



NUTRENDO®

RAPPORTO SULLA NUMEROSITÀ E SULLE CARATTERISTICHE DELLE UNITÀ OPERATIVE/SERVIZI DI NUTRIZIONE CLINICA OSPEDALIERI E TERRITORIALI IN ITALIA

La prima mappa sulle Unità di
Nutrizione Clinica in Italia, con la
classificazione dei servizi essenziali

Giugno 2023

Coordinamento Scientifico

SINuC
SOCIETÀ ITALIANA
DI NUTRIZIONE CLINICA E METABOLISMO

Partner Organizzativo

 **aristea**

INDICE DEI CONTENUTI

1. DAI FOGLI DI ROMA A NUTRENDO 2.0	5
2. RAPPORTO NUMEROSITÀ E CARATTERISTICHE UO/SERVIZI DI NUTRIZIONE CLINICA OSPEDALIERI E TERRITORIALI IN ITALIA	6
3. METODOLOGIA	7
3.1 Questionario	8
4. RISULTATI	10
4.1 Panoramica delle strutture che erogano prestazioni di Nutrizione Clinica	10
4.2 Organizzazione della struttura dove si svolge attività di Nutrizione Clinica	14
4.3 Attività svolte nella struttura organizzativa che si occupa di Nutrizione Clinica	17
4.4 Nutrizione Artificiale Domiciliare (NAD)	19
4.5 Coinvolgimento dell'unità operativa nelle gare e risorse umane e logistiche	22
5. CONCLUSIONI	25
6. POTENZIALI PUNTI DI INTERVENTO	28
7. RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	30

1. DAI FOGLI DI ROMA A NUTRENDO 2.0

La nutrizione clinica è una specialità medica finalizzata al mantenimento o al raggiungimento di un adeguato stato di nutrizione, attraverso interventi preventivi, diagnostici e terapeutici. Lo stato di nutrizione di un soggetto è la risultante di complessi processi metabolici che avvengono a livello subcellulare, cellulare e d'organo. In carenza di precoci interventi nutrizionali diagnostico-terapeutici, è frequente che lo stato di nutrizione sia gravemente compromesso in corso di malattie clinicamente rilevanti [1]. La Società Italiana di Nutrizione Clinica e Metabolismo (SINuC) ha promosso un'importante iniziativa – NUTRENDO® - volta a stimolare la discussione sulle principali tematiche della Nutrizione Clinica tra i maggiori stakeholder – rappresentanti del sistema sanitario nazionale, delle industrie, delle associazioni dei pazienti, della comunità accademica e scientifica e del mondo della comunicazione. Il progetto è culminato con il Forum Nazionale di Nutrizione Clinica, che si è svolto a Roma il 18-19 dicembre 2018 e dal quale sono scaturiti i "Fogli di Roma", un documento programmatico per dare soluzioni concrete e fattive alle mancanze individuate in questo campo [2].

Il progetto NUTRENDO® ha portato alla creazione di tre gruppi distinti di lavoro con l'obiettivo di approfondire e finalizzare alcune delle "vie del cambiamento" individuate nei Fogli di Roma [2]. Gli obiettivi di questa fase, che si è svolta attraverso una attività di ricerca e di meeting on line, sono stati i seguenti:

- mappare la presenza della Nutrizione Clinica nei PDTA relativi alla presa in carico di pazienti affetti da malattie croniche, oggetto del rapporto "Nutrizione Clinica e malattie croniche";
- mappare la presenza delle Unità Operative di Nutrizione Clinica in Italia ed il livello dei servizi da esse erogati, oggetto del presente rapporto;
- mappare il livello di implementazione dell'insegnamento della Nutrizione Umana/Clinica all'interno dei corsi di laurea Magistrale in medicina e chirurgia (CLMMC) in Italia, oggetto di un futuro rapporto.

Per conseguire tali obiettivi, ciascun gruppo di lavoro ha analizzato aspetti specifici riguardanti la Nutrizione Clinica. Si sono valutate, quindi, la presenza dell'intervento nutrizionale nei diversi PDTA regionali per malattie croniche e la reale implementazione delle Linee di indirizzo percorsi nutrizionali nei pazienti oncologici [3] (Rapporto 1); si sono mappate le Unità di Nutrizione Clinica in Italia e la classificazione dei loro servizi essenziali (Rapporto 2); si sono individuati i Corsi di laurea in Medicina e Chirurgia che hanno identificato Unità didattiche elementari (UDE) all'interno delle quali sviluppare insegnamenti sui temi di Nutrizione Clinica (Rapporto 3).

2. RAPPORTO NUMEROSITÀ E CARATTERISTICHE UO/SERVIZI DI NUTRIZIONE CLINICA OSPEDALIERI E TERRITORIALI IN ITALIA

Indipendentemente dalla patologia di base, la malnutrizione ha un impatto negativo sul rischio clinico del paziente [2]. Di conseguenza, un'adeguata terapia nutrizionale permette di curare al meglio la malattia, con un guadagno in termini di salute per il paziente e un vantaggio per il Servizio Sanitario Nazionale, sia in termini di impegno assistenziale che di costi [4].

L'attività di Nutrizione Clinica si basa su un modello organizzativo che integra le attività a livello ospedaliero, ambulatoriale e domiciliare e che connette, in modo organico, l'area di Nutrizione Clinica con le altre aree specialistiche [1]. La funzione di queste strutture è quella di garantire ad ogni paziente un intervento adeguato dal punto di vista nutrizionale, fornendo attività specialistiche volte a prevenire e a curare situazioni patologiche legate allo stato di nutrizione ed a intervenire con metodiche riabilitative, nei pazienti affetti da patologie croniche, puntando alla ripresa dell'alimentazione orale e alla sua integrazione con supplementi nutrizionali orali o alla sua sostituzione con la nutrizione artificiale. Il servizio di Nutrizione Clinica, inoltre, deve sensibilizzare alla sorveglianza nutrizionale gli operatori sanitari e assistenziali [1].

Il gruppo di lavoro "Numerosità e caratteristiche UO/Servizi di Nutrizione Clinica ospedalieri e territoriali in Italia" ha prodotto una mappatura delle Unità di Nutrizione Clinica in Italia, con la classificazione dei loro servizi essenziali. Con questa analisi è stato possibile descrivere la distribuzione geografica e la tipologia attuale delle Unità Operative che erogano prestazioni di Nutrizione Clinica in Italia, al fine di poter sollecitare a livello istituzionale la sempre maggiore implementazione ed omogeneizzazione su tutto il territorio nazionale dei percorsi di nutrizione clinica sia in ospedale che sul territorio finalizzati alla prevenzione e alla correzione di tutte le forme di malnutrizione.

3. METODOLOGIA

Da settembre 2020 sono stati realizzati dieci meeting del gruppo di lavoro SINuC. Dopo aver definito le fonti di ricerca, è stata condotta una mappatura nazionale delle diverse strutture che offrono un servizio di Nutrizione Clinica in Italia, divise in tre aree: Nord, Centro e Sud. Per ciascuna struttura, quindi, sono stati identificati i referenti da coinvolgere, per un totale di oltre 200 professionisti sanitari afferenti sia ad Unità Operative di Nutrizione Clinica che ad altre Unità (Medicina Interna, Rianimazione, Gastroenterologia, etc.) dove sia effettuata un'attività di Nutrizione Clinica.

Successivamente, è stato realizzato un questionario online per censire le Strutture che erogano le prestazioni di Nutrizione Clinica e il livello minimo di servizi erogati. Il questionario è stato inviato ai referenti individuati anche grazie alla collaborazione dei referenti regionali SINuC e delle rappresentanze delle aziende farmaceutiche a livello locale; i dati raccolti sono stati successivamente analizzati e revisionati dal gruppo di lavoro SINuC. Il gruppo ha, inoltre, analizzato e confrontato specifici cluster di dati, per descrivere e commentare alcune tendenze proprie dei servizi che erogano prestazioni di Nutrizione Clinica, con l'obiettivo di mappare la situazione italiana ed identificare potenziali punti di intervento.

3.1 Questionario

1) La tua attività di nutrizionista clinico si svolge nell'ambito di una Struttura di Dietetica e Nutrizione Clinica (SODNC)?

Se SI, trattasi di:

- UOC (Unità Operativa Complessa)
- UOSD (Unità Operativa Semplice Dipartimentale)
- UOS (Unità Operativa Semplice)
- Altro (specificare) _____
- Ospedaliera
- Territoriale

Se NO, specificare tipo e denominazione della struttura:

2) Esiste un documento aziendale in cui sono precisate le funzioni e la pianta organica della Unità operativa nella quale lavori?

- SI NO

3) Il Responsabile della tua Unità Operativa è un Medico specialista in Scienza dell'Alimentazione e Dietetica?

