

# Supplementi nutrizionali orali per combattere la malnutrizione



**OPUSCOLO RIASSUNTIVO**





**La malnutrizione, e in particolare la sottanutrizione, solitamente associata a varie malattie, è un problema ampiamente diffuso che coinvolge ogni anno milioni di persone in tutta Europa. Le conseguenze della malnutrizione hanno impatti negativi sia sugli individui che sulla società, e comportano un maggior utilizzo delle risorse destinate all'assistenza sanitaria. Nella sola Europa, i costi associati alla malnutrizione si aggirano intorno ai 170 miliardi di euro.**

Anche se la malnutrizione viene generalmente riscontrata in pazienti ospedalizzati e ricoverati in case di cura, nelle comunità sono numerosissime le persone a rischio o affette da questa patologia. Al di là degli scenari coinvolti, il problema della malnutrizione è spesso sottovalutato, nascosto e ignorato. Con l'aumento dell'età media della popolazione europea, le misure volte a prevenire, identificare e curare tale patologia sono diventate di fondamentale importanza.

Il dossier "Supplementi nutrizionali orali per combattere la malnutrizione" presenta un'ampia gamma di evidenze e ricerche oggettive, e include una raccolta dei dati più recenti, incluse autorevoli opinioni e dati sulle cause, la diffusione

e le conseguenze della malnutrizione. Il dossier evidenzia la necessità di monitoraggi periodici e l'importanza di interventi nutrizionali, in particolare dell'uso di supplementi nutrizionali orali (SNO) quale mezzo clinicamente efficace ed economicamente vantaggioso per il sistema di assistenza sanitaria.

Questo opuscolo fornisce una sintesi accessibile e pratica dei dati e delle informazioni emersi dallo studio presentato nel dossier integrale. Evidenzia, inoltre, fatti e cifre oggettivi circa le implicazioni della malnutrizione, e presenta esempi delle migliori pratiche e dichiarazioni di esperti indipendenti.

L'Associazione internazionale di settore per la nutrizione medica (MNI) (Medical Nutrition International Industry) intende aumentare la consapevolezza riguardo la malnutrizione e si augura che offriate il vostro contributo per combattere questa patologia.

**Dr. Meike Engfer e  
Dr. Ceri Green**  
Per conto della MNI

Per accedere al dossier sui "Supplementi nutrizionali orali per combattere la malnutrizione" utilizzare il codice QR riportato di seguito, o visitare il sito web [www.medicalnutritionindustry.com](http://www.medicalnutritionindustry.com)





La Medical Nutrition International Industry (MNI), (Associazione internazionale di settore per la nutrizione medica) è un'associazione internazionale di settore composta da aziende che forniscono prodotti e servizi per la cura e la riabilitazione di pazienti mediante l'impiego di supporti nutrizionali specialistici, sia per somministrazione enterale che parenterale. La MNI è costituita da aziende internazionali all'avanguardia nello sviluppo, la produzione e la fornitura di supporti medici nutrizionali: Abbott, Baxter, B. Braun, Fresenius Kabi, Nestlé Health Science e Nutricia.

La MNI sostiene la ricerca nel campo della Nutrizione clinica per migliorare la salute dei pazienti, e promuove il passaggio dagli studi sulla nutrizione clinica alle pratiche standard grazie alla divulgazione e all'attuazione delle migliori pratiche e di linee guida cliniche.

La MNI è impegnata nella lotta alle patologie legate alla malnutrizione

e supporta lo screening nutrizionale con strumenti convalidati, e le conseguenti appropriate cure per i pazienti identificati come soggetti a rischio nutrizionale.

Perfettamente consapevole della pressione esercitata sulle organizzazioni di assistenza sanitaria, e del fatto che non sempre le terapie nutrizionali vengono considerate parte integrante della cura del paziente, la MNI intende provare che la dimostrazione pratica delle cause, della diffusione e delle conseguenze della malnutrizione è fondata ed è a disposizione del personale medico e di coloro che hanno potere decisionale e che supplementi nutrizionali orali (SNO) sono una delle strategie di supporto nutrizionale disponibili per combattere la malnutrizione, migliorare la salute dei pazienti e ridurre gli elevati costi sostenuti a causa della malnutrizione.

Per ulteriori informazioni inviare un'e-mail all'indirizzo di posta elettronica [secretariat@medicalnutritionindustry.com](mailto:secretariat@medicalnutritionindustry.com) o visitare il sito web [www.medicalnutritionindustry.com](http://www.medicalnutritionindustry.com)

<b>INTRODUZIONE</b>	<b>2</b>
<b>MEDICAL NUTRITION INTERNATIONAL INDUSTRY</b>	<b>3</b>
<b>IL PROBLEMA DELLA MALNUTRIZIONE</b>	<b>4</b>
• La malnutrizione come problema di salute	4
• Diffusione della malnutrizione	5
• Cause della malnutrizione	6
• Conseguenze della malnutrizione	7
• Costi della malnutrizione	8
<b>LA SOLUZIONE</b>	<b>9</b>
• La terapia nutrizionale come obiettivo terapeutico	9
• Studi di caso	10
• Benefici clinici dei Supporti Nutrizionali Orali	11
• Vantaggi economici dei Supporti Nutrizionali Orali	12
• I SNO come parte di un'efficace terapia nutrizionale	13
<b>RACCOMANDAZIONI</b>	<b>14</b>
<b>RINGRAZIAMENTI</b>	<b>15</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>16</b>





