

Originale OGGETTO: Approvazione Piano Aziendale "Percorso DELIBERAZIONE N. 2 41 Nutrizionale nel Paziente Oncologico" ed istituzione Team Nutrizionale Ospedaliero (TNO). Adottata nella seduta del 14 del Direttore Generale dott. Salvatore Giuffrida con l'intervento del sig. Dimostrazione della compatibilità economica: Direttore Amministrativo Dott. Giuseppe Modica de Mohac Conto Economico: Dott.ssa Diana Cinà Direttore Sanitario Settore Economico Finanziario E con l'assistenza, quale segretario della Dott.ssa Lorenza Giusto Si attesta che il costo di cui al presente atto è stato registrato in contabilità generale. L'Addetto al riscontro Il Funzionario dell'Istruttoria (Dott. Mario Conti) Firma Kow an Il Dirigente Ammnistrativo IL DIRETTORE GENERALE

- Vista la legge n.196/2003;

!

- Considerato il Regolamento (UE) 2016/679, recepito con D.lgs 10/8/2018 n. 101 sulla privacy;
- Vista altresì la L.403/98 sulla semplificazione amministrativa;
- Preso atto che il D.A. 890 del 17/6/2002 "Direttive per l'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie della Regione Siciliana", di cui alla nota SVMQ l. IA.083 prevede in relazione al (sub capitolo Linee- guida, Protocolli terapeutici e diagnostici) che "In tutte le articolazioni organizzativo-funzionali è favorito l'utilizzo delle linee guida predisposte da societa scientifiche o da gruppi di esperti per una buona pratica clinica nelle varie branche-discipline come strumento della qualità dell'assistenza. Le linee guida, i regolamenti e i protocolli terapeutici devono essere predisposti in maniera integrata da parte delle strutture organizzative affini operanti in più sedi e come modalita di rapporto fra strutture organizzative diverse.";
- Considerato che il D.A. del 25/2/2021 "Percorso nutrizionale nel paziente oncologico", pubblicato sulla GURS n. 11 del 19/3/2021 al punto 5 indica tra gli indicatori la necessità di redigere e approvare un Piano Aziendale per l'implementazione del percorso nutrizionale del paziente oncologico che dovrà prevedere l' istituzione del TNO (Team Nutrizionale Ospedaliero) ad esso dedicato ed anch'esso deliberato dall'Azienda;
- Valutato che, in considerazione delle specifiche attività da porre in essere, il Team NutrizionaleOspedaliero (TNO) viene individuato tra i seguenti professionisti:
- Dott. Vincenzo Muscia Dirigente Medico U.O.C. Malattie Endocrine del Ricambio e della Nutrizione;
- Dott.ssa Giuseppa Scandurra Direttore f.f. U.O.C. Oncologia Medica
- Dott.ssa Cesarina Montera Dirigente Medico U.O.C. Farmacia
 Dott.ssa Francesca Tornatore Collaboratore Sanitario Dietista U.O.C. Malattie
 Endocrine del Ricambio e della Nutrizione;
- Dato Atto che il Piano Aziendale "Percorso Nutrizionale nel Paziente Oncologico" come descritto nell'allegato A al presente provvedimento di cui costituisce parte integrante e sostanziale, è stato trasmesso all'U.O.S. Gestione Qualità e Rischio Clinico che ne ha verificato ed approvato la forma e i contenuti in linea con i piani Aziendali;
- Valutato che il documento succitato è coerente con la Mission e le Politiche Aziendali relative al miglioramento della Qualità e della Sicurezza e alla efficientizzazione dei percorsi diagnostico terapeutici aziendali;
- Considerato che il presente Atto non comporta oneri di spesa sul corrente bilancio aziendale;
- Su proposta del Dirigente Medico Resp. Staff. Direz. Aziendale che con la sottoscrizione del presente atto apposta in calce, ne attesta la piena legittimità nonché la correttezza formale e sostanziale;
- Con il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario;

DELIBERA

per le motivazioni espresse in premessa che qui si intendono integralmente ripetute e trascritte, di

 Adottare il Piano Aziendale "Percorso Nutrizionale nel Paziente Oncologico" così come descritto nell'allegato A che costituisce parte integrante e sostanziale del presente atto;

- Approvare la composizione del Team Nutrizionale Ospedaliero (TNO) composto dai seguenti professionisti:
- Dott. Vincenzo Muscia Dirigente Medico U.O.C. Malattie Endocrine del Ricambio e della Nutrizione;
- Dott.ssa Giuseppa Scandurra Direttore f.f. U.O.C. Oncologia Medica
- Dott.ssa Cesarina Montera Dirigente Medico U.O.C. Farmacia
- Dott.ssa Francesca Tornatore Collaboratore Sanitario Dietista U.O.C. Malattie Endocrine del Ricambio e della Nutrizione;
- Dare mandato ai componenti de! TNO coinvolti nel percorso, di curare l'implementazione dello stesso in maniera capillare ed efficace;
- Disporre che il presente atto venga pubblicato sul sito internet Aziendale all'area Qualità e Rischio Clinico;

Munire ii presente atto della immediata esecutivita

Dirigente Medico-Resp. Staff. Direz. Aziendale

Dott.ssa Arma Marja Longhitano

Il Direttore\Amministrativo ott. Giuseppe Modica de Mohac mue

Il Segretario verbalizzante Dott.ssa Lorenza Giusto

Il Direttore Generale Dott. Salvatore Giuffrida

Il Direttore Sanitario

Dott sa Diana Cinà



Via Messina 829 – 95126 Catania Piano aziendale Percorso Nutrizionale nel paziente Oncologico D.A. 25 febbraio 2021