- SI NO, indicare la specializzazione _____

4) Nell'equipe della tua Unità operativa sono presenti le seguenti figure professionali:

- | | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|----------|
| Medici Specialisti in Scienza dell'alimentazione | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | n. _____ |
| Medici con altra specializzazione | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | n. _____ |
| Dietisti | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | n. _____ |
| Infermieri dedicati | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | n. _____ |
| Personale amministrativo | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | n. _____ |
| Altro personale sanitario (specificare campo libero) _____ | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | n. _____ |

5) La tua unità operativa effettua:

- Gestione della ristorazione ospedaliera
- Consulenze nutrizionali presso i reparti di degenza ospedalieri
- Consulenze nutrizionali presso le Residenze Sanitarie Assistenziali
- Ambulatorio di Nutrizione Clinica per pazienti esterni
- Gestione della nutrizione artificiale domiciliare (NAD)
- Altro
(specificare campo libero) _____

6) L'ambulatorio di Nutrizione Clinica, se presente, è rivolto ai pazienti affetti da:

- Disfagia
- Sindrome dell'intestino corto
- Patologie oncologiche
- Celiachia
- Patologie dismetaboliche
- Sovrappeso/obesità
- Disturbi del comportamento alimentare
- Patologie renali
- Altro
(specificare campo libero) _____

7) Nel caso in cui sia prevista la gestione della NAD, vengono effettuate valutazioni nutrizionali domiciliari per i pazienti non trasportabili?

- SI NO, perché _____

8) È previsto il coinvolgimento della tua Unità operativa nella stesura / approvazione di Gare e Capitolati inerenti prodotti e presidi per la nutrizione clinica o per la ristorazione ospedaliera?

- SI NO

9) Ritieni che le risorse umane e logistiche della tua unità operativa siano sufficienti a soddisfare la richiesta di prestazioni assistenziali?

- SI NO, perché _____

4. RISULTATI

4.1 Panoramica delle strutture che erogano prestazioni di nutrizione clinica

L'attività delle Strutture di Dietetica e Nutrizione Clinica si esplica in aree di intervento, in accordo con il modello organizzativo definito nel Manuale di Accreditemento Professionale delle Strutture di Dietetica e Nutrizione Clinica [1]. Le due aree di intervento individuate sono l'ospedale e il territorio, ciascuna con macrofunzioni e ambiti di intervento specifici. Alle strutture di Nutrizione Clinica afferenti all'ospedale, in particolare, sono demandate attività di consulenza e presa in carico dei pazienti in regime di degenza, day-hospital, attività ambulatoriale, attività di Nutrizione Artificiale Domiciliare (NAD). Alle strutture territoriali, invece, sono demandate le attività di referenza organizzativa per i residenti di RSA o in Assistenza Domiciliare Integrata, di consulenza nutrizionale a domicilio e di Nutrizione Artificiale Domiciliare nel caso dei centri NAD territoriali [1].

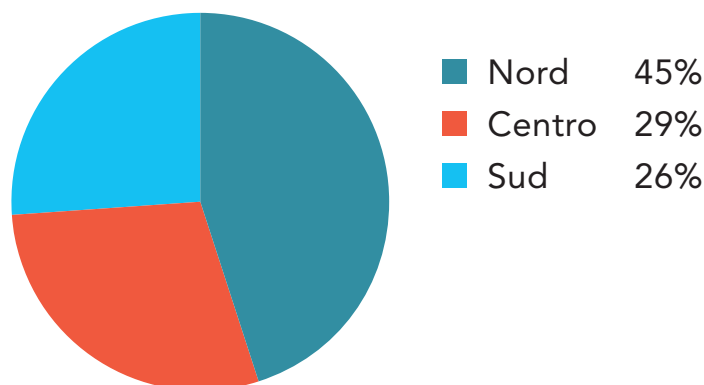
I questionari somministrati hanno permesso di censire 94 strutture organizzative che, a vario titolo, svolgono attività di Nutrizione Clinica in Italia (**Tabella 1**). La Regione che conta più strutture è il Piemonte (14), seguito dal Lazio (13) e dalla Campania (11). Cinque Regioni hanno una sola struttura: Abruzzo, Basilicata, Molise, Sardegna e Valle d'Aosta.

Tabella 1. Numero di strutture che svolgono attività di Nutrizione Clinica per Regione

REGIONE	N° STRUTTURE	REGIONE	N° STRUTTURE
Abruzzo	1	Molise	1
Basilicata	1	Piemonte	14
Calabria	2	Puglia	6
Campania	11	Sardegna	1
Emilia Romagna	4	Sicilia	3
Friuli Venezia Giulia	3	Toscana	8
Lazio	13	Trentino Alto Adige	3
Liguria	3	Umbria	2
Lombardia	8	Valle D'Aosta	1
Marche	3	Veneto	6

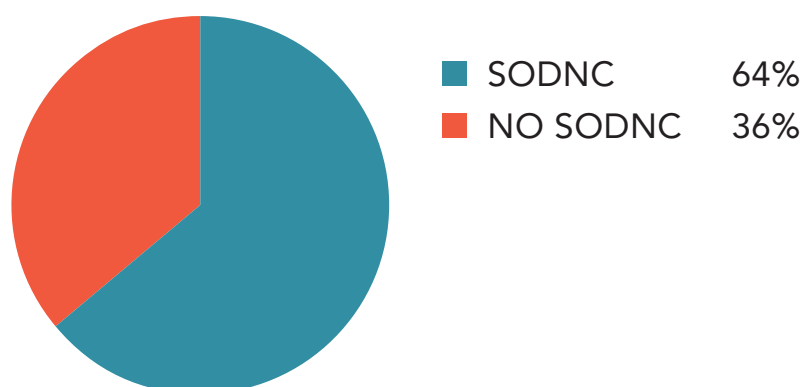
Per quel che riguarda la distribuzione delle strutture nelle tre aree considerate, il 45% è presente al Nord, il 19% al Centro e il 26% al Sud (**Figura 1**).

Figura 1. Distribuzione delle strutture nelle tre aree geografiche considerate



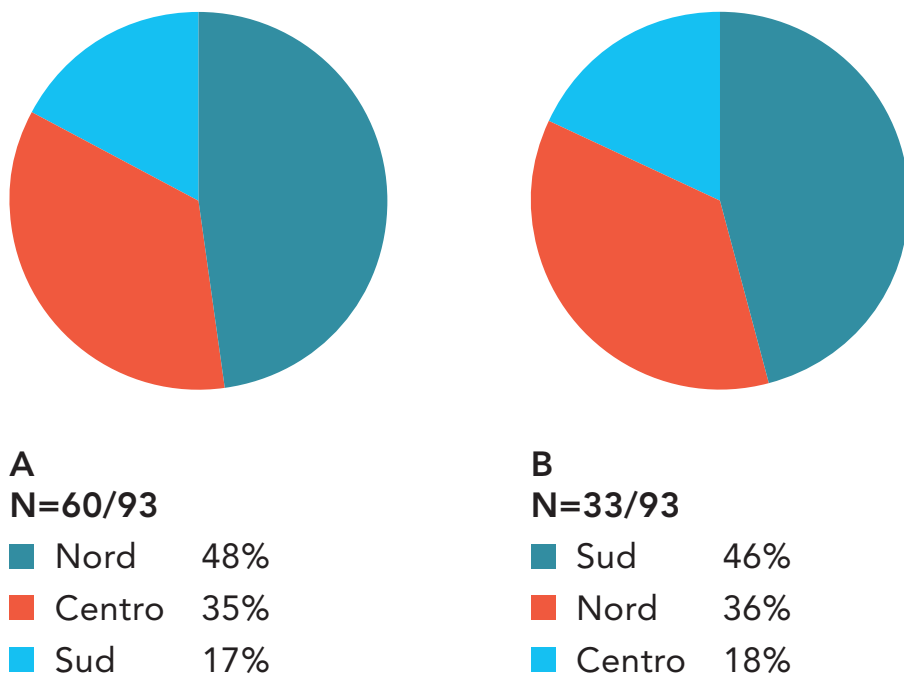
Andando ad approfondire il tipo di struttura in cui si svolge l'attività di Nutrizione Clinica, solo il 64% degli intervistati ha riferito di lavorare all'interno di una Struttura di Dietetica e Nutrizione Clinica (SODNC) (**Figura 2**).