## La malnutrizione come problema di salute

**La malnutrizione include sia l'ipernutrizione (sovrappeso e obesità) che la sottanutrizione, ma nel contesto di questo opuscolo il termine "malnutrizione" (conosciuta anche come malnutrizione conseguente a malattie) è impiegato principalmente per indicare sottanutrizione e rischio nutrizionale. La malnutrizione è ampiamente diffusa in tutta Europa e si stima che circa 33 milioni di persone ne siano a rischio.<sup>1</sup>**

La malnutrizione è causata da scarsa assunzione di cibo la quale a sua volta è legata a disabilità e malattie.<sup>2</sup> Nonostante la disponibilità di strumenti di diagnosi affidabili, la malnutrizione risulta ancora non diagnosticata e non curata negli ospedali, nelle case di cura e tra la popolazione delle comunità. Spesso, meno del 50% dei pazienti con diagnosi di malnutrizione riceve trattamenti adeguati.<sup>3,4</sup> Diagnosi precoce e adeguato trattamento della malnutrizione o dei suoi rischi sono quindi indispensabili per fronteggiare l'impatto che essa ha sui pazienti.

La malnutrizione è per lo più associata a malattie, e colpisce tutte le fasce d'età, dagli anziani ai bambini. Gli anziani sono particolarmente a rischio: i pazienti ospedalizzati con più di 65 anni di età hanno il 30% di possibilità in più di essere affetti da questa patologia.<sup>5</sup> La malnutrizione è ampiamente diffusa negli ospedali e nelle case di cura.

La malnutrizione ha conseguenze sia cliniche che economiche, sia per gli individui che per la società. In particolare, i pazienti ospedalizzati malnutriti presentano complicazioni sensibilmente più gravi e il rischio di contrarre infezioni è tre volte superiore rispetto ai pazienti correttamente nutriti.<sup>6,7</sup>

L'impatto della malnutrizione è particolarmente negativo nelle persone più anziane che vivono in comunità, e ne compromette funzioni, mobilità e autonomia. I pazienti malnutriti che vivono in comunità si recano con maggior frequenza dai medici di famiglia e vengono ricoverati più spesso rispetto ai pazienti nutriti correttamente.<sup>8</sup>

Basandoci su stime del Regno Unito, i costi associati alla malnutrizione in Europa sono di circa 170 miliardi ogni anno, più del doppio di quanto speso per l'obesità.<sup>1,9</sup> Una considerevole quantità di evidenze scientifiche dimostra il valore degli interventi nutrizionali mirati a ridurre l'impatto negativo sulla salute.<sup>10</sup>

## Diffusione della malnutrizione

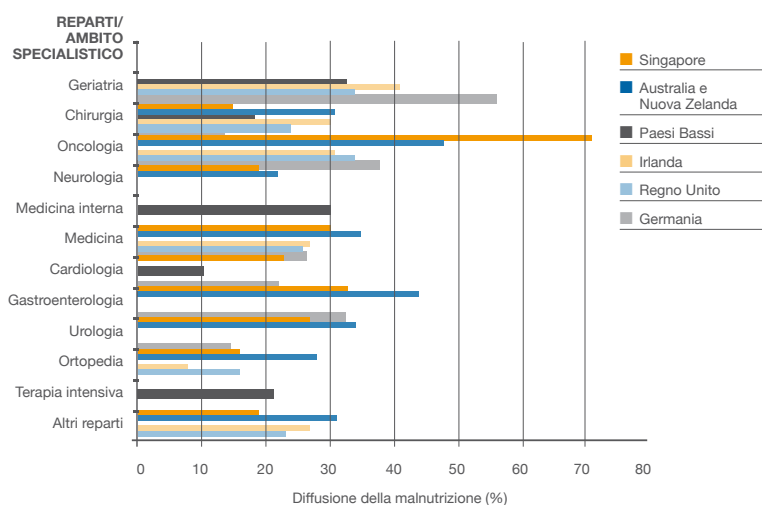
La malnutrizione non è un problema recente. È ampiamente presente in tutti gli ambiti dell'assistenza sanitaria. Nonostante ciò, l'assenza di un monitoraggio sistematico dei rischi della malnutrizione ha rappresentato spesso un'occasione mancata di intervenire tempestivamente e prevenire il problema.

La malnutrizione è diffusa in diversi ambiti, pazienti e fasce di età:

- Studi su larga scala dimostrano che circa un paziente d'ospedale su 4 è a rischio malnutrizione o è già malnutrito<sup>5, 11-13</sup>
- Più di un paziente su 3 nelle case di cura è a rischio malnutrizione o è già malnutrito<sup>14-17</sup>
- Un anziano su 3, tra quanti vivono da soli, è a rischio malnutrizione<sup>14</sup>

- Quasi un bambino su 5 tra quelli ricoverati in ospedali olandesi soffre di malnutrizione cronica o acuta.<sup>18</sup>

La malnutrizione è comune in molti reparti ospedalieri, soprattutto in quelli geriatrici e oncologici (vedi Fig. 1). Nonostante l'alto tasso di rischio malnutrizione negli istituti di cura, la maggior parte dei pazienti a rischio malnutrizione vive in comunità: si stima, infatti, che nelle comunità viva circa il 93% delle persone a rischio malnutrizione o malnutrite.<sup>23</sup>



**Figura 1** Diffusione della malnutrizione e del rischio malnutrizione secondo i reparti ospedalieri/accettazione ricoveri<sup>5,19-22</sup>

## COSA DICONO GLI ESPERTI

La Dottoressa Ailsa Brotherton lavora presso il QIPP (Quality, Innovation, Productivity and Prevention) Safe Care (Centro di assistenza sanitaria QIPP, Qualità, Innovazione, Produttività e Prevenzione) del Dipartimento della Salute del Regno Unito ed è Segretario onorario dell'organico della British Association for Parenteral and Enteral Nutrition (BAPEN).

