cura, nella consapevolezza che una impropria gestione dei degenti dal punto di vista nutrizionale può determinare complicanze e costituire, quindi, una "malattia nella malattia".

Contestualmente, intende rafforzare il ruolo del TARSiN, affinché l'azione di coordinamento tra strutture che operano sul territorio e servizi ospedalieri, possa efficacemente integrarsi per le finalità comuni di prevenzione e di tutela della salute.

Le strutture ed i team di nutrizione clinica rappresentano, per come descritto nell'atto di Conferenza Stato-Regioni 222/CSR del 24 novembre 2016, snodi imprescindibili del modello organizzativo della rete.

Lo stesso Ministero della Salute, nel documento del 2020, "Miglioramento della salute dell'anziano" per gli aspetti nutrizionali, ha segnalato la carenza di UU.OO. di Dietetica e Nutrizione Clinica e la insufficienza di operatori sanitari formati.

Se a livello territoriale sono presenti strutture quali i Servizi Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN) che, di concerto con i Medici di Medicina Generale (MMG), Pediatri di Libera Scelta (PLS), Unità di Cure Primarie, nell'alveo delle azioni previste nelle diverse fasce d'età dal Piano Regionale della Prevenzione, esercitano una costante azione di prevenzione e sicurezza nutrizionale, per ottimizzare e coordinare le attività di nutrizione clinica, appare opportuno istituire una Rete regionale delle strutture di nutrizione clinica.

▪ **Obiettivi della rete delle strutture di nutrizione clinica**

La Rete regionale delle strutture di nutrizione clinica ha come obiettivo quello di promuovere il benessere psico-fisico attraverso la prevenzione, la diagnosi ed il trattamento della malnutrizione dei pazienti ospedalizzati, o trattati a domicilio e in ambulatorio e, in particolare, di garantire ad ogni paziente a rischio di malnutrizione un intervento adeguato dal punto di vista nutrizionale.

La Rete favorisce l'uniformità territoriale delle varie attività di prevenzione, diagnosi e cura della malnutrizione, nell'ambito delle patologie che necessitano di un intervento nutrizionale.

▪ **Definizione ed epidemiologia della malnutrizione**

La malnutrizione è uno "stato di alterazione funzionale, strutturale e di sviluppo dell'organismo, conseguente a carenza o eccesso o squilibrio tra fabbisogni, introiti ed utilizzazione dei nutrienti, che causa effetti avversi misurabili sulla composizione corporea e sui risultati clinici". Nei paesi industrializzati spesso questa è una condizione sotto-diagnosticata, particolarmente in ambito ospedaliero, nelle case di cura e nelle comunità, nei quali vi è un grande numero di pazienti fragili e vulnerabili.

Dal punto di vista epidemiologico la malnutrizione è presente in circa il 20% - 50% dei pazienti ospedalizzati e questo dato aumenta se si considerano i pazienti di età avanzata (prevalenza del 90%). Inoltre, la malnutrizione interessa spesso anche i pazienti oncologici con una prevalenza che varia dal 20% al 70% e nei quali il rischio è aumentato sia a causa della terapia antineoplastica, che a causa delle condizioni cliniche determinate dal tumore stesso.

▪ **Conseguenze della malnutrizione**

La malnutrizione ha un impatto negativo sulla risposta ai trattamenti proposti, altera la risposta immunitaria, compromette il fisiologico funzionamento dell'organismo e si correla ad una riduzione della massa e della forza muscolare (sarcopenia). Si registra anche un effetto dannoso sullo stato psichico dei soggetti, che porta a depressione e scarso interesse per il cibo. Le alterazioni metaboliche rendono difficile ai pazienti il recupero di un'adeguata massa corporea con conseguente impatto sulla prognosi.

La malnutrizione determina una ridotta guarigione delle ferite ed un'alterazione della funzionalità intestinale e muscolare. Inoltre, può causare una ridotta capacità polmonare e una compromissione della funzione respiratoria che, in associazione alla ridotta risposta immunitaria, aumenta il rischio di infezioni e complicanze respiratorie.