Figura 2. Percentuale degli intervistati che svolgono attività nell'ambito di una SODNC



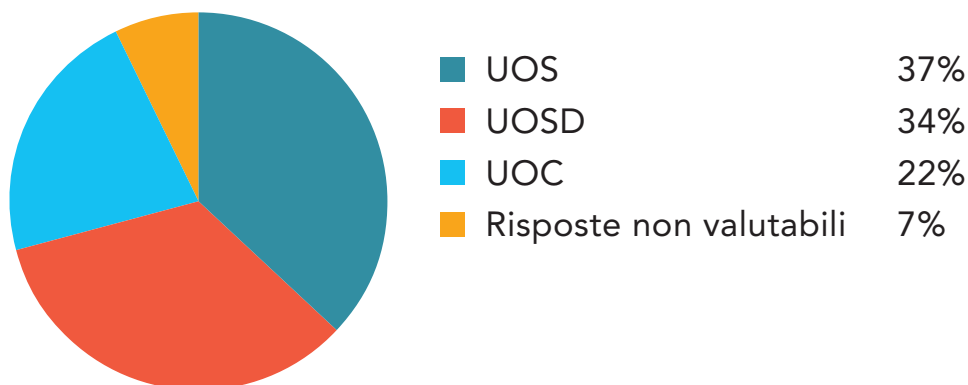
Tra questi, poi, c'è un'ampia variabilità in base alla collocazione geografica, con il 48% degli intervistati che ha riportato di lavorare in una SODNC operante nel Nord-Italia, rispetto al 35% al Centro e al 17% al Sud, e, viceversa, con il 46% degli intervistati al Sud che ha dichiarato di NON lavorare in una SODNC, rispetto al 36% al Nord e al 18% al Centro (**Figura 3**).

Figura 3. Percentuali di intervistati che dichiarano di lavorare in una SODNC (A) o di NON lavorare in una SODNC (B), distribuiti per le tre aree geografiche considerate



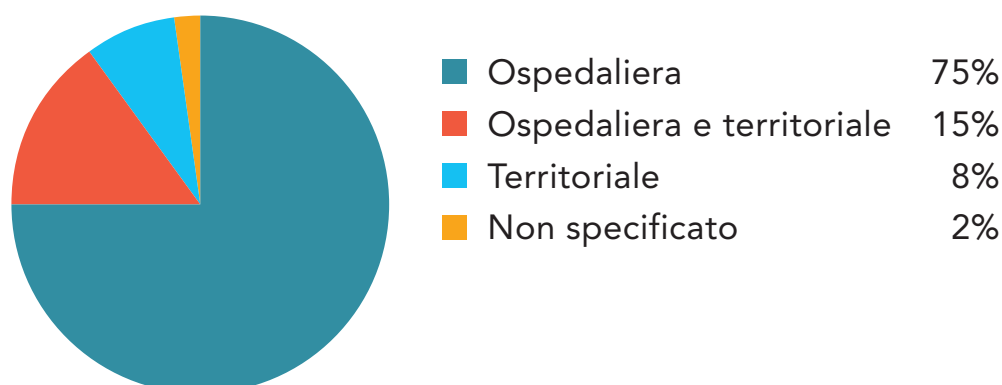
Degli intervistati che hanno dichiarato di svolgere attività di Nutrizione Clinica in una SODNC, il 37% lavora nell'ambito di una Unità Operativa Semplice (UOS), il 34% nell'ambito di una Unità Operativa Semplice Dipartimentale (UOSD) e il 22% in una Unità Operativa Complessa (UOC) (**Figura 4**).

Figura 4. Percentuale delle tipologie di strutture SODNC all'interno delle quali gli intervistati svolgono attività di Nutrizione Clinica



L'indagine ha confermato anche lo sbilanciamento della presenza dei servizi di Nutrizione Clinica negli ospedali, rispetto al territorio, con il 75% delle strutture che fa capo a nosocomi e l'8% al territorio (**Figura 5**). Questo dato spiegherebbe, in parte, la mancanza di continuità ospedale-territorio nell'ambito della Nutrizione Clinica.

Figura 5. Percentuale delle tipologie di area di intervento delle SODNC all'interno delle quali gli intervistati svolgono attività di Nutrizione Clinica



Dei 33 partecipanti che hanno riferito di svolgere attività di Nutrizione Clinica al di fuori di SODNC, quattro lavorano nell'ambito di servizi/ambulatori di diabetologia, a cui si aggiungono altri due che svolgono attività nella UOC/UOSD diabetologica. Due referenti, invece, hanno dichiarato di lavorare in UOC di Medicina Interna e Nutrizione Clinica e altri due in ambulatori di Nutrizione Clinica. I restanti partecipanti all'indagine sono dislocati in varie realtà (**Tabella 2**). Questi dati evidenziano un'eterogeneità diffusa a livello dell'attività di Nutrizione Clinica, che meriterebbe una riorganizzazione.

Tabella 2. Tipo di struttura in cui svolgono attività di Nutrizione Clinica gli intervistati che non lavorano in SODNC

DENOMINAZIONE STRUTTURA	N°
Rianimazione	2
Servizio/Ambulatorio Dietologia	4
Oncologia	1
Nefrologia	1
Pediatria	2
Onlus	1
UOC Medicina Interna e Nutrizione Clinica	2
UOC / Uosd Diabetologica	2
UO Gastroenterologia	1
Ambulatorio Nutrizione Clinica	2
Altro*	3
Ospedale	2
NR	10
TOT	33

*ALTRO: "Blocco operatorio, reparto chirurgia e territoriale libera professione"; "Lavoro sotto la Direzione Sanitaria come unico operatore della Struttura in collaborazione con un consulente esterno"; "Team nutrizionale aziendale". NR: nessuna risposta.

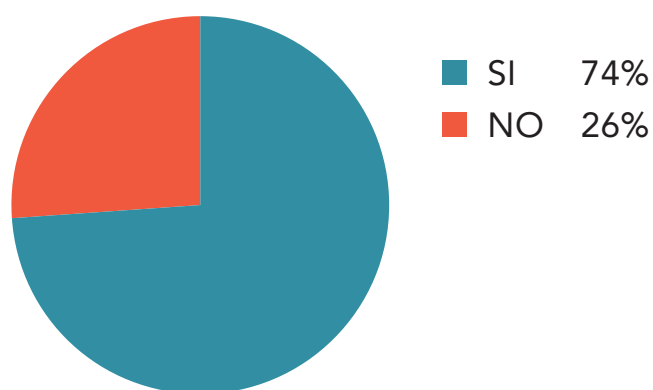
4.2 Organizzazione della struttura dove si svolge attività di nutrizione clinica

Il Consiglio d'Europa raccomanda una adeguata gestione della Nutrizione Clinica attraverso un corretto monitoraggio, l'uso di protocolli, la razionalizzazione delle risorse e la scelta dei supporti. La gestione di questa attività dovrebbe essere effettuata da un team specifico composto da varie figure professionali per arrivare alla migliore gestione del paziente a rischio di malnutrizione. La necessità di un team nutrizionale nasce anche dall'esigenza di una ottimizzazione dei percorsi diagnostici e assistenziali [1].

Un servizio di Dietologia e Nutrizione Clinica si compone almeno di due professionalità di base, che sono il medico specialista e il dietista, a cui si affiancano, a seconda dello sviluppo del servizio, operatori diversi, come personale infermieristico, ausiliario e amministrativo [1].

L'indagine ha anche evidenziato che nel 26% dei casi non esiste un documento in cui vengono precisate le funzioni e la pianta organica dell'unità operativa in cui l'intervistato presta attività (**Figura 6**).

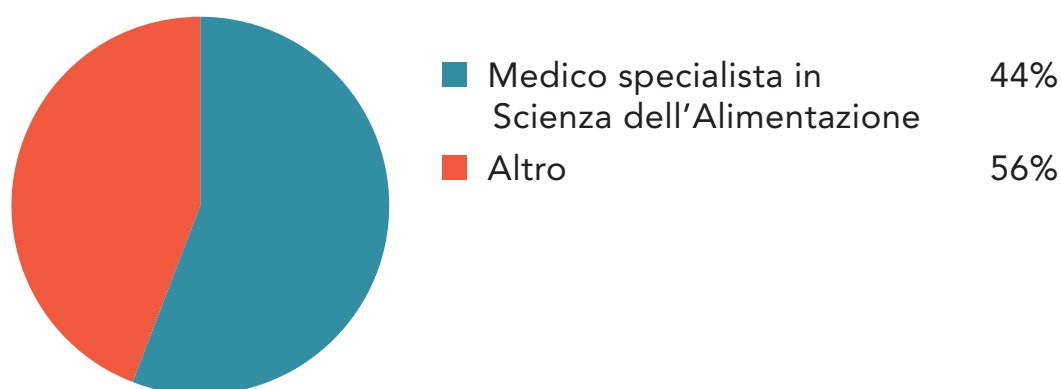
Figura 6. Percentuale di intervistati che dichiara se esista o meno un documento aziendale che precisi funzioni e pianta organica dell'Unità Operativa in cui svolge attività di Nutrizione Clinica



Il numero di strutture in cui si effettua attività di nutrizione clinica senza legittimazione aziendale, è certamente molto alto; in particolare, tra i rispondenti 'No' (10 casi) sette erano referenti ospedalieri, due territoriali e uno ospedaliero e territoriale.

Alla domanda rispetto al responsabile della struttura organizzativa, il 56% degli intervistati ha riferito che non si tratta di un medico specialista in scienza dell'alimentazione e dietetica, contro il 44% che ha risposto 'Sì' (**Figura 7**).