**“È necessario migliorare le terapie nutrizionali ricevute dai pazienti. Ciò vuol dire identificare tempestivamente la malnutrizione e assicurare ai pazienti in tutti i contesti, specialmente quelli più vulnerabili, una diagnosi della malnutrizione seguita da cure appropriate e da un idoneo controllo periodico se si tratta di pazienti a rischio”.**

## ASPETTI FONDAMENTALI

- Anche se diagnosticata, la malnutrizione non viene sempre curata
- La malnutrizione è un problema di salute pubblica diffuso in tutta Europa. Si stima che 33 milioni di persone siano a rischio
- La malnutrizione colpisce persone di tutte le età, con netta prevalenza di anziani che vivono in comunità
- La malnutrizione causa disabilità e perdita di autonomia, ed è associata a un incremento delle cure mediche.

## Cause della malnutrizione

La malnutrizione è principalmente causata da un'assunzione insufficiente di alimenti, dovuta a varie malattie e alle relative cure.<sup>2,24</sup>

La quantità di cibo consumato può diminuire per diverse ragioni, quali inappetenza, problemi di deglutizione ed effetti collaterali dei farmaci.<sup>2</sup> Questo problema colpisce in particolar modo pazienti affetti da cancro, che soffrono di alterazioni del gusto o di nausea a causa delle cure, o pazienti con problemi neurologici che impediscono la deglutizione o la possibilità di nutrirsi in maniera autonoma. Più del 50% dei pazienti ospedalizzati non termina il pasto fornito, e oltre il 30% dei pazienti curati a casa lascia nel piatto la metà del pranzo.<sup>25,26</sup> Molto spesso, pertanto, questi pazienti non soddisfano le loro esigenze nutrizionali.

Ma il problema va oltre l'insufficiente assunzione di cibo (vedi Fig 2). L'assenza di una chiara descrizione delle responsabilità delle autorità sanitarie, degli istituti e del personale sanitario, una preparazione inadeguata e scarsi mezzi per il monitoraggio, non fanno che esacerbare il problema. Diventa quindi indispensabile un approccio multidisciplinare per individuare e adottare soluzioni adeguate ed efficaci.



**Figura 2** Fattori che portano a un'assunzione insufficiente di calorie e sostanze nutritive negli adulti come cause di malattie legate alla malnutrizione (Cfr. Stratton et al. 2003)<sup>2</sup>

\* Le quantità minime richieste per alcune sostanze nutritive potrebbero aumentare a causa di cattivo assorbimento, metabolismo alterato ed eccessi di perdita.

## ASPETTI FONDAMENTALI

- Malattie e relative cure che determinano l'insufficiente assunzione di cibo, sono tra le principali cause della malnutrizione
- I pazienti affetti da cancro o da determinati disturbi neurologici sono particolarmente vulnerabili
- Per combattere la malnutrizione è necessario un deciso approccio multidisciplinare che coinvolga personale sanitario, istituti e autorità competenti



## Conseguenze della malnutrizione

La malnutrizione può incidere negativamente su ciascun organo del corpo, portando a conseguenze di vasta portata sia fisiche che psico-sociali, come ridotte risposte immunitarie, cicatrizzazione alterata, risposta muscolare insufficiente e stato di affaticamento, inattività, apatia, depressione e trascuratezza.<sup>23</sup> Negli anziani, specialmente tra quanti vivono nella comunità, può seriamente compromettere le funzioni, la mobilità e l'autonomia. Nel complesso, la malnutrizione influisce negativamente sulla qualità della vita.<sup>2</sup>

La malnutrizione presenta una serie di conseguenze cliniche (vedi Fig. 3).<sup>27</sup> I pazienti malnutriti ospedalizzati presentano un maggior numero di

complicazioni rispetto a quelli ben nutriti (il 30,6% contro l'11,3%).<sup>28</sup> I tassi di mortalità sono notevolmente più alti tra i pazienti a rischio ricoverati in ospedale rispetto ai pazienti non a rischio.<sup>28</sup>

A sua volta, la malnutrizione comporta implicazioni economiche negative per i budget dei servizi sanitari nazionali, con un incremento dei fondi destinati alla salute come quelli per ricoveri prolungati e ripetuti. La durata media della degenza ospedaliera potrebbe ammontare al 30% in più nei pazienti malnutriti.<sup>28</sup>

