

LA NUTRIZIONE AL CENTRO DELLA RETE DI CURA

Dialogo tra ospedale
e territorio.



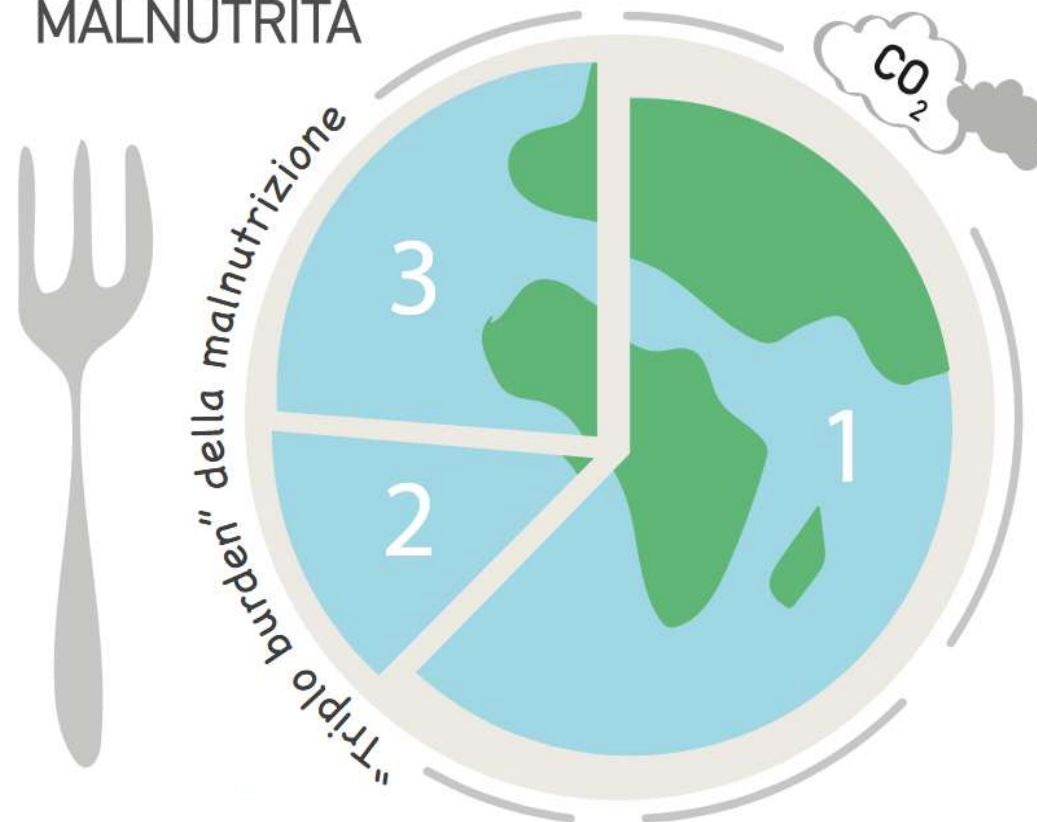
18 APRILE

LA MALNUTRIZIONE PER DIFETTO STRUMENTI PRATICI PER RICONOSCERLA E INTERVENIRE PRECOCEMENTE

DOTT.SSA ELENA LENTA
COORDINATRICE DIETISTA
SC NUTRIZIONE CLINICA, ASL CN2

TRIPLO BURDEN DELLA MALNUTRIZIONE

1 persona su 3 è MALNUTRITA



1

MALNUTRIZIONE PER ECCESSO⁽⁹⁾

>670 milioni di adulti
>120 milioni di giovani tra i 5 e i 19 anni



sono **OBESI**

40 milioni di bambini sono in **SOVRAPPESO**

2

MALNUTRIZIONE PER DIFETTO⁽⁹⁾

>800 milioni di persone soffrono la **FAME**



149 milioni di bambini sotto i 5 anni soffrono di **RACHITISMO**

49 milioni di bambini sono **DEPERITI**

MALNUTRIZIONE PER CARENZA DI MICRONUTRIENTI (tra cui ferro, Vit. B12 e zinco)