Figura 7. Distribuzione della Specializzazione del medico responsabile della struttura organizzativa di nutrizione clinica



Questo dato, in realtà, è prevedibile e non rilevante, vista la non istituzionalizzazione delle strutture e il fatto che la normativa considera come 'specialista' il medico che si occupa in modo continuativo di un determinato ambito per un adeguato numero di anni. Più importante, invece, è l'analisi delle risposte tra chi ha indicato che il responsabile della struttura dove opera non è un medico specialista in scienza dell'alimentazione e dietetica. In questo caso, la maggior parte dei responsabili è specialista in Anestesia e Rianimazione (n=14), ed in Medicina Interna (n=10) (**Tabella 3**).

Tabella 3. Specializzazione del responsabile della Struttura Organizzativa in cui gli intervistati svolgono attività di Nutrizione Clinica

Anestesia e Rianimazione	14
Medicina Interna	10
Chirurgia e Medicina d'urgenza	3
Endocrinologia	6
Gastroenterologia	3
Nefrologia	2
Pediatria	4
Direzione medica/sanitaria	4
Altro*	4
NR	2
TOT	52

*ALTRO: Geriatria; Microbiologia; Oncologia; Ricercatore Prof Universitario.
NR: Nessuna Risposta

Oltre al responsabile, il questionario ha indagato altre figure specifiche della Nutrizione Clinica o con funzioni amministrative presenti nell'équipe. In questo caso, 55/94 intervistati hanno dichiarato che nel team ci sono medici specialisti in Scienza dell'Alimentazione, mentre 59/94 hanno dichiarato che ci sono medici con altra specializzazione; infine, 74/94, hanno dichiarato che nel team ci sono dietisti (**Tabella 4**).

Tabella 4. Figure professionali presenti nella struttura organizzativa dove si svolge attività di Nutrizione Clinica

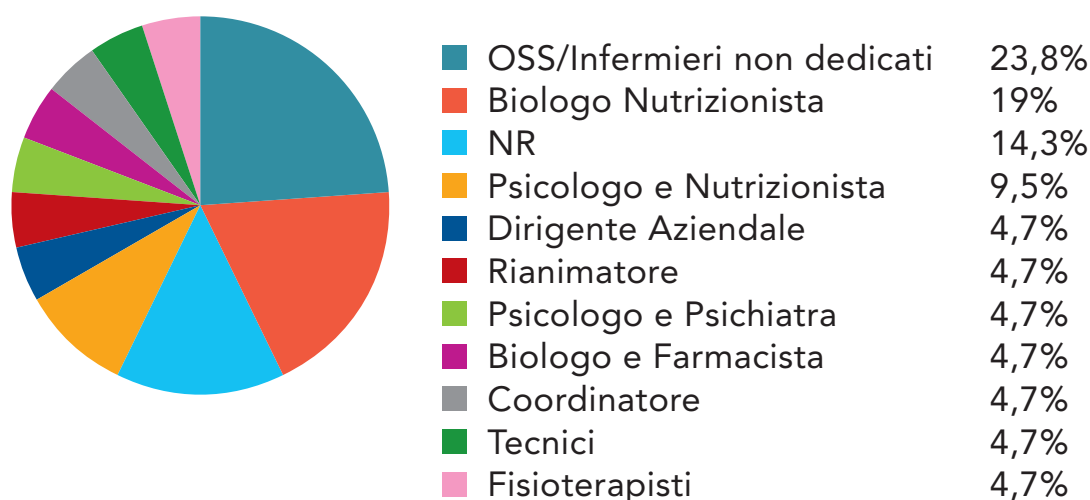
FIGURE PROFESSIONALI	SI	NO	NR	TOTALE
Medici Specialisti in Scienza dell'alimentazione	55	29	10	94
Medici con Altra Specializzazione	59	17	18	94
Dietisti	74	10	10	94
Infermieri Dedicati	52	21	21	94
Personale Amministrativo	32	36	26	94
Altro Personale Sanitario	21	36	37	94

NR: nessuna risposta

Tra le dieci strutture che NON hanno dietisti nei team, 8/10 sono previste da documento aziendale, 2/10 hanno medici specialisti in Scienza dell'Alimentazione, 6/10 hanno infermieri dedicati e 8/10 hanno medici con altra specializzazione.-

Infine, sempre a livello di organizzazione delle strutture, alla domanda su altre figure professionali presenti nei team multidisciplinari, il 23,8% ha dichiarato che sono presenti OSS/infermieri, il 19% biologi nutrizionisti, mentre il 14,3% non ha risposto (**Figura 8**).

Figura 8. Figure professionali presenti nella Struttura Organizzativa dove gli intervistati svolgono attività clinica

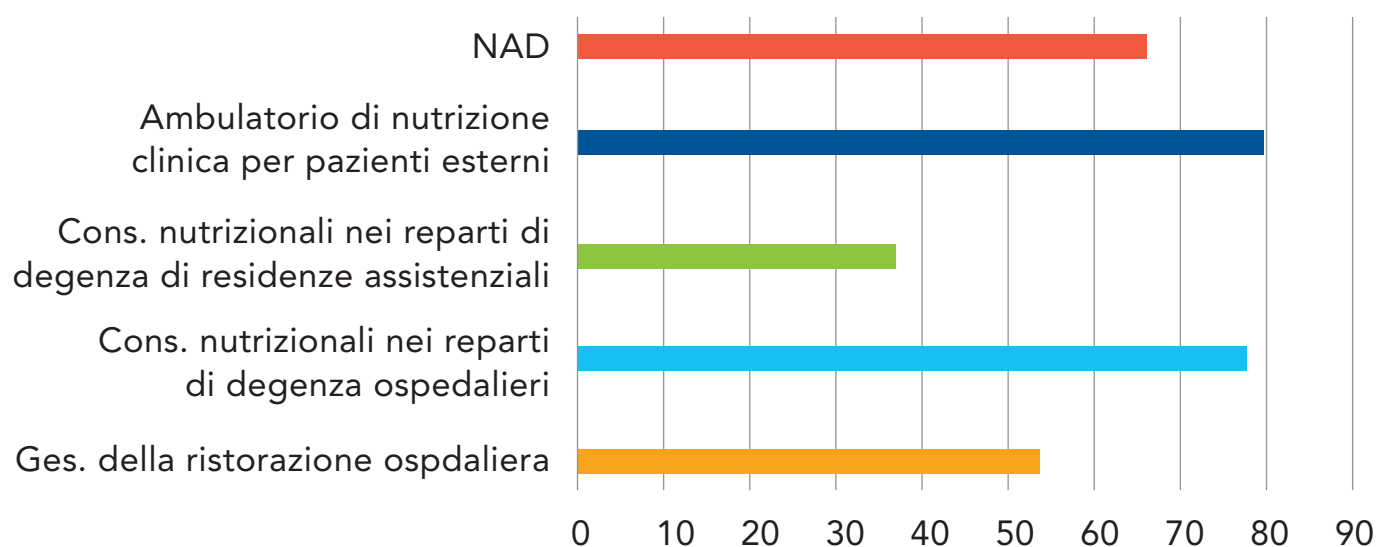


4.3 Attività svolte nella struttura organizzativa che si occupa di nutrizione clinica

Gli ambiti di attività delle strutture che si occupano di Nutrizione Clinica sono diversi e legati alle due aree di interesse: ospedale e territorio [1]. Nello specifico, a livello ospedaliero è richiesta la consulenza e la presa in carico dei pazienti in regime di degenza, ma anche la consulenza senza presa in carico di pazienti affetti da malnutrizione o da patologie in cui la dieta riveste valenza terapeutica [1]. C'è, poi, l'attività di Day Hospital, con la gestione di pazienti che necessitano di trattamento nutrizionale intermittente o riabilitativo e la gestione delle complicanze della nutrizione artificiale, e l'attività di degenza ordinaria, con la gestione diretta di pazienti con problematiche nutrizionali di altre specialità. Sempre a livello ospedaliero, il servizio che svolge attività di Nutrizione Clinica dovrebbe gestire ambulatori specialistici generali o dedicati a singole patologie e alla diagnostica della malnutrizione [1]. Sul territorio, l'attività si svolge attraverso visite domiciliari per pazienti malnutriti, visite per pazienti in Nutrizione Artificiale Domiciliare non trasportabili, referenza organizzativa per persone in RSA e ADI e programmi di prevenzione, in collaborazione con i servizi territoriali [1].

I questionari messi a punto hanno indagato la tipologia delle attività svolte. Le attività più presenti sono l'ambulatorio di Nutrizione Clinica in 80/93 strutture, e le consulenze nutrizionali presso i reparti di degenza ospedalieri svolte da 78/93 strutture. La gestione della Nutrizione Artificiale Domiciliare (NAD) viene svolta da 66/93 strutture, poco più di una struttura su due si occupa della gestione della ristorazione ospedaliera e quasi una su tre delle consulenze presso le residenze sanitarie assistenziali (**Figura 9**).