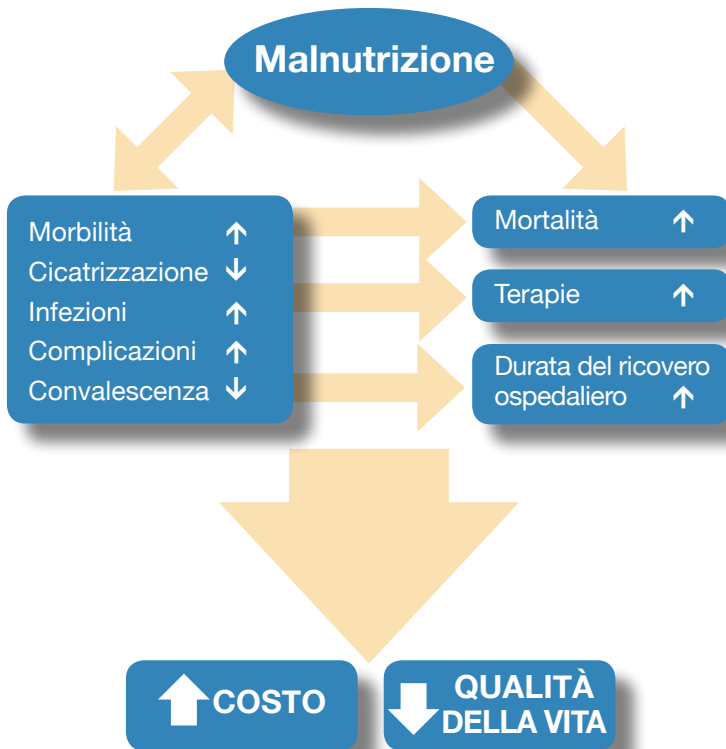


Figura 3 Impatto prognostico della malnutrizione (Cfr. Norman et al. 2008)<sup>27</sup>

## COSA DICONO GLI ESPERTI

**Il Professeur Alessandro Laviano** è Professore associato di Medicina Interna presso il Dipartimento di Medicina Clinica dell'Università "La Sapienza" di Roma e presidente dell'Educational and Clinical Practice Committee of the European Society of Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN) (Comitato per l'educazione e la pratica clinica della Società Europea per la nutrizione clinica e il metabolismo):

*"La malnutrizione non è considerata una priorità per i pazienti: viene infatti attribuita importanza soprattutto (o prevalentemente) alle patologie sottostanti. È necessario comprendere che un'alimentazione inadeguata determina un incremento delle complicazioni e un prolungamento delle degenze. In genere l'enfasi è posta sulla necessità di perdere peso, mentre nel nostro caso cerchiamo di mantenere o far aumentare il peso dei pazienti. Questo tipo di intervento non sempre risulta popolare".*

## ASPETTI FONDAMENTALI

- Il rischio di complicazioni è 3 volte più alto tra i pazienti ospedalizzati malnutriti
- La malnutrizione può comportare degenze più lunghe per i pazienti
- La malnutrizione è associata a tassi di mortalità più elevati nei pazienti a rischio ospedalizzati

## Costi della malnutrizione-

Basandosi sul fatto che la malnutrizione è associata a un maggior utilizzo delle risorse finalizzate alla spesa sanitaria, come risultato di tempi prolungati di degenza ospedaliera, di un numero più elevato di ricoveri reiterati e di complicazioni, si stima che i costi associati alla malnutrizione e al rischio di malnutrizione in Europa siano pari a 170 miliardi di euro.<sup>1</sup>

## ASPETTI FONDAMENTALI

- In Europa i costi associati alla malnutrizione e al rischio di malnutrizione sono stimati in circa 170 miliardi di euro
- La spesa relativa al controllo della malnutrizione è pari al 10% dell'intero budget annuale destinato dall'Irlanda all'assistenza medica e sociale
- I costi relativi alla malnutrizione sono destinati ad aumentare nei prossimi anni






	Nazione	Popolazione (dati approssimativi)	Costi finanziari stimati per le implicazioni della malnutrizione
	Regno Unito	60,8 milioni	<b>15 miliardi di euro</b> Costo complessivo per le questioni legate alla malnutrizione nel 2007 <sup>30</sup>
	Germania	82,4 milioni	<b>9 miliardi di euro</b> , che saliranno a 11 miliardi entro il 2020. Costi relativi alla malnutrizione <sup>31</sup>
	Paesi Bassi	16,8 milioni	<b>1,9 miliardi di euro</b> Totale dei costi addizionali nel 2011 per malattie legate alla malnutrizione, pari al 2,1% del totale delle spese sanitarie olandesi e al 4,9% dei costi totali dei settori di assistenza sanitaria <sup>32</sup>
	Irlanda	4,1 milioni	<b>1,4 miliardi di euro</b> Nel 2007, il 10% dell'intero budget annuale destinato dall'Irlanda all'assistenza medica e sociale è stato speso per gestire la malnutrizione <sup>33</sup>
	Europa	738,2 milioni	<b>170 miliardi di euro</b> Costo stimato per le malattie derivanti da malnutrizione in Europa <sup>1</sup>

Tabella 1 Esempi di costi stimati per le implicazioni della malnutrizione in Europa



## La terapia nutrizionale come obiettivo terapeutico

**Il supporto nutrizionale è una parte indispensabile nella cura dei pazienti ed è necessario accertarsi in primo luogo che questi abbiano accesso a cibi appetitosi e nutrienti che soddisfino le loro necessità nutrizionali, culturali e religiose. Una buona terapia nutrizionale include esami per identificare pazienti a rischio e la pianificazione di cure che assicurino la nutrizione adeguata ai pazienti quando necessario.**

La questione della malnutrizione non può essere affrontata senza supporto. Sono in corso tentativi per riunire tutte le categorie interessate, al fine di coinvolgerle nella risoluzione del problema e fornire un approccio coordinato nell'affrontare la malnutrizione nei vari settori dell'assistenza sanitaria.

Nel giugno 2009, in collaborazione con la Presidenza europea della Repubblica Ceca, rappresentanti dei ministeri della salute degli stati membri dell'Unione Europea e molti gruppi di operatori del settore si sono confrontati dando vita alla "Dichiarazione di Praga" sotto lo slogan "Fermiamo le malattie legate e dovute alla malnutrizione!". Nella dichiarazione si suggerisce di intraprendere le seguenti azioni per combattere la malnutrizione:

- Presa di coscienza ed educazione
- Linee guida per lo sviluppo e l'adozione
- Controlli medici obbligatori
- Ricerca sulla malnutrizione
- Formazione sulla terapia nutrizionale per operatori sociali e sanitari

- Terapie nazionali nutrizionali condivise, e loro incremento e sovvenzionamento in tutti i settori sanitari interessati
- Considerare la malnutrizione come priorità per tutte le future Presidenze dell'Unione Europea.