Secondariamente alle condizioni cliniche dei pazienti, la malnutrizione determina un aumento delle ospedalizzazioni, della morbilità-mortalità, della durata della degenza, dell'impiego di farmaci e quindi dell'aumento dei costi sanitari; in Europa si registra un impatto socioeconomico di circa 120 miliardi di euro e annualmente in Italia il costo va dai 2,5 ai 10 miliardi di euro. Il problema è peggiorato dal fatto che la malnutrizione è sia sotto-diagnosticata che sotto-trattata.

Tutto ciò ha delle ripercussioni negative sui sistemi sanitari sia dal punto di vista delle complicanze cliniche, sia in termini di costi gestionali.

Le linee guida ministeriali rilevano gli effetti negativi della malnutrizione in termini socio-psicologici e di maggior vulnerabilità alla malattia ed evidenziano le conseguenze economiche derivanti dall'aumento dei costi annuali ospedalieri correlati all'incremento dei tempi di degenza, quantificato in diverse realtà nazionali.

Infatti, le linee guida ministeriali e gli studi scientifici attribuiscono espressamente al contrasto alla malnutrizione effetti positivi in termini di efficacia delle cure e di riduzione della spesa sanitaria. Riconoscono, altresì, che il miglioramento dello stato nutrizionale conduce ad un più efficiente utilizzo delle risorse di cura, particolarmente in termini di riduzione del rischio di ospedalizzazione e dei tempi di ricovero, nonché di riduzione del rischio di riammissione ospedaliera.

Ulteriori studi scientifici condotti da Centri di ricerca di rilevanza anche internazionale (Cergas Bocconi) stimano l'impatto positivo della corretta nutrizione clinica in una riduzione dei costi di gestione della patologia dal 5 al 12 %.

Per tali motivi il trattamento nutrizionale è oggi sempre più riconosciuto come un aspetto fondamentale nella gestione globale del paziente e del suo iter terapeutico. La corretta e tempestiva gestione degli aspetti nutrizionali può consentire la riduzione delle complicanze ospedaliere, dei tempi di dimissione nei pazienti che necessitano di un supporto domiciliare, dei tassi di interruzione/sospensione dei trattamenti oncologici e dei tassi di riospedalizzazione e conseguentemente dei costi.

▪ **Strutture operative e team**

Entro il **30 dicembre 2024**, presso le Aziende Ospedaliere HUB, saranno attivati appositi servizi/strutture operative di Nutrizione Clinica, ove non già costituite.

Entro il **30 giugno 2025**, nei Presidi Ospedalieri di Crotone, Lamezia Terme, Tropea, Cetraro-Paola, Corigliano-Rossano, Castrovillari, Locri, Melito Porto Salvo e Polistena, nei quali insiste una U.O. di Oncologia, sarà attivato un team nutrizionale ospedaliero, ove non già costituito;

Entro il **30 giugno 2026**, presso ogni Distretto delle Aziende Sanitarie Provinciali sarà attivato un team nutrizionale territoriale, ove non già costituito.

Entro i termini predetti, i Direttori Generali/Commissari Aziendali, definiscono le modalità di attivazione dei predetti servizi/strutture e team.

Per quanto concerne l'A.O.U. "R. Dulbecco", l'Unità Operativa Complessa di Nutrizione Clinica - già classificata complessa nel protocollo d'intesa Regione/Università "Magna Graecia" di Catanzaro" - viene individuata come Centro Regionale Coordinatore della Rete per la Nutrizione Clinica.

Sulla base dei fabbisogni e dei carichi di lavoro i servizi/strutture saranno costituiti secondo il seguente schema:

- un medico specialista in Scienze dell'Alimentazione o con comprovata esperienza nel settore, ogni 200 posti letto;
- un coordinatore Servizi Dietologici (in caso di almeno 4 dietisti in servizio)
- un dietista ogni 100 posti letto.

I team nutrizionali ospedalieri e territoriali saranno composti da almeno:

- un medico specialista in Scienze dell'Alimentazione, o con comprovata esperienza nel settore;
- un dietista.

Alle strutture ed ai team dovrà essere garantita una dotazione strumentale minima, composta da una bilancia con statimetro, un plicometro, un bioimpedenzometro ed un dinamometro.

Nelle more delle attivazioni, le Aziende in cui non siano già presenti strutture o team, provvederanno all'identificazione di almeno un referente medico che, qualora non in possesso di specifica specializzazione (spec. in Scienze dell'Alimentazione o branca equipollente) o esperienza, dovrà effettuare un periodo di formazione presso il Centro Regionale Coordinatore della Rete per la Nutrizione Clinica.