Le patologie incidono su tutto il mondo

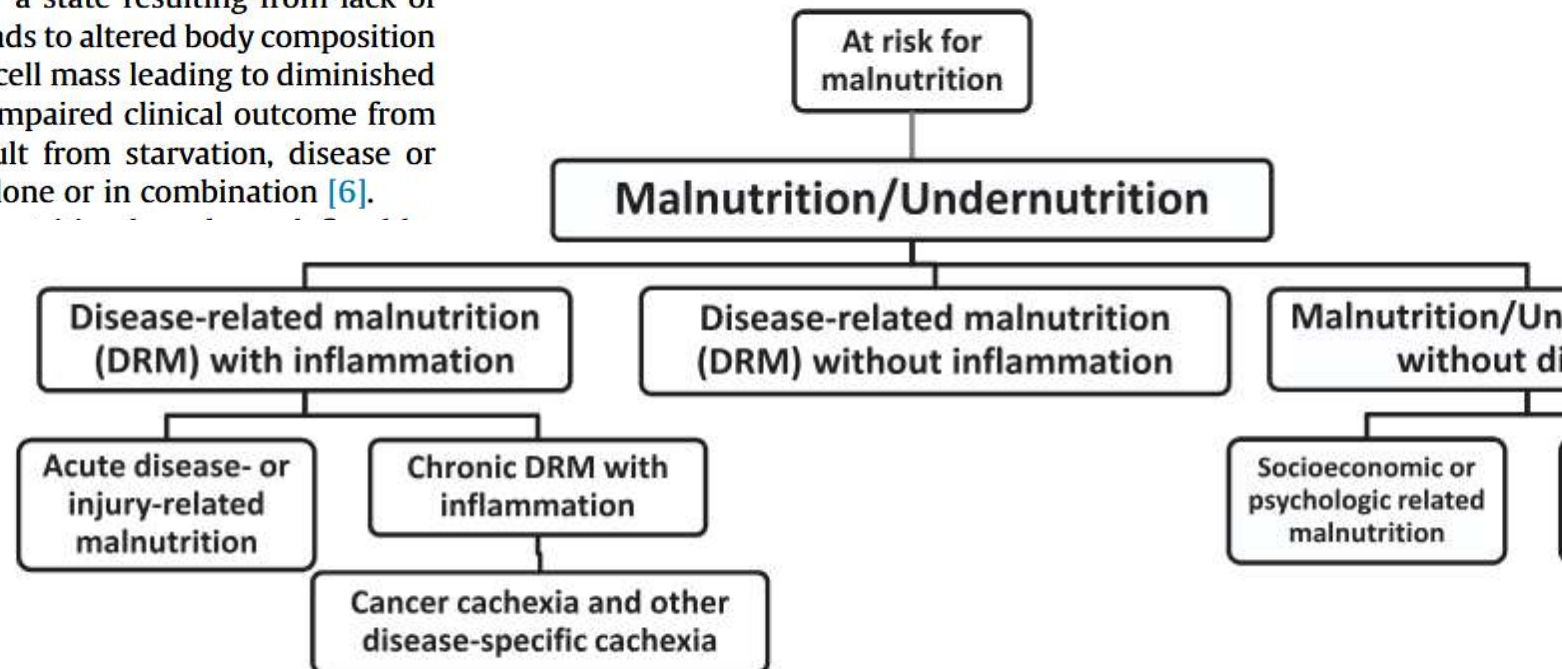
2000

MALNUTRIZIONE PER DIFETTO

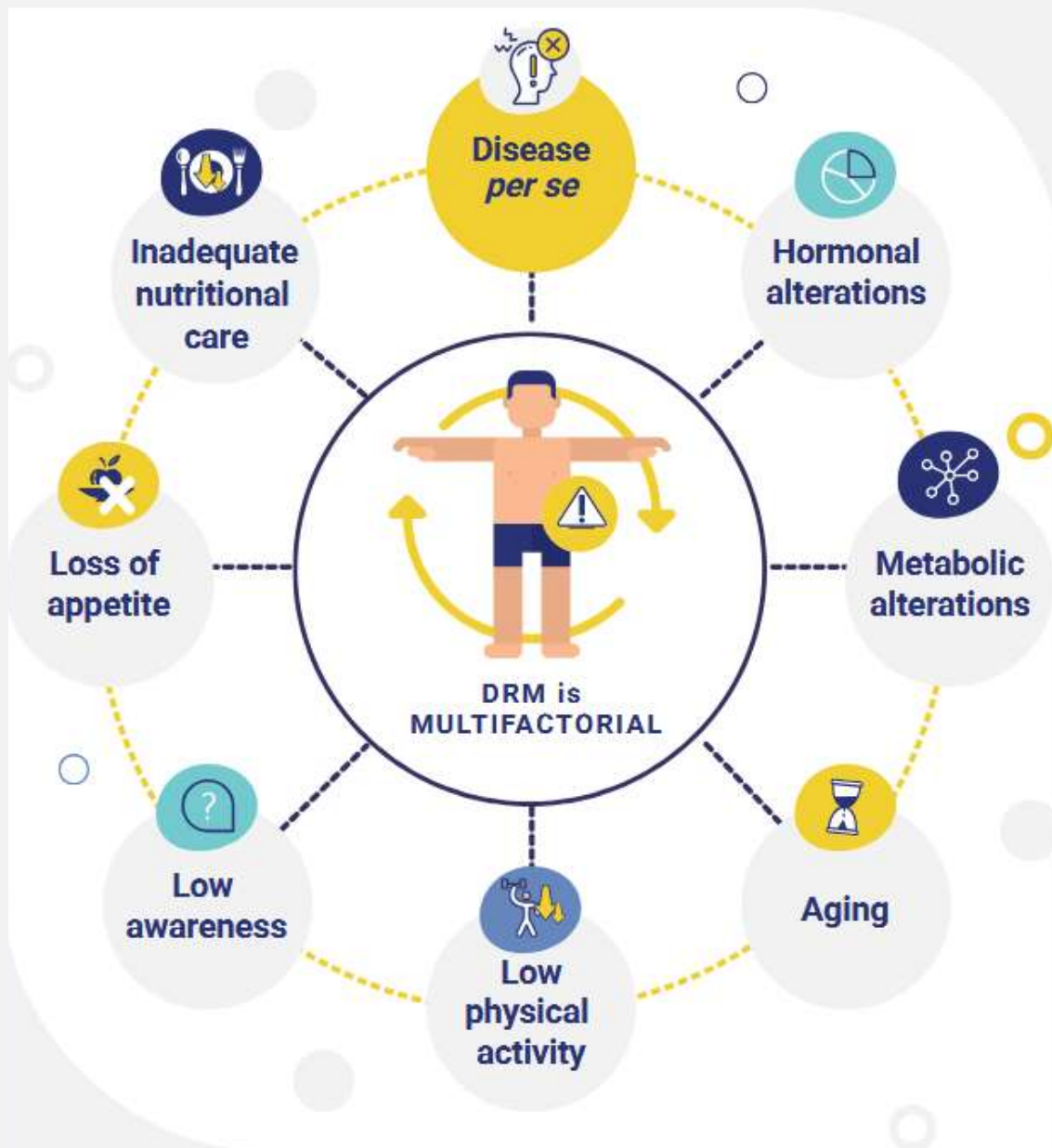
3.2. Clinical nutrition

3.2.1. Malnutrition. Synonym: undernutrition

Malnutrition can be defined as “a state resulting from lack of intake or uptake of nutrition that leads to altered body composition (decreased fat free mass) and body cell mass leading to diminished physical and mental function and impaired clinical outcome from disease” [5]. Malnutrition can result from starvation, disease or advanced ageing (e.g. >80 years), alone or in combination [6].



T. Cederholm et al. / Clinica



CONSEQUENCES OF D



NUTRITIONAL CARE PLAN

MALNUTRIZIONE: RICONOSCERLA

SCREENING

Individuare il rischio di
malnutrizione

ASSESSMENT

Valutazione nutrizionale
completa, diagnosi di
malnutrizione.

TERAPIA

Ottimizzazione apporti orali.
Supplementi nutrizionali orali.
Nutrizione artificiale (NE,
NP).

SCREENING

G

MNA-SF

Screening indicato per la popolazione anziana.



NRS-2002

Gold standard per pazienti adulti ricoverati in ospedale.

MUST

Screening indicato per adulti residenti al domicilio o RSA. Valido anche in ambito ospedaliero.