Nella dichiarazione di Varsavia dell'ottobre 2011, emanata durante la Presidenza polacca dell'Unione, sono stati ribaditi i punti chiave per contrastare l'ampia tipologia di effetti negativi che la malnutrizione può avere su pazienti e servizi sanitari:

- Incremento degli esami di routine per accertare il grado di rischio nutrizionale in tutta Europa
- Maggior consapevolezza pubblica
- Politiche di rimborso
- Formazione medica

Ai pazienti con malnutrizione o rischio malnutrizione diagnosticati, dovrebbero essere forniti supporti nutrizionali adeguati. Iniziando con assistenza alimentare e arricchimento del cibo convenzionale, l'introduzione di supporti medici come quelli nutrizionali orali nella terapia è un'opzione supportata da evidenze di efficacia nei pazienti più vulnerabili.

### COSA DICONO GLI ESPERTI

**Il Professor Koen Joonsten**, Pediatra presso Terapia pediatrica intensiva all'Erasmus MC- Sophia Children Hospital nei Paesi Bassi, Tesoriere della Dutch Society of Parenteral and Enteral Nutrition (NESPEN) (Società olandese per la nutrizione parenterale ed enterale), commenta l'importanza di un approccio multidisciplinare:

**"La collaborazione dell'intero sistema ospedaliero è di primaria importanza quando si adotta un nuovo programma. Assegnare le responsabilità, definire gli obiettivi, costruire la consapevolezza e buoni canali comunicativi tra medici, infermieri, direzione ospedaliera e sistemi di informazione sono fattori indispensabili per la buona riuscita del progetto, quando si introducono nuove metodologie di lavoro".**

## STUDI DI CASO

**La malnutrizione non dovrebbe essere considerata una parte inevitabile della malattia e dell'invecchiamento. È responsabilità di tutti pretendere che essa venga diagnosticata e che vengano adottate misure per garantire la giusta e tempestiva terapia nutrizionale.**



Riportiamo di seguito la storia di Anne, un esempio di pianificazione di cura individuale per supportare la ripresa di una paziente.

### La storia di Anne

Anne è un'anziana signora che vive da sola. Suo marito è morto due anni fa. In passato Anne era una donna estremamente socievole e partecipava alla vita sociale, ma adesso è estremamente difficile incontrarla per le vie della città. Non è in grado di uscire di casa e può contare solo sulle rare visite dei familiari che vivono lontani per avere un aiuto. La sua salute è precaria e ha problemi respiratori.

Anne non è in grado di fare la spesa né di prepararsi i pasti da sola, e non comprende l'importanza di un'alimentazione adeguata per il suo stato di salute. Soffre inoltre di depressione e i problemi respiratori le rendono difficoltoso sia respirare che mangiare.

### La terapia nutrizionale di Anne

L'equipe medica che segue Anne dovrebbe:

- Accertare il rischio di malnutrizione con strumenti diagnostici validi
- Curare i sottostanti problemi respiratori e di depressione
- Organizzare assistenza per l'acquisto di generi alimentari e la preparazione dei pasti
- Fornire supplementi nutrizionali orali in modo che Anne possa seguire un regime alimentare adeguato alle sue esigenze
- Monitorare i suoi progressi per assicurarsi che la terapia nutrizionale abbia gli effetti sperati



## COSA DICONO GLI ESPERTI

Il Professor Jean Pierre Michel, Professore onorario di Medicina presso l'Università di Ginevra, in Svizzera e Presidente della European Union Geriatric Medicine Society (EUGMS) (Società dell'Unione Europea per la medicina geriatrica) ha affermato:

“La prescrizione dei SNO evidenzia numerosi risultati clinici positivi, tra cui aumento di peso, della forza e della massa muscolare e della mobilità, oltre a un miglioramento delle funzioni respiratorie che contribuirà a facilitare le attività quotidiane migliorando la qualità della vita”.

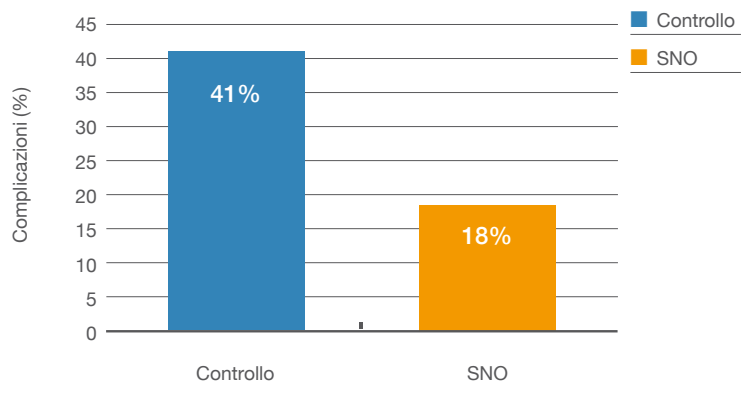
## Benefici clinici dei Supporti Nutrizionali Orali (SNO)

I SNO sono una soluzione clinica efficace per contrastare la malnutrizione. È stato ampiamente dimostrato che i SNO sono un supporto nutrizionale strategico di grande efficacia, da impiegare per combattere la malnutrizione e migliorare le condizioni di quei pazienti in grado di alimentarsi, ma non in modo sufficiente da soddisfare il proprio fabbisogno nutrizionale.