Figura 9. Attività svolte dalla struttura organizzativa che si occupa di Nutrizione Clinica

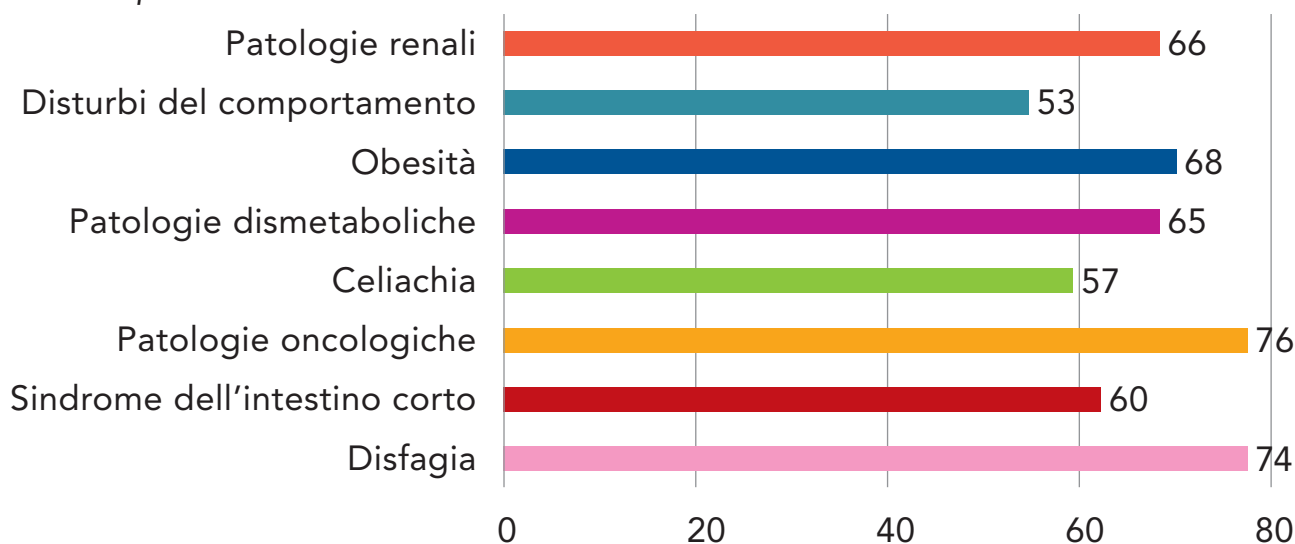


Nel considerare le risposte multiple, inoltre, è emerso che 20 strutture erogano tutti e cinque i servizi e 17 li erogano tutti, tranne le consulenze alle RSA. Quattro strutture, invece, hanno solo un ambulatorio di nutrizione clinica per pazienti esterni.

Questi dati portano a conclusioni preoccupanti, soprattutto considerata la collocazione delle strutture. Trattandosi di attività di Nutrizione Clinica svolte prevalentemente in ambito ospedaliero, infatti, non è giustificabile l'assenza di intervento sulla gestione della ristorazione ospedaliera, di attività di consulenza nei reparti, di attività ambulatoriale per pazienti esterni. La mancanza di un documento aziendale che identifichi la struttura e le sue funzioni potrebbe pesare su questa situazione e determinare un orientamento dell'attività del servizio di Nutrizione Clinica sulla base delle preferenze e dell'estrazione professionale degli operatori.

Alla domanda sulle patologie trattate dagli ambulatori di Nutrizione Clinica coinvolti nell'indagine, infine, su 80 intervistati che hanno dichiarato di aver implementato un ambulatorio di questo tipo, 76 si occupano di oncologia e 74 di disfagia. Meno frequentemente, invece, vengono trattati i disturbi del comportamento alimentare, 53/80, e la celiachia, 57/80 (**Figura 10**).

Figura 10. *Patologie cui è rivolto l'ambulatorio di Nutrizione Clinica, nelle 80 strutture in cui è presente*



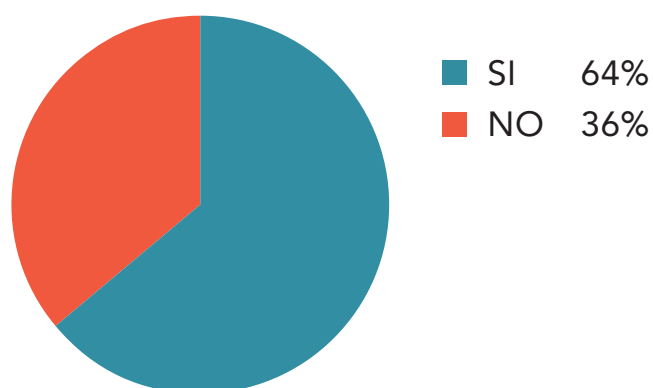
Esaminando in dettaglio le risposte accoppiate, per ogni struttura è emerso che solo 15/80 ambulatori si occupano di tutte le patologie indicate; anche in questo caso, il dato è preoccupante, con uno sbilanciamento delle attività verso i pazienti con patologie oncologiche a discapito di altri aspetti della Nutrizione Clinica, con il rischio di una dispersione delle risorse.

4.4 Nutrizione Artificiale Domiciliare (NAD)

Secondo le linee d'indirizzo del Ministero è necessaria, a livello di reparto, una precoce identificazione del soggetto a rischi di malnutrizione con successiva segnalazione al medico specialista in Scienza dell'Alimentazione; questi indicherà il tipo di intervento nutrizionale da attuare in ospedale e predisporrà la terapia dietetico-nutrizionale da seguire al domicilio [5, 6]. Le politiche assistenziali a livello europeo sono caratterizzate dalla rilevanza attribuita al criterio di domiciliarità, sia per l'aumento esponenziale della popolazione anziana che per la necessità di tenere sotto controllo la spesa pubblica [5, 6]. Come evidenziato dalle linee di indirizzo, nella progettazione del servizio di ristorazione collettiva extraospedaliera deve essere coinvolta la Struttura di Dietetica e Nutrizione Clinica, che in ambito territoriale può elaborare il dietetico, formare il personale su tematiche quali dietoterapia e malnutrizione e può occuparsi di Nutrizione Artificiale, sia a livello di elaborazione ed aggiudicazione del capitolato di appalto che a livello di prescrizione e monitoraggio della NAD [5, 6].

Alle strutture che svolgono attività di Nutrizione Clinica in Italia e in cui sia prevista la gestione della Nutrizione Artificiale Domiciliare, è stato chiesto se vengono effettuate valutazioni nutrizionali domiciliari per i pazienti non trasportabili. Hanno risposto in modo affermativo 42 intervistati su 66 (**Figura 11**).

Figura 11. Percentuale di strutture che esegue valutazioni nutrizionali domiciliari per i pazienti non trasportabili



La distribuzione geografica delle strutture che si occupano di attività di Nutrizione Clinica e che NON effettuano valutazioni nutrizionali domiciliari è molto variabile (**Tabella 5**) e conferma la disomogeneità nell'accesso all'assistenza non solo tra le varie Regioni, ma anche all'interno della stessa Regione.

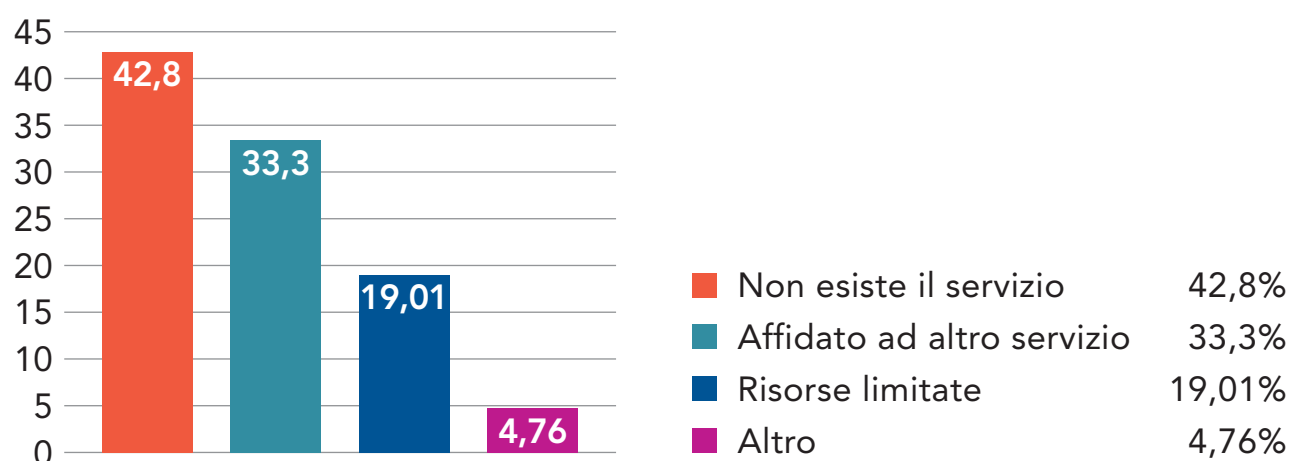
Tabella 5. Distribuzione tra le Regioni delle strutture che si occupano di attività di Nutrizione Clinica e che NON effettuano valutazioni nutrizionali domiciliari