PN	PO
Rev. 0 File 001 Data 28/02/22	Pag. 1 di 13

Piano Aziendale

Percorso Nutrizionale nel Paziente Oncologico

D.A. 25 febbraio 2021

Rev.	Data redazione	GdL	Verifica	Approvazione	
0	28/02/22	Dr G Scandurra Direttore ff UOC Oncologia Medica, Dr V Muscia Dirigente Medico UOC Malattie Apparato Endocrino Dr Francesca Tornatore Dietista	Dr Anna Maria Longhitano Responsibile UGC Staff e GRO	Dr Diana Cinà Direttore Sanitatio Aziendale	



Via Messina 829 – 95126 Catania Piano aziendale Percorso Nutrizionale nel paziente Oncologico D.A. 25 febbraio 2021

PN	PO
Rev. 0 File 001 Data 28/02/22	Pag. 2 di 13

Indice:

- 1. Premessa
- 2. Obiettivi
 - 2.1 Obiettivo programmazione
 - 2.2 Obiettivo operativo
- 3. Campo di applicazione
- 4. Definizioni/abbreviazioni
- 5. Matrice delle responsabilità/attività
- 6. Diagramma di flusso
- 7. Descrizione delle Attività
- 8. Monitoraggio e Indicatori
- 9. Lista di distribuzione
- 10. Bibliografia
- 11. Allegati



Via Messina 829 – 95126 Catania Piano aziendale Percorso Nutrizionale nel paziente Oncologico D.A. 25 febbraio 2021

PN	PO
Rev. 0 File 001 Data 28/02/22	Pag. 3 di 13

1. Premessa

Il paziente affetto da neoplasia va incontro a malnutrizione che per difetto è considerata "una malattia nella malattia".

La prevalenza della malnutrizione nel paziente oncologico varia, in diversi Paesi europei ed extra-UE, dal 25% al 70% dei casi e dipende dal tipo, dalla sede, dal grado e dallo stadio del tumore. Lo studio osservazionale italiano PreMiO (Prevalenza della malnutrizione in Oncologia), pubblicato nel 2017, ha evidenziato il seguente scenario: su quasi 2000 pazienti arruolati al momento della prima visita oncologica, il 51% presentava uno stato nutrizionale deficitario e di questi il 9% era già chiaramente malnutrito mentre il 42% era a rischio di malnutrizione. La prevalenza del rischio di malnutrizione e della malnutrizione conclamata era più alta nei pazienti con malattia metastatica, rispettivamente 48,8% e 13,6%

Tra i pazienti neoplastici che perdono peso corporeo, il 20-30% muore per le conseguenze dirette ed indirette della malnutrizione. Frequenza e gravità della perdita di peso variano a seconda del tipo di tumore: l'80% dei pazienti con neoplasia del tratto gastrointestinale superiore ed il 60% di quelli con neoplasia polmonare presentano perdita di peso già al momento della diagnosi. Inoltre, perdita di peso si verifica nel 72% delle neoplasie pancreatiche, nel 69% delle neoplasie esofagee, nel 67% delle neoplasie gastriche, nel 57% dei tumori del distretto testa-collo, nel 34% delle neoplasie del colon retto, nel 31% dei casi di linfoma non-Hodgkin.

La presenza di neoplasia può avere significative conseguenze negative sullo stato nutrizionale del paziente e la malnutrizione per difetto quali-quantitativa, che frequentemente si instaura, non può e non deve essere considerata un effetto collaterale non prevenibile e non trattabile.

Nel paziente oncologico la malnutrizione, nelle sue diverse forme, ha un impatto negativo sulla prognosi, sulla qualità di vita e sulla risposta e tolleranza ai trattamenti. La malnutrizione per difetto è un vero e proprio predittore indipendente di aumentata morbidità e mortalità e la perdita di peso corporeo e di massa muscolare inducono un maggiore rischio di tossicità da chemioterapia. Allo stesso tempo, le terapie antitumorali, possono determinare aumento ponderale e malnutrizione per eccesso, con conseguente sovrappeso e obesità. Tale evento avverso, frequente nelle donne trattate per neoplasia mammaria, rappresenta un fattore di rischio per sindrome metabolica e recidiva di malattia



Via Messina 829 – 95126 Catania Piano aziendale Percorso Nutrizionale nel paziente Oncologico D.A. 25 febbraio 2021

PN	PO
Rev. 0 File 001 Data 28/02/22	Pag. 4 di 13

Gli interventi di nutrizione clinica devono pertanto essere attuati per evitare, in tali tipologie di pazienti oncologici, che sovrappeso e obesità intervengano come fattori prognostici negativi. In tutte le diverse situazioni, l'intervento nutrizionale deve essere tempestivo e costituire, sin dal primo contatto del paziente con le strutture sanitarie, una parte integrante del percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale che costituisce l'insieme delle cure oncologiche, ed essere personalizzato, dinamico e sempre finalizzato a prevenire e correggere la malnutrizione. Inoltre, considerata la patogenesi multifattoriale della malnutrizione (per difetto e per eccesso) nel malato oncologico, è indispensabile considerare le cure nutrizionali come parte integrante di un percorso che abbia come presupposto un approccio multimodale e multi-professionale.

La crescente consapevolezza della rilevanza della malnutrizione in oncologia ha indotto la stesura, in collaborazione con AIOM e SINPE, della "Carta dei Diritti del Malato Oncologico all'Appropriato e Tempestivo Supporto Nutrizionale" mirata proprio a consentire al paziente di essere ben informato, consapevole e proattivo nel rapporto con l'oncologo e con il medico di medicina generale.