I SNO apportano benefici comprovati dal punto di vista nutrizionale, dell'efficacia e clinici, benefici riscontrati sia negli ospedali che nella comunità su numerosi e diversi gruppi di pazienti.

I risultati principali emersi dagli studi condotti su questi prodotti dimostrano che i SNO incidono positivamente su diversi parametri:

- Mortalità ridotta fino al 24% rispetto alle terapie tradizionali<sup>2</sup>
- Riduzione dei tassi di complicazioni rispetto alle terapie di routine<sup>2, 34, 35</sup> (vedi Fig. 4)
- Aumento del peso corporeo sia in pazienti ospedalizzati che residenti in comunità, inclusi i più anziani<sup>34</sup>



**Figura 4** Tassi inferiori di complicazioni nei pazienti trattati con SNO rispetto ai pazienti ospedalizzati (Cfr. Stratton et al. 2003)<sup>2</sup>

## ASPETTI FONDAMENTALI

- I SNO sono una soluzione efficace e non invasiva per contrastare la malnutrizione
- I SNO determinano un aumento di peso corporeo e ne prevengono la perdita in pazienti malnutriti o a rischio malnutrizione
- L'impiego di SNO è fortemente collegato a una diminuzione dei tassi di mortalità e complicazioni nei pazienti malnutriti rispetto a quelli trattati con terapie standard.

## COSA DICONO GLI ESPERTI

Il Professor Jean Pierre Michel ha dichiarato:

“L’impiego dei SNO è importante poiché riduce le complicazioni e assicura una guarigione più rapida con conseguente riduzione dei tempi di degenza in ospedale e dei relativi costi”.

## Vantaggi economici dei SNO

Il potenziale risparmio, risultante dalla riduzione della durata delle terapie, è stato dimostrato per i pazienti cui sono stati somministrati SNO, e può essere conseguito sia in ambito ospedaliero che comunitario (vedi [Tabella 2](#)). Il modello economico studiato dal NICE (National Institute For Clinical Excellence, 2006) (Istituto nazionale per l’eccellenza clinica) ha dimostrato l’efficacia economica dei SNO nell’ambito dei programmi di controllo.<sup>34</sup> Il NICE classifica i SNO come “terapie economicamente convenienti”.

Oltre a migliorare il benessere dei pazienti, combattere la malnutrizione con i SNO offre ai servizi sanitari l’opportunità di controllare i costi. Questo aspetto è particolarmente

rilevante alla luce dell’innalzamento dell’età media della popolazione e della considerevole diffusione di malattie croniche, fattori che incidono negativamente sullo stato nutrizionale, che a sua volta contribuisce a innalzare le spese. Il controllo e la gestione della malnutrizione possono concorrere alla soluzione del problema. Sebbene le spese sostenute in un determinato settore possano comportare risultati positivi in un altro ambito, una prevenzione efficace e la gestione della malnutrizione porteranno a un risparmio nell’assistenza sociale e sanitaria. Ad esempio, l’utilizzo di SNO ad elevato contenuto proteico è associato a una riduzione del 30% del numero complessivo dei ricoveri reiterati.<sup>39</sup>

Paese	Gruppo di pazienti	Risparmio per paziente
<b>OSPEDALE</b>		
Paesi Bassi <sup>36</sup>	Chirurgia addominale	€252
Regno Unito <sup>29</sup>	Risultati collettivi dei pazienti di chirurgia, anziani e colpiti da ictus	€1.002 (£849) (costo giornaliero per posto letto) €352 (£298) (costi derivanti dalle complicazioni)
<b>COMUNITÀ</b>		
Francia <sup>37</sup>	Pazienti anziani malnutriti (>70 anni)	€195
Germania <sup>38</sup>	Pazienti idonei al trattamento con SNO a causa di rischio MLM*	€234-€257

\*MLM: malattie legate alla malnutrizione

**Tabella 2** Esempi di studi che dimostrano il risparmio ottenuto tramite l’impiego di SNO<sup>29,36-38</sup>

## ASPETTI FONDAMENTALI

- L’utilizzo di SNO nel Regno Unito ha consentito di risparmiare €1.000 per paziente in base alla durata della degenza
- I pazienti che vivono in comunità trattati con SNO ricevono un numero minore di visite mediche a domicilio
- Riduzione del 30% del numero complessivo dei ricoveri reiterati dei pazienti trattati con SNO ad elevato contenuto proteico



## I SNO come parte di un'efficace terapia nutrizionale

**I SNO vengono sempre più riconosciuti come parte integrante delle strategie complessive di controllo dei pazienti malnutriti negli ospedali e nella comunità, supportati da prove fondate che dimostrano i miglioramenti apportati nell'assunzione di nutrienti e negli esiti clinici, di efficacia ed economici.**

In molti paesi le autorità nazionali, le agenzie governative, i dipartimenti della salute, gli esperti e le organizzazioni di professionisti hanno sviluppato delle linee guida basate sul controllo della malnutrizione, collaborando e lavorando fianco a fianco.

Le buone pratiche nella terapia nutrizionale nei contesti di assistenza sociale e sanitaria dovrebbero comprendere una gamma di strategie e attività finalizzate ad assicurare che ciascun paziente riceva l'intervento nutrizionale più appropriato, personalizzato e tempestivo possibile, al fine di ottimizzare l'assunzione di nutrienti e lo status nutrizionale con l'obiettivo di aumentare la guarigione.