REGIONI	Numero strutture che non effettuano NAD/numero strutture in cui è prevista	TOTALE STRUTTURE CENSITE
Trentino Alto Adige	1/3	3
Toscana	1/5	8
Puglia	2/2	6
Piemonte	2/12	14
Marche	1/3	3
Lombardia	6/8	8
Liguria	2/3	3
Lazio	3/7	13
Friuli Venezia Giulia	1/3	3
Emilia Romagna	1/2	4
Campania	3/9	11
Basilicata	1/1	1
TOT	24/58	77

Nota: Nella Tabella non sono riportate le Regioni dove operano una o due strutture dove si esegue la valutazione nutrizionale domiciliare (Calabria, Molise, Sardegna, Sicilia, Umbria, Veneto e Valle d'Aosta)

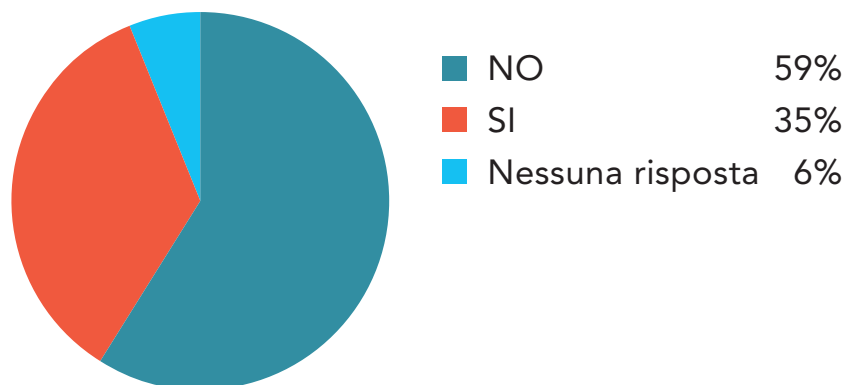
Alla richiesta di motivazioni sul perché non vengano effettuate valutazioni nutrizionali domiciliari per i pazienti non trasportabili, su 21 intervistati, il 42,8% ha dichiarato che non esiste il servizio e il 33,3% che l'attività è affidata ad un altro servizio (Figura 12).

Figura 12. Motivazioni per cui NON vengono effettuate valutazioni nutrizionali domiciliari per i pazienti non trasportabili, nel caso sia prevista la gestione della NAD



Alla domanda riguardo l'utilizzo di strumenti di telemedicina, 33/94 intervistati hanno dichiarato di utilizzarli, mentre 55/94 hanno risposto "No" (**Figura 13**).

Figura 13. Percentuale di professionisti che usano o meno gli strumenti di telemedicina per i pazienti domiciliari



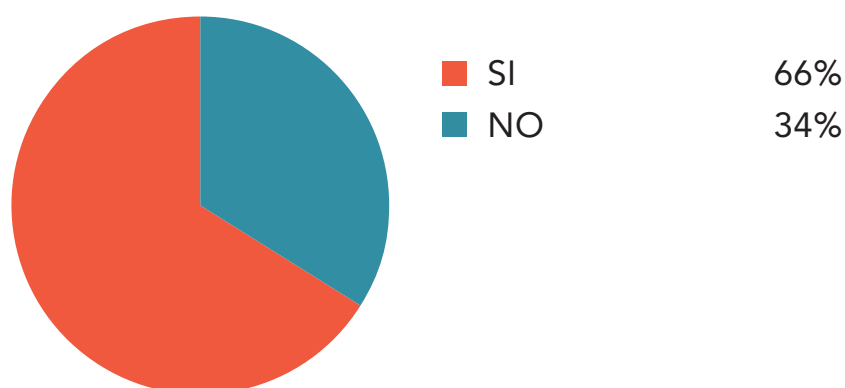
Il fatto che la maggioranza (55 su 94) abbia risposto negativamente è indicativo di uno scarso utilizzo della telemedicina nell'ambito della Nutrizione Artificiale Domiciliare. La telemedicina rappresenta una potente risorsa per migliorare l'efficacia e l'accessibilità dei servizi di assistenza sanitaria a distanza, in quanto consente la consulenza ed il monitoraggio dei pazienti attraverso l'uso delle tecnologie digitali. Nell'ambito della Nutrizione Artificiale Domiciliare, l'utilizzo della telemedicina potrebbe portare numerosi vantaggi, tra cui una gestione più efficiente delle terapie nutrizionali, una migliore comunicazione tra il paziente e il team di assistenza sanitaria, nonché una riduzione degli spostamenti e dei costi per i pazienti.

4.5 Coinvolgimento delle strutture dove si svolge attività di nutrizione clinica nelle gare e risorse umane e logistiche

Sia a livello ospedaliero che a livello territoriale, le strutture che si occupano di attività di Nutrizione Clinica dovrebbero fungere anche da referenti organizzativi per gli Enti cui appartengono [1]. In questo senso, chi si occupa di Nutrizione Clinica in ospedale dovrebbe anche partecipare a commissioni per la stesura di capitolati di gara per il servizio di ristorazione e per l'acquisizione di prodotti, attrezzature e presidi per la nutrizione artificiale [1].

Delle 94 strutture censite, 62 sono coinvolte in questo tipo di attività e 32 ne sono escluse (Figura 14).

Figura 14. Percentuali di strutture che erogano il servizio di Nutrizione Clinica coinvolte o meno in gare e/o capitolati su prodotti e presidi inerenti all'attività



Questo dato è indicativo di una situazione in cui un terzo delle strutture non dispone della possibilità di valutare i prodotti utilizzati, e ciò suscita notevoli perplessità riguardo alle scelte organizzative delle aziende sanitarie e al ruolo del nutrizionista clinico. L'orientamento sempre più incentrato sugli aspetti economici nelle valutazioni di gara può comportare un rischio di compromettere la qualità dei prodotti utilizzati per la nutrizione clinica.

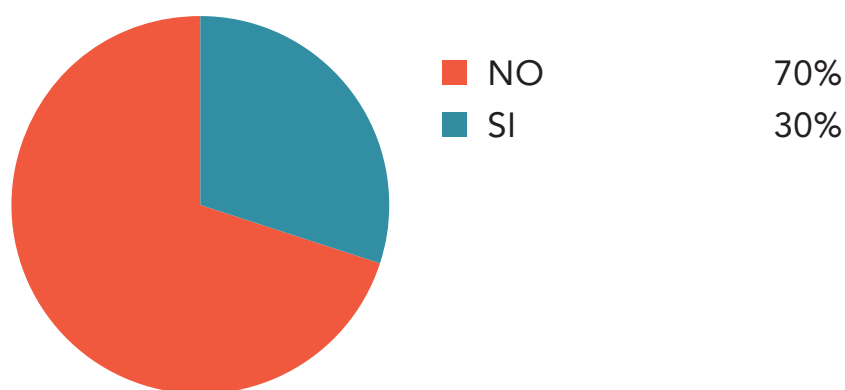
In pratica una struttura su tre non può fare nessun tipo di valutazione qualitativa inerente le forniture per il dietetico ospedaliero, le miscele per nutrizione artificiale e i supplementi nutrizionali orali. Questo evidenzia che le scelte organizzative delle aziende sanitarie vanno sempre più verso una valutazione di gara orientata sugli aspetti economici, a discapito della qualità dei prodotti; aspetto su cui può vigilare solo il nutrizionista clinico.

Altri aspetti analizzati dall'indagine hanno riguardato personale e logistica.

Dei 94 intervistati, 66 hanno dichiarato di NON avere sufficienti risorse umane e logistiche per soddisfare la richiesta di prestazioni assistenziali (Figura 15). La mancanza

di risorse umane e logistiche adeguate può avere un impatto significativo sulla capacità delle strutture di fornire assistenza di qualità ai pazienti che necessitano di terapie nutrizionali specifiche. La carenza di personale può comportare un sovraccarico di lavoro per gli operatori sanitari in organico, limitando la disponibilità di tempo e risorse per garantire un'assistenza adeguata a tutti i pazienti.