La Carta successivamente ha costituito la base per la pubblicazione da parte del Ministero della Salute delle "Linee di indirizzo sui percorsi nutrizionali nei pazienti oncologici", elaborate da un gruppo di lavoro multidisciplinare composto da rappresentanti del Ministero della Salute, di Aziende Sanitarie, Università, Società Scientifiche di settore e Associazioni di Pazienti, e approvate in Conferenza Stato-Regioni con Accordo (Rep. Atti n. 224/CSR) del 14.12.2017.

Tale accordo impone alle Regioni e alle Aziende Sanitarie di garantire al malato di cancro la valutazione tempestiva dello stato di nutrizione e la corretta gestione della terapia di supporto.

L' Assessorato della Salute Regione Siciliana, con D.A. n. 145/2021 ha approvato il Documento di indirizzo regionale "Percorso nutrizionale nel paziente oncologico".

All'interno di questo percorso devono essere prese in considerazione, accanto al monitoraggio dello stato metabolico-nutrizionale, tutte le opzioni terapeutiche potenzialmente attuabili (counselling nutrizionale, integrazione nutrizionale orale, nutrizione enterale, nutrizione parenterale), rispettando un continuum terapeutico che prenda di volta in volta in considerazione la dinamica delle esigenze del malato oncologico.



Via Messina 829 – 95126 Catania Piano aziendale Percorso Nutrizionale nel paziente Oncologico D.A. 25 febbraio 2021

PN	PO
Rev. 0 File 001 Data 28/02/22	Pag. 5 di 13

Risulta quindi di vitale importanza che la malnutrizione venga riconosciuta sin dall'inizio del percorso di cura del paziente oncologico e questo è oggi possibile grazie a diversi strumenti di screening dello stato nutrizionale.

I pazienti individuati a rischio nutrizionale devono quindi essere prontamente inviati, per una valutazione completa e la prescrizione del supporto nutrizionale, ai servizi di nutrizione clinica o a personale sanitario con documentate competenze di nutrizione clinica in ambito oncologico.

2. Obiettivi

2.1 Obiettivo programmazione

Programmazione e realizzazione di un percorso in ottemperanza a quanto previsto dal D.A. del 25 febbraio 2021 "Approvazione del documento d'indirizzo regionale Percorso nutrizionale nel paziente oncologico" ed in linea con le evidenze scientifiche in materia, al fine di migliorare la qualità del supporto nutrizionale dei pazienti affetti da neoplasia,

2.2 Obiettivo operativo

Identificare quanto più precocemente i soggetti oncologici malnutriti e quelli a rischio di malnutrizione e ridefinire gli introiti alimentari per gli stessi, ottenendo un miglioramento dei valori di riferimento.

3. Campo di applicazione

Tutti i pazienti trattati in regime di Day Service, che iniziano il trattamento chemioterapico, specifici presso l'UOC di Oncologia Medica risultati, dopo screening con MNA, a rischio di malnutrizione o già malnutriti.



Via Messina 829 – 95126 Catania Piano aziendale Percorso Nutrizionale nel paziente Oncologico D.A. 25 febbraio 2021

PN	PO
Rev. 0 File 001 Data 28/02/22	Pag. 6 di 13

4. Definizioni/abbreviazioni

Valutazione nutrizionale: è la prima delle 4 fasi del processo di cura nutrizionale (valutazione, diagnosi, intervento, monitoraggio).

Performance status (PS): stato di validità generale di un paziente, corrisponde ad una valutazione delle condizioni generali di salute

Mini Nutritional Assessment (MNA): strumento di screening per individuare i pazienti a rischio di malnutrizione

Indice di massa corporea (IMC) o Body Mass Index (BMI):, rapporto peso (kg) / statura (m2); indicazione dello stato nutrizionale del soggetto.

Malnutrizione: stato di squilibrio dovuto a mancanza di apporto o di utilizzo dei nutrienti, tale da determinare un'alterazione della composizione corporea, con conseguente diminuzione delle performance fisiche e psichiche

Massa magra o LBM (dall'inglese Lean Body Mass) parte di massa corporea escluso il grasso di deposito (tessuto adiposo).

Massa muscolare scheletrica o Sketetal Muscle Mass (SMM): rappresenta ii peso totale del muscolo scheletrico. A differenza di LBM, che include tutto ciò che non e grasso corporeo, SMM rappresenta la massa muscolare effettiva.

Indice di massa muscolare scheletrica o Skeletal Mass Index (SMI): peso in kg di muscoli rapportati al peso corporeo secondo la formula: SMI = kg di muscoli x 100 / peso corporeo (kg)

Metabolismo basale: numero di calorie necessarie all'organismo per svolgere le sue funzioni di base, cioè quelle che lo mantengono in vita, quali ad es circolazione del sangue, respirazione, digestione e tutte le funzioni cellulari e di sintesi delle proteine

Sarcopenia: riduzione di massa muscolare scheletrica e forza muscolare, che si accompagna a riduzione della qualità di vita ed aumentato rischio di disabilità



Via Messina 829 – 95126 Catania Piano aziendale Percorso Nutrizionale nel paziente Oncologico D.A. 25 febbraio 2021

PN	PO
Rev. 0 File 001 Data 28/02/22	Pag. 7 di 13

5. Matrice delle Responsabilità

A	Oncologo	Medico Responsabile Nutrizione	Infermiere	Coord.Inf	Direttori UOC
Valutazione clinica e valutazione nutrizionale	R	R		<i>y</i> -	
Somministra MNA al paziente			R		
Richiede consulenza nutrizionale specialistica	R				
Valuta i dati: composizione corporea, metabolismo e sarcopenia		R			
Trasmette scheda MNA per richiesta consulenza dietologicase punteggio 23,5				R	
Prescrive piano nutrizionale		R			
Invia alla farmacia richiesta				R	
Rivaluta MNA ogni 3 mesi			R		
Coordina le attivita'					R