SARC-F

Screening validato per la sarcopenia.

SCREENING

MNA-SF

Valutazione di screening
(max. 14 punti)

12-14 punti: stato
8-11 punti: a rischio
0-7 punti: malnutrito

Screening

A Presenta una perdita dell' appetito? Ha mangiato meno negli ultimi 3 mesi? (perdita d'appetito, problemi digestivi, difficoltà di masticazione o deglutizione)

- 0 = Grave riduzione dell'assunzione di cibo
1 = Moderata riduzione dell'assunzione di cibo
2 = Nessuna riduzione dell'assunzione di cibo

☐

B Perdita di peso recente (<3 mesi)

- 0 = perdita di peso > 3 kg
1 = non sa
2 = perdita di peso tra 1 e 3 kg
3 = nessuna perdita di peso

☐

C Motricità

- 0 = dal letto alla poltrona
1 = autonomo a domicilio
2 = esce di casa

☐

D Nell' arco degli ultimi 3 mesi: malattie acute o stress psicologici?

- 0 = sì 2 = no

☐

E Problemi neuropsicologici

- 0 = demenza o depressione grave
1 = demenza moderata
2 = nessun problema psicologico

☐

F1 Indice di massa corporea (IMC) = peso in kg / (altezza in m)²

- 0 = IMC <19
1 = 19 ≤ IMC < 21
2 = 21 ≤ IMC < 23
3 = IMC ≥ 23

☐

SE L' IMC NON E DISPONIBILE, SOSTITUIRE LA DOMANDA F1 CON LA DOMANDA F2.
NON RISPONDERE ALLA DOMANDA F2 SE LA DOMANDA F1 E GIA' STATA COMPLETATA.

