

Originale

OGGETTO:

Approvazione Piano Aziendale "Percorso Nutrizionale nel Paziente Oncologico" ed istituzione Team Nutrizionale Ospedaliero (TNO).

Dimostrazione della compatibilità economica:

Conto Economico:

Settore Economico Finanziario

Si attesta che il costo di cui al presente atto è stato registrato in contabilità generale.

L'Addetto al riscontro

Il Dirigente Amministrativo
Dott.

Lì, _____

DELIBERAZIONE N. 1481

Adottata nella seduta del 17/03/2022
del Direttore Generale
dott. Salvatore Giuffrida

con l'intervento del sig.

Direttore Amministrativo Dott. Giuseppe Modica de Mohac

Direttore Sanitario Dott.ssa Diana Cinà

E con l'assistenza, quale segretario
della Dott.ssa Lorenza Giusto

Il Funzionario dell'Istruttoria
(Dott. Mario Conti)

Firma

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 I. 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 società 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 modalità 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 Nutrizionale Ospedaliero (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 del 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 il presente atto della immediata esecutività

- La presente deliberazione viene pubblicata all'albo dal 20/03/2021 al 03/04/2021

Dirigente Medico Resp. Staff. Direz. Aziendale
Dott.ssa Anna Maria Longhitano

Il Direttore Amministrativo
Dott. Giuseppe Modica de Mohac

Il Direttore Sanitario
Dott.ssa Diana Cina

Il Direttore Generale
Dott. Salvatore Giuffrida

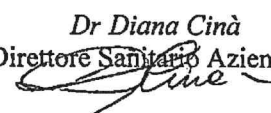
Il Segretario verbalizzante
Dott.ssa Lorenza Giusto

	Azienda Ospedaliera per l'Emergenza Cannizzaro Via Messina 829 – 95126 Catania Piano aziendale Percorso Nutrizionale nel paziente Oncologico D.A. 25 febbraio 2021	PNPO	
		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 Responsabile UOC Staff e GRC 	Dr Diana Cinà Direttore Sanitario Aziendale 	

	Azienda Ospedaliera per l'Emergenza Cannizzaro Via Messina 829 – 95126 Catania Piano aziendale Percorso Nutrizionale nel paziente Oncologico D.A. 25 febbraio 2021	PNPO	
		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

	Azienda Ospedaliera per l'Emergenza Cannizzaro Via Messina 829 – 95126 Catania Piano aziendale Percorso Nutrizionale nel paziente Oncologico D.A. 25 febbraio 2021	PNPO	
		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

	Azienda Ospedaliera per l'Emergenza Cannizzaro Via Messina 829 – 95126 Catania Piano aziendale Percorso Nutrizionale nel paziente Oncologico D.A. 25 febbraio 2021	PNPO	
		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.

	Azienda Ospedaliera per l'Emergenza Cannizzaro Via Messina 829 – 95126 Catania Piano aziendale Percorso Nutrizionale nel paziente Oncologico D.A. 25 febbraio 2021	PNPO	
		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.

	Azienda Ospedaliera per l'Emergenza Cannizzaro Via Messina 829 – 95126 Catania Piano aziendale Percorso Nutrizionale nel paziente Oncologico D.A. 25 febbraio 2021	PNPO	
		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 Skeletal Muscle Mass (SMM): rappresenta il peso totale del muscolo scheletrico. A differenza di LBM, che include tutto ciò che non è 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: $SMI = \frac{\text{kg di muscoli} \times 100}{\text{peso corporeo (kg)}}$