Figura 15. Percentuale di intervistati che ritiene che nella struttura dove si svolge attività di Nutrizione Clinica ci siano o meno risorse umane e logistiche sufficienti a soddisfare la richiesta di prestazioni assistenziali



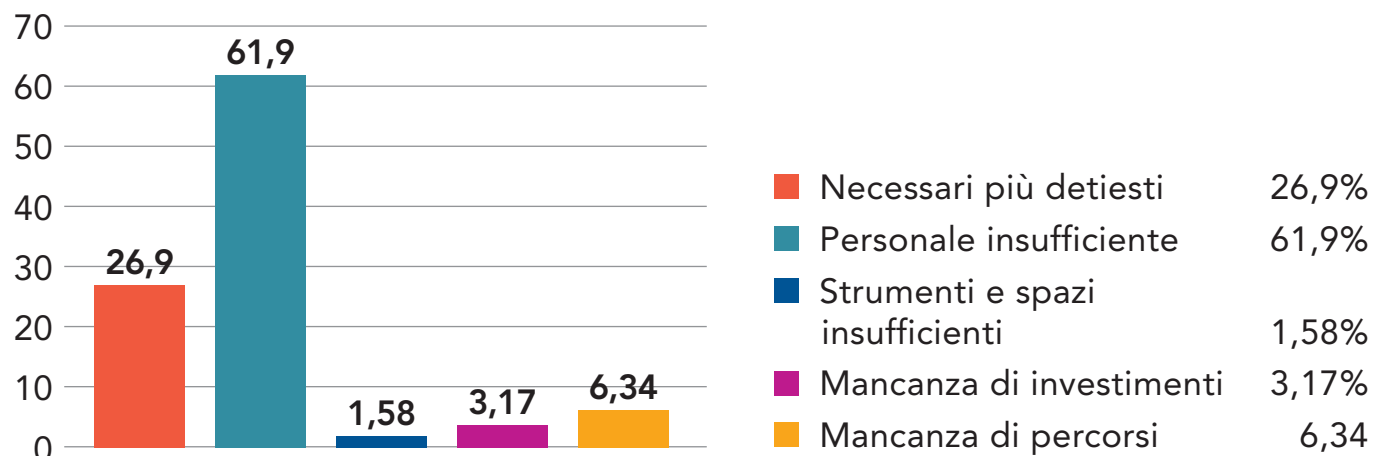
Le 28 strutture che si definiscono soddisfatte dalle risorse umane e logistiche svolgono, quasi tutte, attività di gestione della Nutrizione Artificiale Domiciliare; 22 hanno un ambulatorio di Nutrizione Clinica per i pazienti esterni e 21 svolgono consulenze per i reparti di degenza ospedalieri (**Tabella 6**).

Tabella 6. Attività svolte dalle strutture che si occupano di Nutrizione Clinica e che si ritengono "soddisfatte" delle risorse umane e logistiche disponibili

Gestione della ristorazione ospedaliera	18/28
Consulenze nutrizionali presso i reparti di degenza ospedalieri	21/28
Consulenze nutrizionali presso le Residenze Sanitarie Assistenziali	16/28
Ambulatorio di Nutrizione Clinica per pazienti esterni	22/28
Gestione della nutrizione artificiale domiciliare (NAD)	26/28

Viceversa, tra le 66 strutture che non sono soddisfatte, oltre il 60% lamenta carenza di personale e più di uno su quattro dichiara di aver bisogno di più dietisti (**Figura 16**).

Figura 16. Motivazioni per cui si ritiene che le risorse umane e logistiche a disposizione delle strutture che svolgono attività clinica **NON** siano sufficienti a soddisfare la richiesta di prestazioni assistenziali



5. CONCLUSIONI

L'analisi condotta dal gruppo di lavoro ha prodotto una mappatura delle Unità di Nutrizione Clinica presenti in Italia con la classificazione dei servizi essenziali forniti.

Dal punto di vista geografico, è emersa una **disomogeneità** nella distribuzione delle **strutture che svolgono attività di nutrizione clinica**, con regioni virtuose come il Piemonte, che conta 14 strutture dedicate a questa attività, e regioni, come la Sicilia che, pur avendo una popolazione assistita paragonabile come numerosità, ne annovera solo tre. Questa distribuzione asimmetrica potrebbe essere attribuita a diversi fattori socio-economici, demografici e sanitari che caratterizzano le diverse regioni italiane, tra questi:

- **sviluppo economico**, il Nord Italia è generalmente considerato la regione più sviluppata dal punto di vista economico, con maggiori opportunità di investimento e risorse disponibili;
- **densità di popolazione**, le regioni del Nord Italia hanno una maggiore densità di popolazione rispetto al Centro e al Sud, per cui un maggior numero di strutture di dietetica e nutrizione clinica potrebbero essere necessarie per rispondere alle esigenze della popolazione;
- **disparità di risorse e infrastrutture sanitarie**, il Sud Italia ha tradizionalmente affrontato sfide socio-economiche e sanitarie, tra cui una minore disponibilità di risorse e infrastrutture sanitarie avanzate e questo potrebbe limitare la presenza di strutture specializzate di dietetica e nutrizione clinica.

La disomogeneità territoriale si riflette anche nella diversa distribuzione delle Unità Operative di Nutrizione Clinica: infatti, il 64% dei nutrizionisti clinici svolge la sua attività in una SODNC e la maggioranza di queste è allocata nel Nord Italia. Il dato che il 37% dei nutrizionisti clinici svolga la sua attività nell'ambito di una UOS, il 34% nell'ambito di una UOSD e il 22% in una UOC riflette la varietà della tipologia e della valenza aziendale delle strutture organizzative presenti nel campo della Nutrizione Clinica.

Per colmare questa disomogeneità territoriale, che comporta una diversa possibilità di accesso dei pazienti ai servizi e alle prestazioni, sarebbe opportuno **promuovere una distribuzione più equa delle risorse e delle strutture specializzate**, attraverso la creazione di nuove strutture nelle regioni in cui si evidenzia una carenza di servizi e professionalità specifiche.

Uno degli aspetti che è possibile rilevare dall'analisi dei dati è un evidente sbilanciamento nella distribuzione dei servizi di Nutrizione Clinica tra gli ospedali e il territorio, con una carenza di strutture territoriali, che potrebbe condizionare una mancanza di continuità assistenziale tra ospedale e territorio con una minore efficacia della presa in carico domiciliare per quei pazienti che vengano dimessi con prescrizioni dietetiche, o con una prescrizione di supplementi nutrizionali orali o un piano di nutrizione artificiale domiciliare.

Tra le strutture valutate **una su quattro non dispone di un documento aziendale** in cui vengano precisate le funzioni e la pianta organica dell'unità operativa. Questo dato evidenzia una carenza di legittimazione aziendale in molte realtà che svolgono attività di nutrizione clinica.

La mancanza di un documento formale che delinei le funzioni e la struttura organizzativa dell'unità operativa può condizionare l'efficacia e l'efficienza del servizio. Senza una chiara definizione dei ruoli e delle responsabilità all'interno dell'unità, possono verificarsi ambiguità e confusione nell'assegnazione dei compiti, nella gestione delle risorse e nella collaborazione tra i membri del team. Inoltre, l'assenza di una legittimazione aziendale può influire negativamente sulla "valenza" data alla nutrizione clinica come disciplina e sulla disponibilità delle risorse necessarie per svolgere le attività in modo adeguato.

È necessario che le Aziende Sanitarie strutturino i Servizi di Nutrizione Clinica secondo uno standard basato su una normativa nazionale/regionale che preveda chiaramente le funzioni, la dotazione organica e le linee guida operative.

Per quel che riguarda **la figura del responsabile delle Unità operative di nutrizione clinica**, dal questionario è emerso che in oltre il 50% dei casi **non si tratta di un medico specialista in Scienza dell'Alimentazione** un dato prevedibile vista la frequente non istituzionalizzazione delle strutture e il fatto che la normativa considera come specialista il anche medico specialista in disciplina equipollente che si sia occupato in modo continuativo di un determinato ambito per un adeguato numero di anni. Pur riconoscendo l'importanza di una consolidata esperienza in ambito nutrizionale, che possono possedere anche medici di altra estrazione specialistica, va sottolineato che la mancanza di medici specialisti in Scienza dell'Alimentazione e Dietetica alla guida delle Unità Operative di nutrizione clinica potrebbe influire sulla qualità e sull'efficacia delle prestazioni offerte. I medici specializzati in Scienza dell'Alimentazione e Dietetica hanno, infatti, una formazione specifica e approfondita, che li rende particolarmente adatti a gestire le complesse esigenze nutrizionali dei pazienti. E' auspicabile che nel prossimo futuro i responsabili delle Unità di Nutrizione Clinica siano sempre più reclutati tra i medici specialisti in Scienza dell'Alimentazione, o in discipline equipollenti, e comunque sempre con comprovata esperienza nel campo, considerata la notevole complessità clinica (insufficienze d'organo, comorbidità, fragilità, ecc) dei pazienti che necessitano di essere inseriti nei percorsi di Nutrizione Clinica.