▪ **Strumenti e attività**

Lo strumento principale della rete è rappresentato dai PDTA, che verranno definiti nell'ambito del Tavolo Tecnico Regionale sulla Sicurezza Nutrizionale (TaRSiN), già istituito con D.D.G. n. 244 del 11/01/2024.

Le attività rilevanti in ambito ospedaliero, che saranno specificamente dettagliate nei PDTA, riguardano:

- procedure di screening della malnutrizione;
- valutazione clinica, impostazione del trattamento e verifica di efficacia dell'intervento in malati con malnutrizione per eccesso o per difetto.
- gestione della nutrizione artificiale
- elaborazione del dietetico ospedaliero e controllo dei servizi di ristorazione,
- elaborazione e controllo dell'allestimento dei pasti a contenuto nutrizionale definito;
- interventi riabilitativi in pazienti affetti da patologie croniche miranti alla ripresa dell'alimentazione orale e alla sua integrazione o sostituzione con nutrizione artificiale, in un'ottica di miglioramento dello stato nutrizionale e/o della qualità di vita;

Nei casi con eccesso ponderale il lavoro è volto a definire il quadro clinico, con le patologie correlate spesso già presenti in età evolutiva, ed a modificare le abitudini alimentari e gli stili di vita.

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 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, per l'elaborazione di piani di cura nei soggetti a rischio di malnutrizione.

Le strutture operative ed i team nutrizionali, pertanto, forniranno i seguenti servizi:

1. Screening nutrizionali per i degenti
2. Consulenza dietologica per i pazienti ricoverati sia in regime tradizionale che in Day Hospital
3. Supporto nutrizionale per degenti malnutriti
4. Interventi dietetici per pazienti con eccesso ponderale
5. Predisposizione di piani terapeutici
6. Follow-up

▪ **Attività di Ricerca**

La rete delle strutture di nutrizione clinica ha, tra i propri compiti, anche la conduzione di ricerche nello specifico settore, contribuendo all'avanzamento scientifico e traducendo le conoscenze scientifiche in applicazioni cliniche.

In particolare, le principali linee di ricerca riguarderanno:

- Valutazione dei rapporti tra stato nutrizionale e principali malattie cronico-degenerative
- Modelli innovativi di approccio all'alimentazione
- Ricerche in collaborazione con i produttori e l'industria alimentare per il miglioramento della salute pubblica
- Nutrigenomica
- Valutazione degli stati malnutrizionali in ospedale

▪ **Attività formativa**

Gli operatori afferenti alla rete delle strutture di nutrizione clinica saranno costantemente aggiornati a cura del Centro Regionale Coordinatore della Rete per la Nutrizione Clinica.

▪ **Comunicazione e informazione**

La comunicazione e l'informazione tra gli attori della rete e verso i cittadini, inerenti le tematiche che emergeranno dai lavori, saranno garantite attraverso i canali della comunicazione istituzionale sia a livello regionale, che aziendale. I documenti prodotti dalla rete conterranno indicazioni specifiche sugli aspetti di comunicazione e informazione.

▪ **Tavolo Tecnico Regionale sulla Sicurezza Nutrizionale (TaRSiN)**

Al Tavolo Tecnico Regionale sulla Sicurezza Nutrizionale (TaRSiN), istituito con D.D.G. n. 244 del 11/01/2024 presso il Dipartimento Salute e Welfare, sono demandate le seguenti funzioni:

- ricognizione della realtà organizzativa attuale in termini di prestazioni di Nutrizione Clinica e Preventiva a livello ospedaliero e territoriale;
- coordinamento della rete pubblica d'intervento e per gli aspetti epidemiologici, informativi, comunicativi, educativi e formativi;
- rafforzamento della sorveglianza nutrizionale;
- predisposizione piani di formazione e informazione in ottemperanza alle indicazioni del TaSiN;
- attività di monitoraggio, di acquisizione di informazioni, best practices e dati di sorveglianza ed epidemiologici.