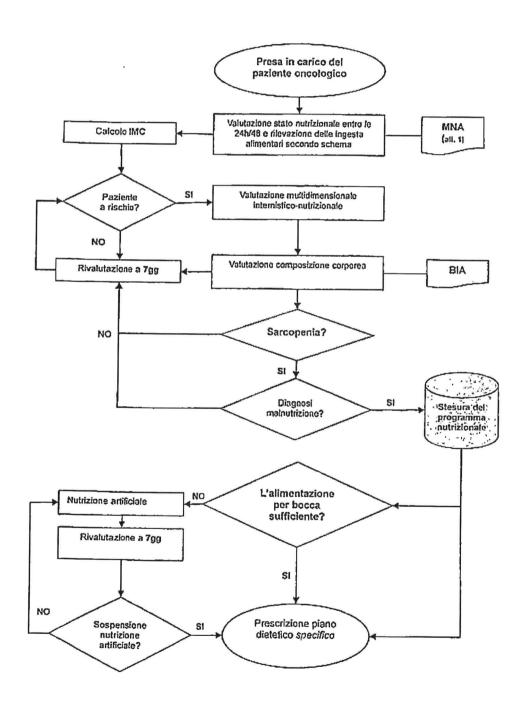
Legenda R- Responsabile C- Coinvolto.

6. Diagramma di flusso



Via Messina 829 – 95126 Catania Piano aziendale Percorso Nutrizionale nel paziente Oncologico D.A. 25 febbraio 2021

PN	PO
Rev. 0 File 001 Data 28/02/22	Pag. 8 di 13





Via Messina 829 – 95126 Catania Piano aziendale Percorso Nutrizionale nel paziente Oncologico D.A. 25 febbraio 2021

PN	PO
Rev. 0 File 001 Data 28/02/22	Pag. 9 di 13

7. Descrizione delle Attività

La visita oncologica rileva le caratteristiche fisiologiche e patologiche del paziente, annotando il Performance status (PS), comorbilità, polifarmacologia e sintomi specifici della neoplasia, informazioni tutte riportate sulla cartella clinica del paziente. In quest'ultima sono altresì presenti informazioni specifiche sullo stato nutrizionale quali: calcolo IMC, peso ed altezza.

Lo screening nutrizionale, punto chiave per l'identificare dei pazienti che possono beneficiare di un supporto nutrizionale; prevede la valutazione del rischio di malnutrizione tramite **Mini Nutritional Assessment** (MNA) (allegato 1) alla cui compilazione provvede l'infermiere professionale.

Tutti i pazienti affetti da patologia oncologica dovranno essere sottoposti allo screening e la documentazione deve essere parte integrante della documentazione sanitaria del paziente.

Alta soglia di attenzione deve essere garantita nelle condizioni a più alto rischio di malnutrizione quali tumore: testa-collo, esofago, stomaco, carcinosi peritoneale.

- I pazienti a rischio nutrizionale (punteggio MNA < 23,5) devono essere prontamente inviati per una valutazione nutrizionale completa. Le linee guida nazionali (SINPE) raccomandano un intervento nutrizionale mirato a incrementare gli apporti orali in pazienti oncologici malnutriti o a rischio ma ancora in grado di alimentarsi.
- Va richiesta consulenza specialistica alla U.O.C di Malattie Endocrine, del Ricambio e della Nutrizione per valutazione nutrizionale per pazienti a rischio di malnutrizioneo malnutriti.
- 3. II team nutrizionale aziendale effettua: anamnesi e valutazione dell'apporto calorico, la valutazione dello stato nutrizionale comprensivo della stima degli apporti e dei fabbisogni, esame antropometrico, corredato da esami strumentali/funzionali, diagnosi di malnutrizione/sarcopenia, intervento nutrizionale.



Via Messina 829 – 95126 Catania Piano aziendale Percorso Nutrizionale nel paziente Oncologico D.A. 25 febbraio 2021

PN	PO
Rev. 0 File 001 Data 28/02/22	Pag. 10 di 13

- 4. Se l'alimentazione per bocca non è sufficiente e/o non possibile il medico prescrive il Piano di nutrizione artificiale. La NP non è raccomandata come trattamento di prima scelta; deve essere impiegata solo quando non è possibile una nutrizione orale/enterale (es enteriti, malassorbimento)
- 5. L'infermiere effettua con la cadenza stabilita dal team il monitoraggio dello stato nutrizionale.
- 6. II medico sospende la Nutrizione Artificiale se l'obiettivo e stato raggiunto
- 7. II coordinatore infermieristico dell'Oncologia coordina le fasi del processo.
- 8. Direttore dell'U.O. verifica il processo



Via Messina 829 – 95126 Catania Piano aziendale Percorso Nutrizionale nel paziente Oncologico D.A. 25 febbraio 2021

PN	PO
Rev. 0 File 001 Data 28/02/22	Pag. 11 di 13

8. Monitoraggio e Indicatori

Indicatori

Numero di pazienti a rischio di malnutrizione identificati / numero totale di pazienti in trattamento c/o UOC di Oncologia Medica = 90%

Numero di pazienti malnutriti trattati / numero totale pazienti in trattamento c/o la nostra UOC di Oncologia Medica = 100%

Numero di schede programmazione nutrizionale deditamente compilata/numero di cartelle UOC Oncologia di pz in trattamento oncologico, a rischio di malnutrizione

Il monitoraggio degli indicatori ed eventuale loro integrazione sarà effettuato dal team aziendale e trasmesso con cadenza semestrale alla Direzione Sanitaria ed all'UO Qualità e Rischio Clinico

9. Lista di distribuzione

UOC Oncologia Medica

UOC Farmacia

UOC Malattie Apparato Endocrino



Via Messina 829 – 95126 Catania Piano aziendale Percorso Nutrizionale nel paziente Oncologico D.A. 25 febbraio 2021

	PN	PO
The second secon	Rev. 0 File 001 Data 28/02/22	Pag. 12 di 13

10. Bibliografia

Ryan AM, Power DG, Daly L, et al. Cancer-associated malnutrition, cachexia and sarcopenia: the skeleton in the hospital closet 40 years later. Proc Nutr Soc. 2016;

Salas S, Mercier S, Moheng B, et al. Nutritional status and quality of life of cancer patients needing exclusive chemotherapy: a longitudinal study. Health Qual Life Outcomes. 2017 Apr.