F2 Circonferenza del polpaccio (CP in cm)

- 0 = CP inferiore a 31
3 = CP 31 o superiore

☐

SCREENING

G

MNA-SF

Screening indicato per la popolazione anziana.



NRS-2002

Gold standard per pazienti adulti ricoverati in ospedale.

MUST

Screening indicato per adulti residenti al domicilio o RSA. Valido anche in ambito ospedaliero.

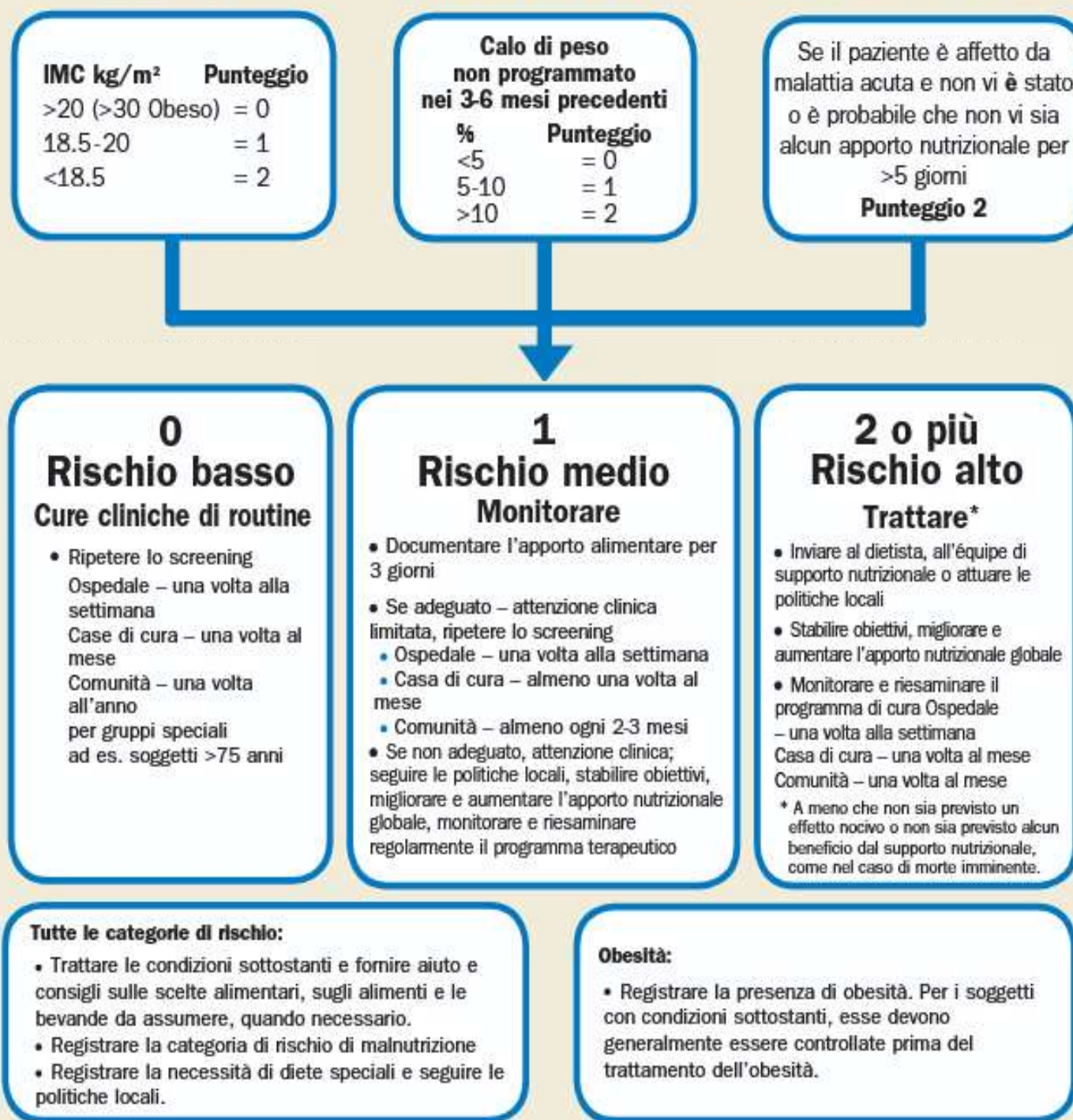


SARC-F

Screening validato per la sarcopenia.

SCREENING

18/04/2026



NUTRITIONAL CARE PLAN

**MALNUTRIZIONE: INTERVENIRE
PRECOCEMENTE**

SCREENING

Individuare il rischio di
malnutrizione.

ASSESSMEN T

Valutazione nutrizionale
completa, diagnosi di
malnutrizione.