Esistono numerosi esempi del modo in cui l'implementazione delle linee guida per la nutrizione possa avere effetti positivi sia sui pazienti che sugli operatori sanitari. Nonostante ciò, è ancora difficoltoso identificare tali esempi a causa delle discrepanze tra le diverse linee guida, spesso presenti ma non completamente attuate, o perché le raccomandazioni di queste linee non sono documentate né condivise. Naturalmente, è necessario un approccio multidisciplinare coordinato per trasformare queste norme accademiche in approccio pratico per i professionisti del settore.

Dal 2008, la MNI riceve un finanziamento annuale come miglior iniziativa nazionale nel tradurre i dati sulla malnutrizione in un approccio pratico per combatterla. Maggiori informazioni su questi progetti sono disponibili sul sito web [www.medicalnutritionindustry.com](http://www.medicalnutritionindustry.com).

### COSA DICONO GLI ESPERTI

La Dottoressa Ailsa Brotherton:

**“Sono disponibili prove sufficienti che dimostrano come la nutrizione abbia un impatto significativo sulle terapie somministrate al paziente e migliori le guarigioni salvaguardando l'aspetto economico”.**

### ESEMPI DI BUONA PRATICA

- Lo screening tramite l'utilizzo del MUST, Strumento universale di valutazione della malnutrizione, ha migliorato le terapie nutrizionali, grazie a un'adeguata programmazione delle cure mediche e a una riduzione della durata delle degenze e dei relativi costi<sup>40</sup>
- L'impiego di consulenti dietisti ha fornito supporti nutrizionali intensivi, inclusi i SNO (come

raccomandato dalle linee guida del Governo regionale del Galles), alle pazienti più anziane con frattura dell'anca, e ha comportato un considerevole miglioramento dell'assunzione calorica e della riduzione della mortalità sia nel reparto di traumatologia che a 4 mesi dalla frattura<sup>41</sup>

- L'adozione di un protocollo di terapia nutrizionale per i

pazienti affetti da cancro negli ospedali spagnoli ha portato a una diminuzione della perdita di peso nel 60% dei pazienti e all'aumento del peso nel 17% dei malati<sup>42</sup>

- L'adozione di un programma di terapia nutrizionale per anziani negli ospedali del Belgio ha significativamente ridotto i tempi di degenza ospedaliera.<sup>43</sup>

# RACCOMANDAZIONI

**In tutti gli aspetti della lotta alla malnutrizione, dalla diagnosi alla prescrizione della terapia migliore per il paziente, anche in termini economici, emergono numerosi fattori decisivi:**

- Necessità di un coinvolgimento di **tutti gli operatori del settore** a tutti i livelli
- **Consapevolezza, educazione e training** sono fattori determinanti per la buona riuscita della terapia
- **I controlli e le iniziative** per aumentarne la qualità sono indispensabili
- Devono essere create opportunità per condividere le **buone pratiche**

La MNI è impegnata ad accrescere la consapevolezza del problema della malnutrizione e ad agevolare l'introduzione di strumenti diagnostici di routine, valutazione e supporti nutrizionali adeguati in tutti gli ambiti, da quello dell'assistenza sanitaria a quello della comunità. Per il raggiungimento di tale obiettivo, la MNI offre i seguenti suggerimenti:



## Identificare la malnutrizione

- Le politiche nutrizionali nazionali non dovrebbero occuparsi soltanto di malnutrizione ma anche di sovrappeso e obesità
- Controlli di routine per le categorie più vulnerabili dovrebbero rientrare nelle politiche nutrizionali nazionali
- Strumenti diagnostici riconosciuti dovrebbero essere impiegati per identificare i pazienti malnutriti o a rischio
- È necessario un insieme di metodologie comune per quanti sono responsabili di diagnosticare la malnutrizione

## Diffusione

- Dovrebbe essere preso l'impegno di valutare con sistematicità la diffusione della malnutrizione e i suoi rischi, condividendo i risultati.

## Cause

- Dovrebbero essere adottati approcci alle terapie nutrizionali basati sui dati, considerando le cause della malnutrizione, gli obiettivi degli interventi e anche i vincoli ambientali e pratici

## Conseguenze

- È necessaria una maggiore consapevolezza circa l'ampio raggio di conseguenze negative della malnutrizione per i pazienti, per gli operatori sanitari e per la società in generale

## Pianificazione delle terapie nutrizionali

- Esempi di buona pratica dovrebbero essere ampiamente diffusi per facilitare l'adozione di linee guida e per ottimizzare l'impiego di risorse

## Benefici dei SNO

- Un elevato numero di prove dimostra i benefici dei SNO. Ciò dovrebbe trasformare i SNO in consuetudine per assicurare ai pazienti che lo necessitano un giusto intervento nutrizionale.

## Assistenza

- L'assistenza nel controllo dei pazienti malnutriti o a rischio dovrebbe riflettere i dati recenti sugli interventi nutrizionali, inclusi i SNO, e fornire chiari e pratici consigli sui modi e momenti più opportuni per avvalersi di interventi nutrizionali

## Buona pratica

- Esempi di buona pratica dovrebbero essere diffusi ampiamente per facilitare l'impiego di linee guida nutrizionali e per assicurare un utilizzo ottimale delle risorse



# RINGRAZIAMENTI

La MNI desidera ringraziare i seguenti esperti che hanno contribuito a questo studio con suggerimenti e con le loro conoscenze ed esperienze:



**La Dottoressa Ailsa Brotherthorn** lavora presso il QIPP Safe Care (Centro di assistenza sanitaria QIPP, Qualità, Innovazione, Produttività e Prevenzione) del Dipartimento della Salute del Regno Unito, che ha contribuito a un miglioramento del programma nazionale con particolare attenzione alla nutrizione e all'idratazione. È Segretario onorario dell'organico della British Association for Parenteral and Enteral Nutrition (BAPEN) (Associazione britannica per la nutrizione parenterale ed enterale), membro del suo quality group e Direttrice del Clinical Engagement and Leadership al NHS QUEST in Inghilterra.