Scott J. Bultman, The Microbiome and its potential as a Cancer Preventive Intervention - Semin. Oncol. 2016

Silva FR, de Oliveira MG, Souza AS, et al. Factors associated with malnutrition in hospitalized cancer patients: a cross-sectional study. Nutr J. 2015

Vetter MI, Herring SJ, Sood M. What do resident physicians know about nutrition? An evaluation of attitudes, self-perceived proficiency and knowledge. J Am CollNutr. 2008.

Vipperla K, O"Keefe SJ. Diet, microbiota and dysbiosis: a "recipe" for colorectal cancer. Food Funct. 2016

Von Haehling S, Anker SD. Cachexia as a major underestimated and unmet medical need: facts and numbers. J Cachexia Sarcopenia Muscle. 2010.

Linee di indirizzo percorsi nutrizionali nei pazienti oncologici. Ministero della Salute. Documento approvato in sede di Conferenza Stato Regioni, con Accordo (Rep. Atti n. 224/CSR) del 14/12/2017

Decreto 25 febbraio 2021 – Approvazione del Documento di indirizzo regionale "Percorso nutrizionale nel paziente oncologico" GURS n. 11 del 19 marzo 2021



Via Messina 829 – 95126 Catania Piano aziendale Percorso Nutrizionale nel paziente Oncologico D.A. 25 febbraio 2021