TERAPIA

Ottimizzazione apporti orali.
Supplementi nutrizionali orali.
Nutrizione artificiale (NE,
NP).

INVIO DEL PAZIENTE ALLA S.C. NUTRIZIONE CLINICA

Rischio Medio-Alto (Punteggio MUST 2-4)



Valutazione Dietistica (Cod. 93.07.2)

Richiedere "Plicometria, Valutazione dello Stato Nutrizionale" per definire un percorso nutrizionale personalizzato.



Ottimizzazione Logistica

Per pazienti con difficoltà di trasporto, concordare preventivamente una visita unica (dietologica + dietistica).



Eventuale Invio Specialistico

Sarà il dietista a valutare se necessario un successivo invio al medico dietologo.

Rischio Alto (Punteggio MUST ≥ 5)



Presenza in Carico Specialistico Integrata

Richiedere contemporaneamente la visita dietologica (medica) e dietistica.



Codici

Inserire sia il codice 897.27 (Visita Dietologica) che il 93.07.2 (Valutazione Dietistica).

Riepilogo rapido dei codici per l'impegno

Livello di Rischio	Codice Prestazione	Descrizione
MUST 2-4	93.07.2	Plicometria e Valutazione dello Stato Nutrizionale
MUST ≥ 5	897.27 + 93.07.2	Prima Visita Integrata (Dietologica e Dietistica)



Prenotazione diretta

Contattare la S.C. Nutrizione Clinica per la prenotazione delle visite per malnutrizione.

ASSESSMENT

GLIM DIAGNOSTIC CRITERIA

Malnutrition diagnosis requires the fulfillment of at least 1 phenotypic and 1 etiologic criterion

Phenotypic Criteria



>5% within past 6 months or
>10% beyond 6 months



<20 if <70 years or
<22 if >70 years
Asia: <18.5 if <70 years or
<20 if >70 years



Reduced by validated body
composition measuring
techniques

Etiologic Criteria



Of <50% of ER >1 v
any reduction for 2 v
any chronic GI cond
adversely impact
assimilation or ab



Acute disease/in
chronic disease -

NUTRITIONAL CARE PLAN

**MALNUTRIZIONE: INTERVENIRE
PRECOCEMENTE**

SCREENING

Individuare il rischio di
malnutrizione.

ASSESSMENT

Valutazione nutrizionale
completa, diagnosi di
malnutrizione.

TERAPIA

Ottimizzazione apporti orali.
Supplementi nutrizionali orali.
Nutrizione artificiale (NE,
ND)

TERAPIA

Obiettivi

Adeguatezza apporti
calorico-proteici

Evitare restrizioni alimentari

Pasti a elevata densità calorica e proteica

Pasti frequenti, ridotto volume

Sicurezza

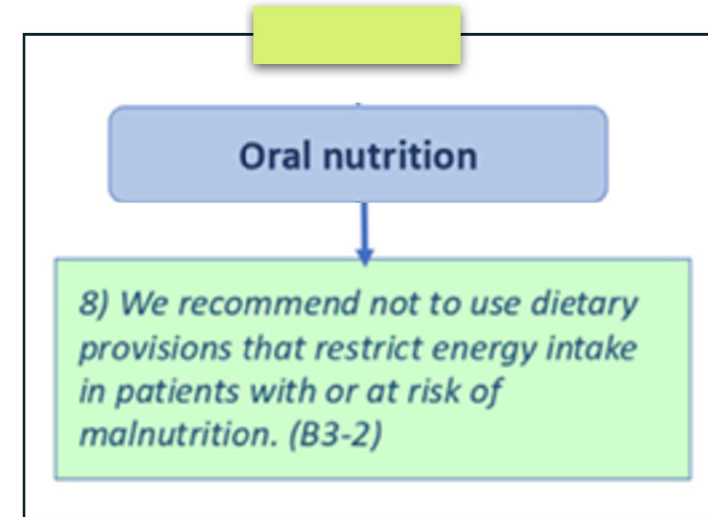
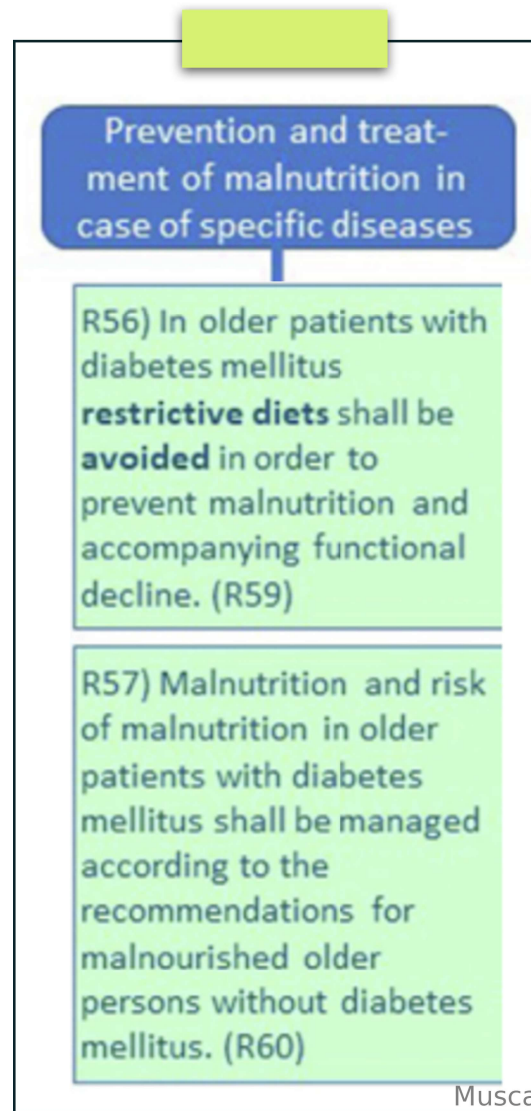
Consistenze del cibo adeguate al caso di disfagia