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

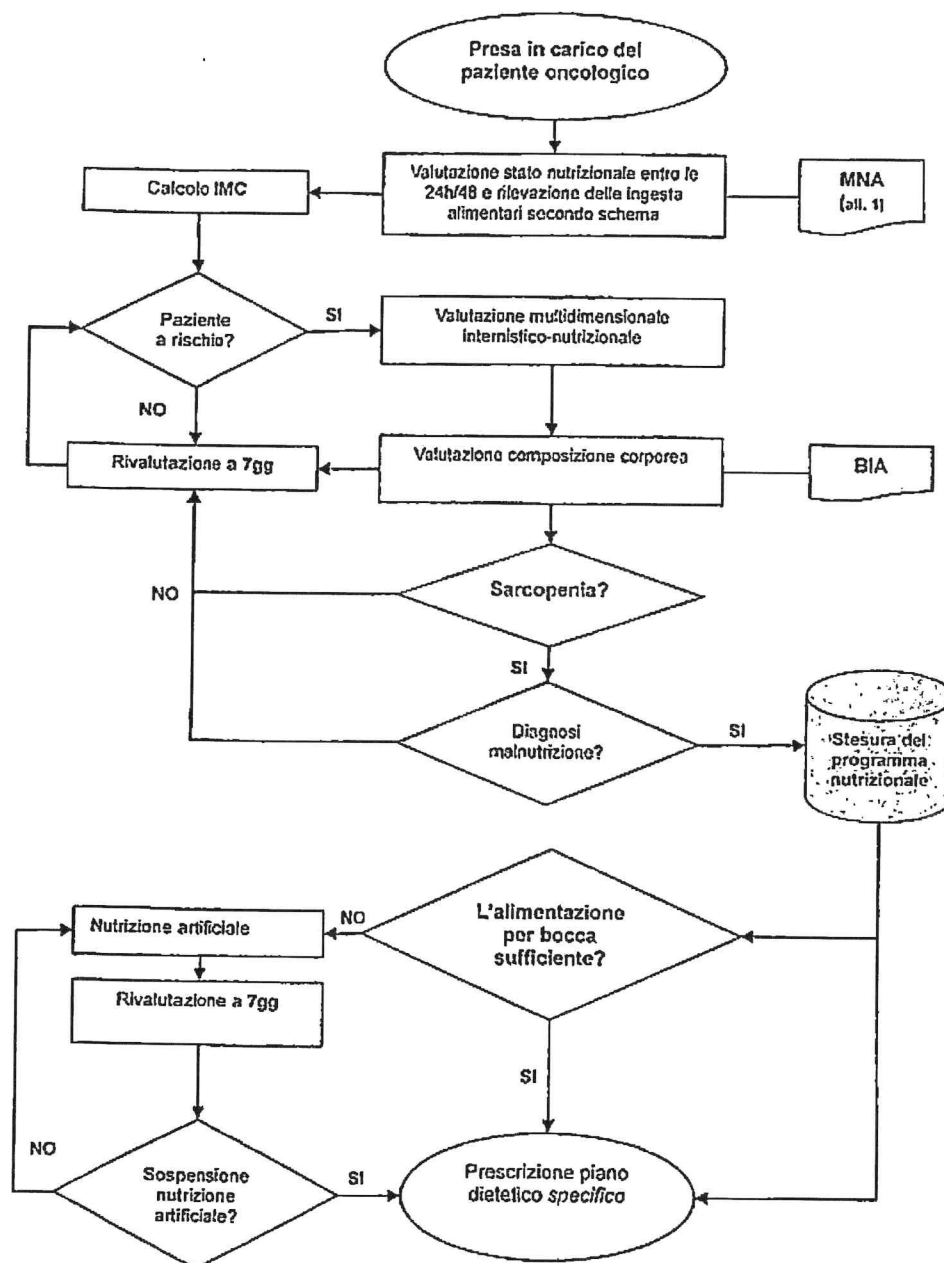
	Azienda Ospedaliera per l'Emergenza Cannizzaro Via Messina 829 – 95126 Catania Piano aziendale Percorso Nutrizionale nel paziente Oncologico D.A. 25 febbraio 2021	PNPO	
		Rev. 0 File 001 Data 28/02/22	Pag. 7 di 13

5. Matrice delle Responsabilità

A	Oncologo	Medico Responsabile Nutrizione	Infermiere	Coord.Inf	Direttori UOC
Valutazione clinica e valutazione nutrizionale	R	R			
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 dietologica e punteggio 23,5				R	
Prescrive piano nutrizionale		R			
Invia alla farmacia richiesta				R	
Rivaluta MNA ogni 3 mesi			R		
Coordina le attività					R

Legenda R- Responsabile C- Coinvolto.

6. Diagramma di flusso



	Azienda Ospedaliera per l'Emergenza Cannizzaro Via Messina 829 – 95126 Catania Piano aziendale Percorso Nutrizionale nel paziente Oncologico D.A. 25 febbraio 2021	PNPO	
		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), comorbidità, 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 I) 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.

1. 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.
2. 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. Il 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.