PN	IPO			
Rev. 0 File 001 Data 28/02/22	Pag. I3			

di 13

11. Allegato 1: Mini Nutritional Assessment (MNA)

Present a una perdita dell' appetito? Ha mangiato meno negli ultimi 3 mest? (perdita d'appetito, problemi digestivi, difficoltà di masticazione dell'assumizione di cibo 2 = nessuna riduzione dell'assumizione di cibo 3 = nessuna riduzione dell'assumizione di cibo 2 = nessuna riduzione dell'assumizione di cibo 3 = nessuna riduzione dell'assumizione di cibo 4 = nessuna riduzione dell'assumizione di cibo 5 = nessuna riduzione dell'assumizione di cibo 6 = nessuna riduzione dell'assumizione di cibo 7 = nessuna riduzione dell'assumizione di cibo 6 = nessuna riduzione dell'assumizione di cibo 7 = nessuna riduzione dell'assumizione di cibo 6 = nessuna riduzione dell'assumizione di cibo 7 = nessuna riduzione dell'assumizione di cibo 6 = nessuna riduzione dell'assumizione di cibo 7 = nessuna riduzione dell'assumizione di cibo 6 = nessuna riduzione dell'assumizione di cibo 7 = nessuna riduzione dell'assumizione di cibo 6 = nessuna riduzione dell'assumizione di cibo 7 = nessuna riduzione dell'assumizione di cibo 7 = nessuna riduzione dell'assumizione di cibo 6 = nessuna riduzione dell'assumizione di cibo 7 = nessuna riduzione dell'assumizione di cibo 6 = nessuna riduzione dell'assumizione di cibo 7 = nessuna riduzione dell'assumizione di cibo 6 = nessuna perdita di peso 1 = 1 a kg	Cogname:			Nome:					
Duentipasti completi prende al giorno? Duentipasti completi prende al gior	Sessor Eta:	Peso.	kg:	Altezza, cm:		Data:			
A Presenta una perdita dell' appetitio? Ha mangisto meno negli utilini 3 mest'i (perdita d'appetitio, problemi digestivi, difficiola di masticaziono a deplizizione) 0 e giave indicazione dell'essaurizione di cho 3 Portitia di peso resonite (-3 mesi) 1 e nen sa 2 e assistani futuboro dell'essaurizione di cho 3 Portitia di peso resonite (-3 mesi) 1 e nen sa 3 e nessuna perdita di peso ta 1 e 3 kg 1 e nen sa 3 e nessuna perdita di peso ta 1 e 3 kg 3 e nessuna perdita di peso ta 1 e 3 kg 3 e nessuna perdita di peso ta 1 e 3 kg 3 e nessuna perdita di peso 4 e sale to atta petitona 5 e se petitologici 7 e se se di cessa 1 e dell'essaurizione di contrologici 1 e dell'essaurizione di serce contrologici 1 e dell'essaurizione di serce contrologici 1 e dell'essaurizione giave 1 e nanutarizione	C, SC II Maciato e agosie o menore a 11, compieu	do, per ogal domar il questionario per	via, il otteni	punteggio appropriato. Somm ere una valutazione dello etizo	il E puntegg nutralona	jio della valutaz le.	lone di sc	reealng	
1 = 2 past	Screening		J	Quanti pasti completi pre	nde al gior	no?			
megful ultimid a meal? (pendita d'appetito, problem) digestivi, difficoltà di mesitazione dei deglustizione) 2 × 3 pasad	A Presenta una perdite dell' appetito? Ha ma	ingiato meno							
Una derata influstrate dell'assurazione di cibo 1 - moderata influstrate dell'assurazione di cibo 1 - moderata influstrate dell'assurazione di cibo 1 - moderata influstrate dell'assurazione di cibo G - perdita di peso > 3 kg 1 - perdita di peso > 3 kg 2 - perdita di peso > 3 kg 3 - perdita di peso to 1 e 3 kg 3 - perdita di peso to 1 e 3 kg 3 - perdita di peso to 1 e 3 kg 3 - perdita di peso to 1 e 3 kg 3 - perdita di peso to 1 e 3 kg 3 - perdita di peso to 1 e 3 kg 3 - perdita di peso to 1 e 3 kg 3 - perdita di peso to 1 e 3 kg 3 - peso dell'assurazione dell'assurazione di cibo 0 - dall'assurazione dell'assurazione di cibo 1 - all'antonomo a derricito 2 - escue di cassa 1 - all'antonomo a derricito 2 - escue dell'assurazione dell'assurazione di cibo 1 - perdita di peso to 1 e 3 kg 3 - peso dell'assurazione dell'assurazione di cibo 0 - dell'assurazione dell'assurazione di cibo 1 - perdita di peso to 1 e 3 kg 2 - nessurazione dell'assurazione di cibo 1 - perdita di peso to 1 e 3 kg 2 - nessurazione dell'assurazione di cibo 1 - perdita di peso to 1 e 3 kg 2 - nessurazione dell'assurazione di cibo 1 - perdita di peso to 1 e 3 kg 2 - nessurazione dell'assurazione di cibo 1 - perdita di peso to 1 e 3 kg 2 - nessurazione dell'assurazione dell'assurazi	negli ultimi 3 mesi? (perdita d'appetito, pro	blemi digestivi,		AND THE PERSON NAMED IN COLUMN TWO IS NOT THE PERSON NAMED IN COLUMN TWO IS NAMED IN COLUMN TWO I					
1 = moderata riduzione del'assunzione di cibo Perdità di peso reconte (<0 mest) O = perdità di peso reconte (<0 mest) O = perdità di peso reconte (<0 mest) O = perdità di peso tra 1 e 3 kg 1 = non sa 2 = perdità di peso tra 1 e 3 kg 3 = nessura perdità di peso O = si di letto ata pottona 1 = sutronmo a donicito 2 = esce di casa Nell' arco degli tultimi 3 mest: malattie acuteo stress psite logica? O = si 2 = no Perdità di peso in contra dell'assura perdità di peso O = si Do 1 si D = se Do 1 si D =	G = Otave tiduzione dell'assumzione di cibo		-						
dei prodult lattero-casean? si no	1 - moderata riduzione dell'assunzione di cibo	۰ ــ	K		L.				
Una o due votile la settimena uno de legunit? Chi giome della carne, del pesce o del potame? Chi giome della carne, del pesce o del pesce o della carne, del pesce o della carne, del pesce o del pesce o della carne, della pesce o della carne, del	2 * nessuna riduzione dell'assunzione di cibo					N.D.	De [