Qualità di vita

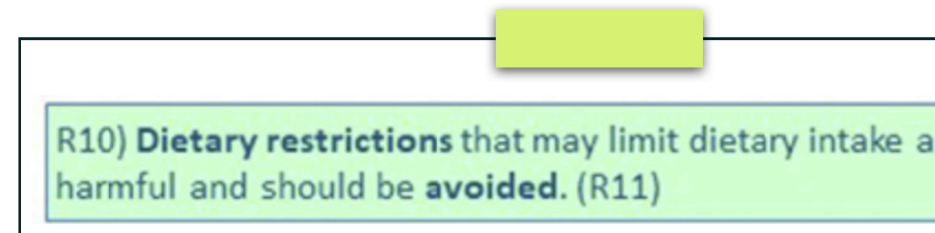
Valore edonistico, culturale e sociale del cibo

TERAPIA

Evitare restrizioni alimentari



In overweight older persons, weight-reducing diets shall be avoided in order to prevent loss of muscle mass and accompanying functional decline. (R54, Grade GPP, strong consensus 95%)



Muscaritoli M, et al. **ESPEN practical guideline: Clinical Nutrition in cancer**
Volkert D, et al. **ESPEN practical guideline: Clinical nutrition and hydration**

TERAPIA

Obiettivi

Adeguatezza apporti
calorico-proteici

Evitare restrizioni alimentari

Pasti a elevata densità calorica e proteica

Pasti frequenti, ridotto volume

Sicurezza

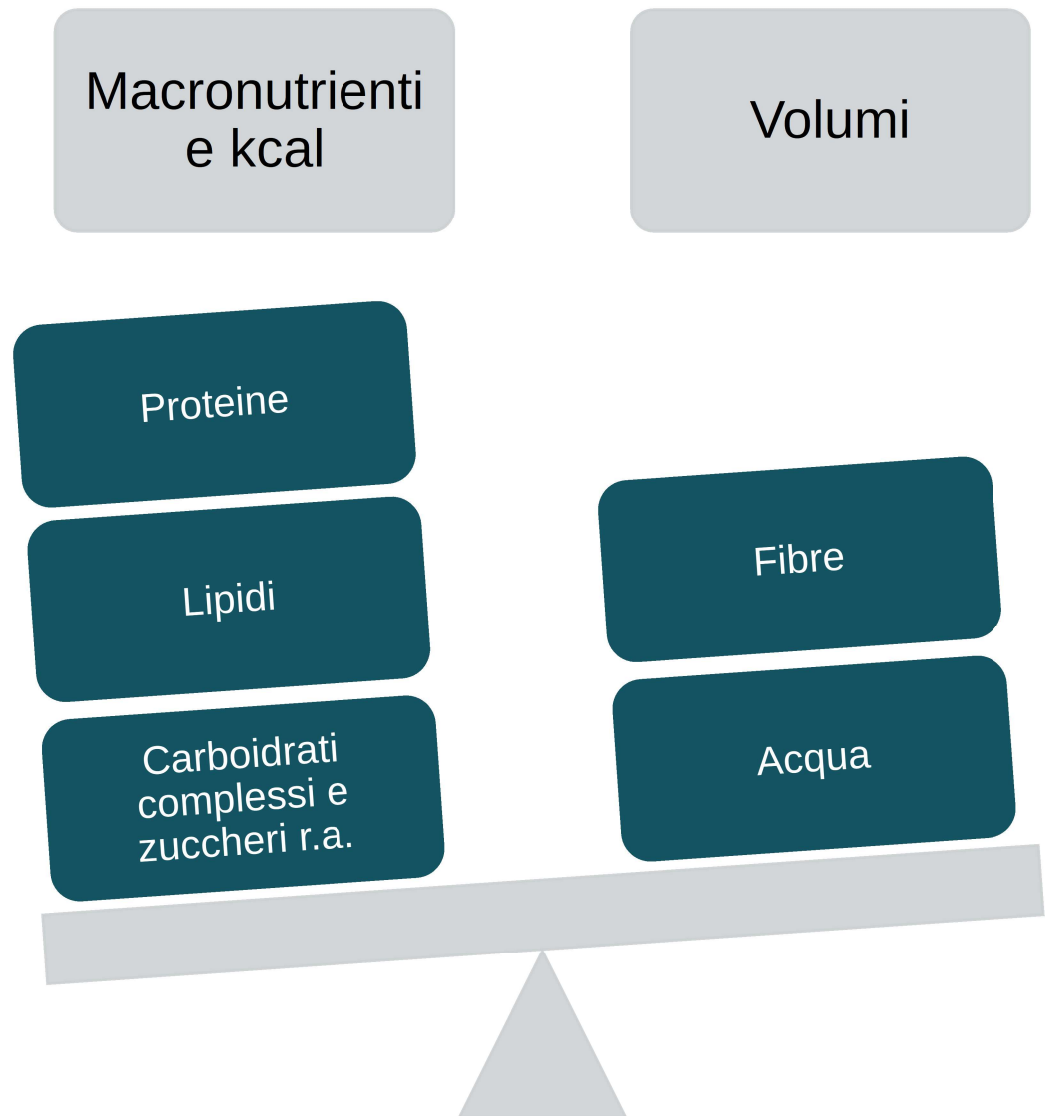
Consistenze del cibo adeguate al caso di disfagia