	Azienda Ospedaliera per l'Emergenza Cannizzaro Via Messina 829 – 95126 Catania Piano aziendale Percorso Nutrizionale nel paziente Oncologico D.A. 25 febbraio 2021	PNPO	
		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. Il medico sospende la Nutrizione Artificiale se l'obiettivo è stato raggiunto
7. Il coordinatore infermieristico dell'Oncologia coordina le fasi del processo.
8. Direttore dell'U.O. verifica il processo

	Azienda Ospedaliera per l'Emergenza Cannizzaro Via Messina 829 – 95126 Catania Piano aziendale Percorso Nutrizionale nel paziente Oncologico D.A. 25 febbraio 2021	PNPO	
		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 debitamente 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

	Azienda Ospedaliera per l'Emergenza Cannizzaro Via Messina 829 – 95126 Catania Piano aziendale Percorso Nutrizionale nel paziente Oncologico D.A. 25 febbraio 2021	PNPO	
		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 Coll Nutr.* 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

 OSPEDALE CANNIZZARO CATANIA AZIENDA OSPEDALIERA PER L'EMERGENZA	Azienda Ospedaliera per l'Emergenza Cannizzaro Via Messina 829 – 95126 Catania Piano aziendale Percorso Nutrizionale nel paziente Oncologico D.A. 25 febbraio 2021	PNPO	
		Rev. 0 File 001 Data 28/02/22	Pag. 13 di 13

11. Allegato 1: Mini Nutritional Assessment (MNA)

Cognome:	Nome:			
Sesso:	Età:	Peso, kg:	Altezza, cm:	Data:

Risponda alla prima parte del questionario indicando, per ogni domanda, il punteggio appropriato. Sommi il punteggio della valutazione di screening e, se il risultato è uguale o inferiore a 11, completi il questionario per ottenere una valutazione dello stato nutrizionale.

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 Mobilità 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 ☐ F 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 ☐ Valutazione di screening (totale parziale max. 14 punti) 12-14 punti: stato nutrizionale normale 8-11 punti: a rischio di malnutrizione 0-7 punti: malnutrito Per una valutazione più approfondita, continuare con le domande G-R Valutazione globale G Il paziente vive autonomamente a domicilio? 1 = sì 0 = no ☐ H Prende più di 3 medicinali al giorno? 0 = sì 1 = no ☐ I Presenza di decubiti, ulcere cutanee? 0 = sì 1 = no ☐	J Quanti pasti completi prende al giorno? 0 = 1 pasto 1 = 2 pasti 2 = 3 pasti ☐ K Consuma? • Almeno una volta al giorno dai prodotti lattiero-caseari? sì ☐ no ☐ • Una o due volte la settimana uova o legumi? sì ☐ no ☐ • Oni giorno della carne, del pesce o del pollame? sì ☐ no ☐ D.0 = se 0 o 1 sì D.5 = se 2 sì 1.0 = se 3 sì ☐ ☐ L Consuma almeno due volte al giorno frutta o verdura? D = no 1 = sì ☐ M Quanti bicchieri beve al giorno? (acqua, succhi, caffè, tè, latte...) D.0 = meno di 3 bicchieri D.5 = da 3 a 5 bicchieri 1.0 = più di 5 bicchieri ☐ ☐ N Come si nutre? D = necessita di assistenza 1 = autonomamente con difficoltà 2 = autonomamente senza difficoltà ☐ O Il paziente si considera ben nutrito? (ha dei problemi nutrizionali) 0 = malnutrizione grave 1 = malnutrizione moderata o non sa 2 = nessun problema nutrizionale ☐ P Il paziente considera il suo stato di salute migliore o peggiore di altre persone della sua età? D.0 = meno buono D.5 = non sa 1.0 = uguale 2.0 = migliore ☐ ☐ Q Circonferenza brachiale (CB, cm) D.0 = CB < 21 D.5 = CB ≤ 21 CB ≤ 22 1.0 = CB > 22 ☐ ☐ R Circonferenza del polpaccio (CP in cm) D = CP < 31 1 = CP ≥ 31 ☐ Valutazione globale (max. 16 punti) ☐ ☐ ☐ Screening ☐ ☐ ☐ Valutazione totale (max. 30 punti) ☐ ☐ ☐ Valutazione dello stato nutrizionale 24-30 da 24 a 30 punti ☐ stato nutrizionale normale 17-23.5 da 17 a 23.5 punti ☐ rischio di malnutrizione meno 17 punti ☐ cattivo stato nutrizionale
--	--

Ref.: Vellas B, Vellas M, Abellan G, et al. Overview of MNA® - its history and development. J Nutr Health Aging 2008; 10: 458-465.
Rubenstein LZ, Markel JC, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form MNA. Nutritional Assessment (MNA-SF). J. Clin Nutr 2001; 56A: 1065-1077.
Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA): Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging 2006; 10: 458-467.
© Società dei Prodotti Nestlé SA, Trieschlik, Omeva
© Società dei Prodotti Nestlé SA 1994, Revision 2009
Per maggiori informazioni: www.unine-shifort.com