Altro dato emerso dal questionario, che potrebbe essere oggetto di riflessione, è l'assenza della figura del dietista nel team di nutrizione clinica in 10/94 strutture; peraltro, 8 di queste strutture sono previste e organizzate sulla base di un documento aziendale. I dietisti sono professionisti con una formazione specifica sui temi nutrizionali che possono fornire un'ampia gamma di servizi, tra cui la valutazione dello stato nutrizionale, la pianificazione dietetica personalizzata e la consulenza nutrizionale.

Per quel che riguarda le attività svolte nell'ambito delle strutture che si occupano di Nutrizione Clinica, **l'assenza di intervento sulla gestione della ristorazione ospedaliera, la mancanza di attività di consulenza nei reparti e di attività ambulatoriale per pazienti esterni** sono rilievi molto sorprendenti che, in parte, potrebbero essere spiegati con la mancanza di un documento aziendale che identifichi la struttura e ne qualifichi le funzioni, e con il conseguente orientamento dell'attività del servizio sulla base delle preferenze e dell'estrazione professionale degli operatori.

Altrettanto sorprendente è il dato sulle patologie gestite negli ambulatori; solo in 15 casi su 80 vengono coperte tutte le aree di competenza della Nutrizione Clinica, con un prevedibile e giustificabile sbilanciamento verso la patologia oncologica che in alcuni casi sembrerebbe portare ad una minore attenzione nei confronti di altri pazienti. La **Nutrizione Artificiale Domiciliare (NAD)** è offerta **in poco più della metà delle strutture** con una disomogeneità nelle possibilità di accesso a questo servizio confermata non solo tra le varie regioni, ma anche all'interno della stessa regione.

A questo dato si aggiunge lo scarso ricorso alla telemedicina che soprattutto nel contesto NAD, potrebbe costituire un grande valore aggiunto perché permetterebbe un alleggerimento del carico operativo dei servizi soprattutto in relazione al controllo e monitoraggio periodico dello stato nutrizionale.

Altrettanto di rilievo, infine, è il fatto che **una struttura su tre non possa fare nessun tipo di valutazione sulla scelta dei prodotti** che utilizza, a causa dell'assenza di nutrizionisti nei comitati tecnici che intervengono nelle gare di appalto relative alla ristorazione ospedaliera e all'acquisizione dei supplementi nutrizionali orali e delle miscele per nutrizione enterale e parenterale. Questo dato solleva importanti perplessità sul ruolo che le Aziende Sanitarie sembrerebbero ritagliare per il nutrizionista clinico, unica figura all'interno delle commissioni di gara in grado di valutare la "qualità" e l'adeguatezza nutrizionale dei prodotti in gara, che, di fatto, viene sacrificata nell'ottica di una valutazione sempre più incentrata sugli aspetti economici.

6. POTENZIALI PUNTI DI INTERVENTO

I dati emersi dai questionari hanno confermato elementi di criticità già noti agli addetti ai lavori, che attengono principalmente ad aspetti organizzativi, su cui è necessario intervenire con azioni correttive di competenza, a seconda del livello di intervento, dello Stato, delle Regioni e delle singole Aziende.

Di seguito alcune possibili direzioni di intervento.

- **Equità nella distribuzione geografica:** considerando la disparità nella distribuzione delle strutture di dietetica e nutrizione clinica tra le diverse regioni italiane, è importante promuovere una distribuzione più equa delle risorse e delle strutture specialistiche.
- **Standardizzare la composizione e le funzioni delle Strutture Organizzative:** è necessaria una legge quadro nazionale che raccolga le indicazioni ripetutamente fornite negli anni dalle principali Società Scientifiche di Nutrizione Clinica, e che precisi organigramma minimo, funzioni, attività e responsabilità all'interno delle strutture di Nutrizione Clinica. Un ulteriore documento Regionale/Aziendale potrà delineare gli obiettivi, le procedure operative, gli indicatori di qualità e di risultato e le linee guida da seguire.
- **Incrementare le attività di Nutrizione Artificiale Domiciliare:** la Nutrizione Artificiale Domiciliare costituisce un importante "valore aggiunto" sia per i pazienti che per le Aziende Sanitarie, in quanto non solo "porta" presso il domicilio del paziente una terapia molto complessa attuandone una sorta di "demedicalizzazione", ma assicura anche una deospedalizzazione precoce che riduce notevolmente i costi.
- **Potenziare le attività inerenti alla gestione della ristorazione ospedaliera:** le Strutture Organizzative di Nutrizione Clinica devono presidiare questo aspetto del ricovero, sensibilizzando gli operatori dei vari reparti sull'importanza del momento del pasto in ospedale e segnalando come un corretto uso del dietetico ospedaliero costituisca la prima "terapia nutrizionale" per il paziente.
- **Espandere le consulenze presso le residenze sanitarie assistenziali:** le consulenze nutrizionali presso le residenze sanitarie assistenziali possono svolgere un ruolo chiave nel fornire una corretta alimentazione e nutrizione ai pazienti anziani o con condizioni di salute complesse.
- **Consulenze nei reparti:** è importante garantire una consulenza nutrizionale all'interno dei reparti ospedalieri. Un'assidua presenza consentirebbe una presa in carico nutrizionale tempestiva dei pazienti e la prescrizione di una dieta o di una fortificazione/supplementazione personalizzata sulle specifiche esigenze cliniche.
- **Attività ambulatoriali:** l'attività ambulatoriale per i pazienti esterni, deve essere routinaria per tutte le Strutture di Nutrizione Clinica, in modo da offrire un riferimento clinico costante per coloro che necessitano di cure nutrizionali specifiche al di fuori dell'ambiente ospedaliero.

-
- **Formazione dei professionisti:** è essenziale garantire una formazione adeguata e un aggiornamento continuo al personale coinvolto nelle attività di Nutrizione Clinica. soprattutto in considerazione del debito formativo iniziale legato alla completa assenza di tematiche nutrizionali nei corsi di formazione universitaria per medici e infermieri.-
 - **Utilizzo della telemedicina:** considerando l'efficacia potenziale della telemedicina nell'ambito della Nutrizione Artificiale Domiciliare, è consigliabile promuoverne l'utilizzo nelle strutture che si occupano di Nutrizione Clinica. L'implementazione di strumenti di telemedicina consentirebbe la consulenza e il monitoraggio a distanza dei pazienti, migliorando l'accessibilità e la continuità delle cure.
 - **Consapevolezza pubblica:** sensibilizzare il pubblico sull'importanza della nutrizione clinica e dell'accesso ai servizi specialistici potrebbe indurre non solo a una maggiore espressione dei "bisogni nutrizionali", ma potrebbe anche determinare una maggiore consapevolezza del valore delle corrette abitudini alimentari e di un buono stato nutrizionale come determinanti di salute.

L'implementazione di queste azioni garantirebbe lo sviluppo e il miglioramento qualitativo delle prestazioni delle strutture di Nutrizione Clinica.

L'obiettivo finale è assicurare un'assistenza nutrizionale completa, caratterizzata da precisi standard qualitativi, accessibile allo stesso modo per tutti i cittadini italiani sia durante il ricovero ospedaliero che nel contesto domiciliare.

7. RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- [1] Amerio M. L., Domenicon D. Position Paper: Ruolo delle strutture di dietetica e nutrizione clinica. ADI Magazine 21-10-2010 (49-53).
- [2] Fogli di Roma. Presente e Futuro della Nutrizione Clinica in Italia. Il Sole 24 sanità. ISSN 15900096.
<http://www.sinuc.it/public/files/20190906-SANITA——.pdf>
- [3] Ministero della Salute. Linee di indirizzo sui percorsi nutrizionali dei pazienti oncologici. Documento approvato in sede di Conferenza Stato Regioni, con Accordo (Rep. Atti n. 224/CSR) del 14/12/2017.
https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2682_allegato.pdf
- [4] Pradelli L, Zaniolo O, Sanfilippo A, Lezo A, Riso S, Zanetti M. Prevalence and economic cost of malnutrition in Italy: A systematic review and metanalysis from the Italian Society of Artificial Nutrition and Metabolism (SINPE). Nutrition. 2023; 108:111943.
- [5] Ministero della Salute. Linee di indirizzo nazionale per la ristorazione ospedaliera e assistenziale, approvate in Conferenza Stato-Regioni il 16 dicembre 2010 e pubblicate in G.U. n. 37 del 15 febbraio 2011.
https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1435_allegato.pdf
- [6] Ministero della Salute. Linee di indirizzo nazionale per la ristorazione ospedaliera, assistenziale e scolastica.
https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3141_allegato.pdf
- [7] Federazione Nazionale Ordini TSRM PSTRP. Competenze professionali del Dietista. Documento di posizionamento.
<https://www.tsrp-pstrp.org/wp-content/uploads/2021/06/Parere-competenze-professionali-del-Dietista.pdf>

SINuC

SOCIETÀ ITALIANA
DI NUTRIZIONE CLINICA E METABOLISMO

Viale Maresciallo Pilsudski, 118 • 00197 Roma
E-mail segreteria@sinuc.it • Web www.sinuc.it