Qualità di vita

Valore edonistico, culturale e sociale del cibo

TERAPIA

Pasti a elevata densità calorico-proteica



TERAPIA

Pasti a elevata densità calorico-proteica

Macronutrienti
e kcal

Volumi

Carne, pesce,
uova, formaggio e
latticini, (legumi)

Olio, burro, panna,
frutta secca oleosa

Pane, pasta, riso,
pizza/focaccia,
grissini, dolci ecc.

Fibre: verdure,
frutta, legumi

Acqua: brodi,
passati di verdura

Pasti a elevata densità calorico-proteica

COME AUMENTARE L'APPORTO CALORICO-PROTEICO

- **Latte, yogurt o yogurt greco:** preferire quelli interi sia da bere che da aggiungere nelle preparazioni (esempio creme, budini, purea) da consumare a colazione o come spuntini.
- **Cereali e derivati:** Preferire pasta, riso, gnocchi, polenta, semolino e creme di cereali preparati con sughi e condimenti ricchi (esempio ragù, besciamella, panna, formaggio grattugiato, olio, burro). Fra i primi piatti scegliere frequentemente paste ripiene tipo ravioli, tortellini, pasta al forno con sugo all'uovo. Evitare i primi piatti in brodo o minestre di verdure in quanto molto voluminosi ma poco nutrienti. Preferire il pane condito come pan focaccia o pane all'olio o pane alle olive o alle noci. Spalmare sul pane olio, burro, formaggi spalmabile, maionese, patè. In alternativa al pane croccante grissini o crackers. Utilizzare torte, biscotti, merendine per la colazione o come snack.
- **Carne, pesce e uova:** preferire carne e pesci cucinati al sugo o in padella con olio e burro e/oppure con salsine da tavola (esempio maionese, senape) oppure impanati o in pastella o come crocchette, mousse (esempio mousse di prosciutto) o paté (esempio paté di tonno). Crudi come carpacci. Tritati da aggiungere alla minestra o al 1° piatto o nelle torte salate o nei ripieni. Cotti alla coque, in camicia, sode, frittata, strapazzate o da aggiungere extra (anche solo il bianco) nelle minestre, nel contorno o nelle polpette.

Pasti a elevata densità calorico-proteica

COME AUMENTARE L'APPORTO CALORICO-PROTEICO

- **Affettati e formaggi:** consumarli come antipasto, come spuntino o da aggiungere alle preparazioni: polpette, frittate, torte salate, crepes, tramezzini, omelette o nelle verdure o come mousse frullate.
- **Legumi:** preferire creme di legumi arricchite formaggio, latte o panna.
- **Verdure:** consumarle solo dopo aver consumato il primo e il secondo e ben condite con olio, salse, panna, formaggio o besciamella. Preferire alle verdure un contorno a base di patate (patate fritte, bollite e condite con olio, come gateau di patate oppure sotto forma di purea arricchita con latte intero, parmigiano).
- **Frutta fresca:** consumarla in piccola quantità solo dopo il pasto o come spuntino. Utilizzarla in frullati con aggiunta di latte intero o panna o gelato. E' possibile consumare frutta sciroppata, marmellate (albicocche, fichi o datteri secchi) o frutta secca (noci, mandorle o nocciole anche sotto forma di pasta di frutta secca al cucchiaino o spalmate sul pane o sotto forma di barrette).
- **Oli e grassi:** condire in modo abbondante con olio extravergine di oliva (almeno 4 cucchiaini), burro, panna, maionese, besciamella.
- **Dolci:** torte, budini, panna cotta, tiramisù, gelati, creme, semolino dolce, pasticcini freschi o ripieni, meringhe, brioche o merendine, cioccolato, creme al cacao. Aggiungere marmellate o zucchero alle preparazioni.