Al tavolo, ai sensi delle presenti linee di indirizzo, sono altresì demandate le seguenti ulteriori funzioni:

- proporre ogni idonea azione finalizzata al miglioramento della prevenzione, della diagnosi e della terapia dei pazienti affetti da malnutrizione.
- definire, monitorare ed aggiornare i PDTA relativi alla nutrizione;
- recepire e attuare gli indirizzi programmatici declinati nel Piano di Rete,
- monitorare sul campo l'attività assistenziale,
- individuare le situazioni di criticità e le relative azioni di miglioramento,
- proporre obiettivi di sviluppo della rete.

Il TARSiN, in base alle funzioni assegnate e integrate con quanto riportato nelle presenti linee di indirizzo, sarà composto come segue:

- Il Dirigente del Settore n. 4 "Prevenzione e Sanità Pubblica" del Dipartimento Salute e Welfare della Regione Calabria, **in qualità di coordinatore regionale;**
- Il Direttore dell'UOC di Nutrizione Clinica della AOU "R. Dulbecco", Centro Regionale di Coordinamento della Rete per la Nutrizione Clinica, **in qualità di coordinatore scientifico;**

- Il Dirigente del Settore n. 9 “Sanità Veterinaria” del Dipartimento Salute e Welfare della Regione Calabria o suo delegato;
- I Responsabili dei servizi/strutture operative presso gli Hub ospedalieri;
- Tre Rappresentanti dei team nutrizionali istituiti presso gli Spoke, uno per ogni area geografica (nord, centro e sud);
- Tre Rappresentanti dei team nutrizionali istituiti presso i Distretti Socio Sanitari, uno per ogni area geografica (nord, centro e sud);
- Tre Rappresentanti dei Servizi Igiene degli Alimenti e Nutrizione (SIAN) delle AA.SS.PP. della Regione Calabria, uno per ogni area geografica (nord, centro e sud);
- Un rappresentante della Rete oncologica regionale;
- Un rappresentante della Società Italiana Nutrizione Artificiale e Metabolismo (SINPE);
- Un rappresentante della Società Italiana Nutrizione Clinica e Metabolismo (SINuC)
- Un rappresentante dell’Associazione Italiana di Dietetica e Nutrizione;
- Un Referente della Sorveglianze PASSI delle AA.SS.PP. della Regione Calabria;
- Un referente del Piano Regionale della Prevenzione - PRP 2020-2025.

Il Tavolo può avvalersi di professionisti delle strutture del S.S.R. con specifiche competenze e, relativamente alla stesura dei PDTA, potrà avvalersi di rappresentanti delle società scientifiche più rappresentative inerenti l’argomento trattato, individuati dal Dipartimento Salute e Welfare. Ai componenti il Tavolo non saranno corrisposti compensi e, pertanto, nessun onere sarà a carico del bilancio della Regione Calabria.

▪ **Armonizzazione con la Rete di assistenza a pazienti affetti da Disturbi della Nutrizione e dell’Alimentazione**

La Rete della Nutrizione Clinica si integrerà con la rete di assistenza a pazienti affetti da Disturbi della Nutrizione e della Alimentazione (DNA), prevista dal DCA 46 del 9/2/2023.

BIBLIOGRAFIA

1. Stratton et al. *Disease-Related Malnutrition: An Evidence-Based Approach to Treatment.*; 2003.
2. Bellanti F, lo Buglio A, Quiete S, Vendemiale G. Malnutrition in Hospitalized Old Patients: Screening and Diagnosis, Clinical Outcomes, and Management. *Nutrients.* 2022;14(4):910. doi:10.3390/nu14040910
3. Bellanti F, Lo Buglio A, Quiete S, et al. Comparison of Three Nutritional Screening Tools with the New Glim Criteria for Malnutrition and Association with Sarcopenia in Hospitalized Older Patients. *J Clin Med.* 2020;9(6):1898. doi:10.3390/jcm9061898
4. Beirer A. Malnutrition and cancer, diagnosis and treatment. *memo - Magazine of European Medical Oncology.* 2021;14(2):168-173. doi:10.1007/s12254-020-00672-3
5. Saunders J, Smith T. Malnutrition: causes and consequences. *Clinical Medicine.* 2010;10(6):624-627. doi:10.7861/clinmedicine.10-6-624
6. Ministero della Salute. *linee di indirizzo percorsi nutrizionali nei pazienti oncologici.*; 2017. https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2682_allegato.pdf
7. 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).
8. 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/>