1 m kon să 1 m kon să 2 m kon să perditat di pesso 1 m kon să 2 m kon să perditat di pesso 1 m kon să portrona 1 m kon să portrona demarkito 1 m kon să perditat di pesso o del petiame? 10 m kon să perditat di pesso 1 m kon să pesso del petiame? 10 m kon să perditat de cuteo streas psicologici? 1 m kon să perditat de cuteo streas psicologici? 1 m kon să perditat de cuteo streas psicologici? 1 m kon să perditat de cuteo streas psicologici? 1 m kon să perditat de cuteo streas psicologici? 1 m kon să perditat de cuteo streas psicologici? 1 m kon să perditat de cuteo streas psicologici? 1 m kon să perditat de cuteo streas psicologici? 1 m kon să perditat de cuteo streas psicologici? 1 m kon să perditat de cuteo streas psicologici? 1 m kon să perditat de cuteo streas psicologici? 1 m kon să perditat de cuteo streas psicologici. 1 m kon să perditat de cuteo streas psicologici. 1 m kon să perditat psicologici. 1 m kon să perditat cuteo streas psicologici. 1 m kon să perditat cuteo streas psicologici. 1 m kon să perdita	0 * perdita di peso > 3 kg			and the second second second		31 🚨	ND LJ		
det pesco det polime? Silino det pesco det polimen det pesco det polimen det pesco det polimen det pesco det polimen det pesco dete pesco det pesco det pesco dete pesco det pesco dete pesco det pesco dete pesco dete pesco dete pesco dete pesco dete pesco de						sl 🖸	no D		
Motifietà 0 = dal letto aže potirona 1 = subcnomo a domicito 2 = escé di esase 1.0 = se 3 si 1.0 =		п							
0 = 40 leto 622 potitions 1 = subcommo a domicito 2 = 626 di easa Nell' arco degli ultimi 3 mest: malattie acuteo stress psicologici? 0 = 51	C Motricità	اسا	•		e?	si 🖸	us 🗖		
Netif arco degit ultimil 3 mest: malattie acuteo stress psicologici?									
Nelf arco degit ultimi 3 mest: malattile acuteo stress psicologici? 0 = si 2 = no 1 = si 2 = no 2 =			_	1.0 • se 3 si					
D = no 1 = s				Consums simena due vol	to al atam	· Partha a read			
Problemi neuropsicotogic 0 = demenza o depressione grave 1 = demenza moderata D.D = mana di 3 bicchieri D.D = mana di 4 bicchieri	psicologici?	.0 20023	-		e ai gionni	o nucla o verui	Itas		
0 = demenza o depressione grave 1 = demenza moderata 2 = nessun crotiveng escotogico Indice di massa corporea IMC = peso in kg / jattezza in mi ¹ 0 = IMC +19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23 3 = IMC ≥ 23 Indice di massa corporea IMC = peso in kg / jattezza in mi ¹ 0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 12 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23 Indice di massa corporea IMC = peso in kg / jattezza in mi ¹ 0 = manufacio di siciochieri Indice di massa corporea IMC = peso in kg / jattezza in mi ¹ 0 = manufacio Siciochieri N Come si nutre? 0 = necessità di sasisfenza 1 = eutonomamente econ difficoltà 2 = sutonomamente econ difficoltà 2 = sutonomamente econ difficoltà 2 = sutonomamente esezza dificoltà 2 = sutonomamente esezza difficoltà 2 = sutonomamente esezza difficoltà 2 =			_			7		<u> </u>	
1 = demensia moderata 2 = nessuri crob/emia psicologico Indice di massa corporea IMC = peso in kg / (altezza in m) 1 = 19 ± IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23 1 Description of including Des			M	Quanti bicchieri beve al gi	omo? (ac	qua, succhi, ca	iffé, té, la	tte)	
2 - ressure croberns escologico 1.0 - più di 5 bicchieri 1.0 - più dibitation 1.0 - più di 5 bicchieri 1.0 - più di 5 bic	1 × dentenza moderala			Sandre Statement and Statement					
Indice di massa corporea (NC a peaco in kg / jattezza in mj³ 0 = INC + 19 1 = 19 ≤ INC < 21 2 = 21 ≤ INC < 22 3 = INC > 23 3 = INC > 23 4 autonomamente con difficolta 2 = autonomamente con de autonoma con set consider a ten nutrizionale 2 = aessun problema nutrizionale	2 = nessun problema psicologico							П.Г	
1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23 3 = IMC ≥ 23 3 = IMC ≥ 23 3 = IMC ≥ 23 4 autonomamente con difficulta 2 = sutonomamente con deligional 2 = sutonomamente con deligional 2 = sutonomamente con deligional 2 = mainutrizione grave 1 = mainutrizione moderata o non se 2 = nessun problema nutrizionele 1 = mainutrizione moderata o non se 2 = nessun problema nutrizionele 1 = mainutrizione moderata o non se 2 = nessun problema nutrizionele 2 = nessun problema nutrizionele 3 = interpersone delia sua età? 4 = neno 4 = neno buono 4 = neno b	F Indice di massa corporea MC = peso in kg	(lattezza in mj¹	_						
2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23 2 = subnomamente seaza difficoltà 3 = imaminifizione grave 1 = maliuntrizione emoderata o non sea 2 = nessun problema nutrizionele 1 = maliuntrizione moderata o non sea 2 = nessun problema nutrizionele 2 = nessun problema nutrizionele 3 = imaminifizione problema nutrizionele 4 = maliuntrizione moderata i suo stato di satute miglioreo pegglore di altre persone della sua eta? 5 = non sea 1.0 = uguste 2.0 = migliore 1 = si 0 = no 1 = no 1 = no 1 = no 1 = no 2 = nessun problema nutrizionele 3 = maliuntrizione moderata o non sea 2 = nessun problema nutrizionele 2 = nessun problema nutrizionele 3 = maliuntrizione moderata o non sea 2 = nessun problema nutrizionele 3 = nessun problema nutrizionele 4 = maliuntrizione moderata o non sea 2 = nessun problema nutrizionele 4 = maliuntrizione moderata o non sea 2 = nessun problema nutrizionele 4 = maliuntrizione moderata o non sea 2 = nessun problema nutrizionele 4 = maliuntrizione moderata o non sea 2 = nessun problema nutrizionele 4 = maliuntrizione moderata o non sea 2 = nessun problema nutrizionele 4 = maliuntrizione moderata o non sea 2 = nessun problema nutrizionele 4 = maliuntrizione moderata o non sea 2 = nessun problema nutrizionele 4 = maliuntrizione moderata o non sea 2 = nessun problema nutrizionele 4 = maliuntrizione moderata o non sea 2 = nessun problema nutrizionele 4 = maliuntrizione problema i suo stato di satute miglioreo pegglore di 4 = non 5 =			N						
2 = sutonomemente senza difficolità					Irolla				
0	3 = IMC ≥ 23							\Box	
0			-	Il nonionio al considere he					