TERAPIA

Obiettivi

Adeguatezza apporti
calorico-proteici

Evitare restrizioni alimentari

Pasti a elevata densità calorica e proteica

Pasti frequenti, ridotto volume

Sicurezza

Consistenze del cibo adeguate al caso di disfagia

Qualità di vita

Valore edonistico, culturale e sociale del cibo

ORAL NUTRITIONAL SUPPLEMENT

CONTENUTO

- Nutrizionalmente completi (200-400 kcal; 12-20 g di proteine).
- Modulari.

TIPOLOGIE

- Standard.
- Specifici per patologia.

ASSUNZIONI

- Assunzione frazionata nella giornata.
- Non è un sostituto di pasto.

ORAL NUTRITIONAL SUPPLEMENTS

POSSIBILI LIMITI

- Ridotta palatabilità (qualità di vita)
- Tolleranza (senso di ripienezza gastrica, disturbi gastroenterici)
- Compliance
- Rischio inappropriatelyzza

↓
**APPROCCIO AL PAZIENTE
FLESSIBILE E
PERSONALIZZATO**



SUPPLEMENTI NUTRIZIONALI ORALI VS. CIBO

ESEMPIO DI ANAMNESI ALIMENTARE

Colazione: Tè con
dolcificante, 2 fette biscottate

Pranzo: Pasta al pomodoro,
verdura

Metà pomeriggio: frutto

Cena: Minestrina, un
pezzetto di formaggio o
carne, verdura o patate
bollite, a volte pane, a volte
un quadretto di cioccolato

Kcal 1000 – Pr. 37 g

18/04/2026

ANAMNESI INVARIATA + ONS

Colazione: Tè con
dolcificante, 2 fette
biscottate

Pranzo: Pasta al pomodoro,
verdura

Metà pomeriggio: 1 ONS

Cena: Minestrina, un
pezzetto di formaggio,
verdura o patate bollite, a
volte pane, a volte un
quadretto di cioccolato

Kcal 1350 – Pr. 55 g

LA NUTRIZIONE AL CENTRO DELLA RETE DI CURA

OTTIMIZZAZIONE APPOR ORALI

Colazione: latte o yogurt interi,
marmellata oppure biscotti

Pranzo: pasta con condimento p
ragù, tonno, formaggi, lasagne),
parmigiano e olio/burro. Verdura:
piccola porzione ben condita (es.
parmigiano)

Metà pomeriggio: frutta secca

Cena: pastina asciutta con olio/b
parmigiano o pane/focaccia, form
stagionato o altro secondo piatto
patate.

Kcal 1750 – Pr. 70 g

NUTRITIONAL CARE PLAN

**MALNUTRIZIONE:
RICONOSCERLA**

INTERVENIRE PRECOCEMENTE

SCREENING

Individuare il rischio di malnutrizione.

ASSESSMENT

Valutazione nutrizionale completa, diagnosi di malnutrizione.

TERAPIA

Ottimizzazione apporti orali.
Supplementi nutrizionali orali.
Nutrizione artificiale (NE, NP).

CURA NUTRIZIONALE



ESPEN FACT-SHEET

Endorsed by the four major international Clinical Nutrition Societies ASPEN, ESPEN, FELANPE and PENSA in cooperation with representatives of patients' associations (EPF), dietitians (EFAD), and a global network of more than 70 national organizations

NUTRITIONAL CARE IS A HUMAN RIGHT

The International Declaration
on the Human Right to Nutritional Care
"Vienna Declaration"



RIGHT TO FOOD

the right to adequate food
and the right to freedom
from hunger and
malnutrition



RIGHT TO NUTRITIONAL CARE

Screening for malnutrition
Diagnosis and assessment of DRM
Food and evidence based medical
nutrition therapy (including ANH)



RIGHT TO HEALTH

the right to the
highest attainable
standard of physical
and mental health

GRAZIE

SC Nutrizione Clinica

Mail: nutrizione.clinica@aslcn2.it

Tel. per pz: 0172 140 8490

Tel. per interni/MMG: 0172 140
8492