1 = msinutrizione moderata o non ea 2 = nessun problema nutrizionele 11 punit. a dischio di marnufrizione 12 punit. a dischio di marnufrizione 13 punit. misinutrizio 14 punit. a dischio di marnufrizione 15 punit. misinutrizione più soprotondita, centinuare con le domarde 16 et una vishutazione più soprotondita, centinuare con le domarde 17 punit. 18 paziente vive autonomamente a domicilio? 19 paziente vive autonomamente a domicilio? 10 e no 10 e no 10 circonterenza brachiale (CB, cm) 10.0 c CB < 21 10.0 c CB < 21 10.0 c CB < 22 10.0 c CB < 23 10 c CB > 22 10.0 c CB > 23 10 c CB > 24 10 c CB > 25 10 c CB			-	D = orsinutrizione orave	n nuuno?	(na dei proble	ni nutrizi	onali)	
Property	(rotare parziere max. 14 punti)				o non sa				
### Presented if decubit I, ulcere cutanee? O = si	12-14 ounti: stato nutrizionale no	omale		2 = nessun problema nutrizi	onele				
altrazione giobale Il paziente vive autonomamente a domicilio? Il paziente vive autonomamente a domicilion a domicilio? Il paziente vive autonomamente a domicilion	3-11 punte a rischio di mainutri.		-	Il nazianto considera il auc	nteta di a	ntuto minitara			
### Presenza di decubiti, sicere cutanee? Presenza di decubiti, sicere cutanee? O = si	or pana. malnutrito			altre persone della sua età	?	arare unflinte	a beddiot	e qı	
D.5 * non sa	Per una vakıtazione più approtondita, continuare co	ebnemob el m							
Il paziente vive autonomamente a domicilio? 1 × ai	3-R								
Il paziente vive autonomamente a domicilio? 1 × ai	Valutazione globale	25 dr		And the second s					
Prende plù di 3 medicinali al giorno? □ = si		and the second second	-						
Presenza di decubiti, ulcero cutanee? □ si 1 = no □ Circonferenza dei potpaccio (CP in cm) □ x CP < 31 □ x CP < 31 □ x CP ≥ 31		· -	Q		8, cm)				
Presenza di decubiti, ulcere cutanee? 0 = si									
Presenza di decubiti, ulcere cutanee? 0 ≈ si 1 ≈ no D ≈ CP < 31	Prende più di 3 medicinali al giorno?							пп	
0 = \$1 1 = \$10 D = \$CP < 31			_					<u> </u>	
Valuazione gtobale (max. 16 punil) Screening Valuazione della (max. 18 punil) Valuazione della (max. 18 punil) Valuazione della (max. 30 puni)	Presenza di decubiti, ulcere cutanee?		R	Circonferenza del polpacci	o (CP in c	n)			
Valuazione gtobale (max. 16 punil) Valuazione gtobale (max. 16 punil) Onlingto. I had heath Aging 2009. 10. 488-465. Retendant LZ Hahar CO, Salma A, Cuigar Y, Volus B Screening let Individualizan a Centific Practice Developing in Street-Form Mai Individualizan a Centific Practice. Developing in Street-Form Mai Individuali Assessment (MAYA-SF). I Car on 2001; 56A. Int65-97. Output Y. The Mainhightonian Assessment (MAYA-SF). I Car on 2001; 56A. Int65-97. Object Y. The Mainhight good in the Habit Aging 2000; 10. 485-487. Sociate due Practual Next's SA. Trademark Comms Sociated due Practual Next's SA. Trademark Comms Sociated due Practual Next's SA. 1094, Rosk on 2000 Per mangiori information in procumentalize-scoon Valutazione gtobale (max. 16 punil) Valutazione dotlo (max. 30 punil) Valutazione totale (max. 30 punil) Valutazione dotlo stato nutrizionale Valutazione totale (max. 30 punil) I Commissione developing in punil pu	U * St 1 * NO	Щ.							
Varia B, Varia H, Abstan C, et al. Oversiend's MAY. As History and Chaberges. Until Health Aging 2016, 10, 456-465. Roberskin LZ, Harker CO, Salva A, Conjex Y, Volta B, Extrating let Uniformation of Cestimic Products. Desteoping par Seaf-Form May Restracted Assessment (MAY. ASS.). Let compare 1, 100-100 (may assessment (MAY. Restrict the Let also also also also an authorism Assessment (MAY. Restrict the Let also also also also also also also also			1				-	<u></u>	
Chalanges. Thus Health Aging 2006. 10, 486-485. Returnish LZ Hahar JO, Safra A, Cuipaz Y, Volks B Screening let Undermarken in Continue Practice Developing to Street-Form Mod Participation of Continue Practice Developing to Participation of Continue Practi	Veras B. Vigis H. Abeten G. et al. Oppresentatives, to h	Strev and			16 punti)			1U-L	
Valutazione totale (max. 30 punt) International Assessment (MAVA-SF). I. Corun 2001; 55A. Mol6-977. Odigus Y. Thu Mai-Maintona Assessment (MAV) Review of the Learning - What does it the Carl I flore Health Aging 2006; 10: 466-487. Sociated dea Produit Nest's EA Tradmick Comms Sociated dea Produit Nest's EA 1004, Roka den 2000 Per mangiori Electrolium I sommume-difference 17-23.5 da 17 a 23.5 punt Valutazione totale (max. 30 punt) Valutazione dotto stato nutrizionale 4-30 da 24 a 30 punti 17-23.5 da 17 a 23.5 punt Valutazione totale (max. 30 punt)	Checkenges. J Nut Hea Us Aging 2018, 10, 458-465.		S	creening					
Participant Assessment (AVA-Sp. J. Curenzón): 55A. htt65-377. Cuigus Y. Thu Manikhinoloma Assessment (BMC) Recover at the Literatura — What does it ast ca? J flor Health Aging 1006; in: 465-487. Securità dea Produit Nestré 2A. Tiedemak Comma Securità dea Produit Nestré 2A. 1014, Realton 2000 24-30 do 24-3 30 punti 17-23.5 do 17 a 23.5 punti Franchigieri Electrolloni I government delectroloni 17-23.5 do 17 a 23.5 punti 17-24.5 do 17 a 23.5 punti	Undernativa à Carittie Practice De cessire de Start-For	লা মানুৱ	٧	alutazione totale (max. 3	D punti)		Γ		
- war deet net cat 7 fluit Health agrig 2005; 19: 465-487. Secusité des Praduit Nest's EA Trademak Comms Secusité des Praduit Nest's EA 1924, Rouk on 2000 Per migglieri Electration I 2000 una des de l'accident de materialistic de l'accident de l'accident de materialistic de l'accident de l'	Failthonai Assessment (MVA-SF). I Curent 2001; 56A. Inte Guiguz Y. Thu Maridianianan Assessment (UNA*) Remove a	5-177. The Learning				la.			
Per managiori Elementalumi a anno uma esticat vicinia. 17-23.5 da 17 a 23.5 punti sistema esticat vicinia da materializacióne.	- Mary 2002 4201 543.7 Minh Health will all 2000; All: 455-485	t.	,	SIGNATION CONTO SIGNO U	unixiOU9	ıc			
	S Sociale des Process Nest's EA 1994, Residen 2000							e	
	to surging encounting 5 www.nue-spites/won								