**Il Professor Koen Joonsten** è Pediatra presso Terapia pediatrica intensiva all'Erasmus MC- Sophia Children Hospital nei Paesi Bassi. Membro di numerose commissioni nutrizionali, è presidente del gruppo per la nutrizione dell'Associazione pediatrica olandese, membro del comitato di direzione per la malnutrizione e tesoriere della Dutch Society of Parenteral and Enteral Nutrition (NESPEN) (Società olandese per la nutrizione parenterale ed enterale).



**Il Professor Alessandro Laviano** è Professore Associato di Medicina Interna presso il Dipartimento di Medicina Clinica dell'Università "La Sapienza" di Roma e presidente del Educational and Clinical Practice Committee of the European Society of Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN) (Comitato di pratica clinica ed educativa della Società Europea per la nutrizione clinica e il metabolismo).



**Il Professor Jean Pierre Michel** è Professore onorario di Medicina presso l'Università di Ginevra, in Svizzera, e Presidente della EUGMS, Società dell'Unione Europea per la medicina geriatrica, (2012-13). Esperto per il programma "Ageing and Life course" ("Invecchiamento e durata della vita") dell'OMS, è tra i fondatori della European Academy for Medicine of Aging (EAMA) (Accademia europea di medicina geriatrica), della Middle East Academy of Medicine of Ageing (MEAMA) (Accademia del Medio Oriente di medicina geriatrica) e dei corsi specialistici dell'IAGG (Associazione internazionale di gerontologia e geriatria) sull'invecchiamento, in Asia.



**Fionna Page**, laureata in materie scientifiche con lode e impegnata nel Dipartimento di ricerca, ha raccolto i materiali e redatto l'intero dossier per conto della MNI. È specializzata in dietologia e vanta numerosi anni di esperienza sia nella pratica clinica (soprattutto nel supporto nutrizionale in ospedale e nell'ambito delle terapie alla comunità) che nell'industria dei prodotti dietoterapeutici.

# BIBLIOGRAFIA

1. Ljungqvist O, de Man F. *Nutr Hosp* 2009;**24**:368-70.
2. Stratton RJ et al. Wallingford: CABI Publishing, 2003.
3. Meijers JM et al. *Nutrition* 2009;**25**:512-9.
4. Van Nie-Visser NC et al. *Clin Nutr Suppl* 2009;**4**(2):45 (abstract 99).
5. Russell C, Elia M. Redditch: BAPEN, 2012.
6. Sorensen J et al. *Clin Nutr* 2008;**27**:340-9.
7. Schneider SM et al. *Br J Nutr* 2004;**92**:105-11.
8. Guest JF et al. *Clin Nutr* 2011;**30**:422-9.
9. House of Commons Health Committee. Londra, The Stationery Office. 2004.
10. Volkert D et al. *Clin Nutr* 2006;**25**:330-360.
11. Schindler K et al. *Clin Nutr* 2010;**29**:552-9.
12. Imoberdorf R et al. *Clin Nutr* 2010;**29**:38-41.
13. Meijers JM et al. *Br J Nutr* 2009;**101**:417-23.
14. Kaiser MJ et al. *J Am Geriatr Soc* 2010;**58**:1734-8.
15. Suominen MH et al. *Eur J Clin Nutr* 2009;**63**:292-6.
16. Lelovics Z et al. *Arch Gerontol Geriatr* 2009;**49**:190-6.
17. Parsons EL et al. *Proc Nutr Soc* 2010;**69**:E197
18. Joosten KF et al. *Arch Dis Child* 2010;**95**:141-5.
19. Agarwal E et al. *Clin Nutr* 2012;**31**:41-47.
20. Lim SL et al. *Clin Nutr* 2012;**31**:345-350.
21. Meijers JM et al. *Br J Nutr* 2009;**101**:417-423.
22. Pirlich M et al. *Clin Nutr* 2006;**25**:563-72.
23. Elia M, Russell C. Redditch: BAPEN, 2009.
24. Gibbons T, Fuchs GJ. *Clin Pediatr (Phila)* 2009;**48**:356-61.
25. Hiesmayr M et al. *Clin Nutr* 2009;**28**:484-91.
26. Valentini L et al. *Clin Nutr* 2009;**28**:109-16.
27. Norman K et al. *Clin Nutr* 2008;**27**:5-15.
28. Sorensen J et al. *Clin Nutr* 2008;**27**(3):340-349.
29. Elia M et al. Redditch: BAPEN, 2005.
30. Elia M & Stratton RJ. Redditch, BAPEN. 2009.
31. Cepton. Malnutrition in Germany: Monaco di Baviera, 2007.
32. Freijer K et al. *Clin Nutr* 2012; Jul 10 Epub.
33. Rice N, Normand C. *Public Health Nutr* 2012; Feb 8 Epub.
34. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Clinical guideline 32. Londra: NICE, 2006.
35. Milne AC et al. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;CD003288.
36. Freijer K, Nuijten MJ. *Eur J Clin Nutr* 2010;**64**:1229-34.
37. Arnaud-Battandier F et al. *Clin Nutr* 2004;**23**:1096-103.
38. Nuijten M, Mittendorf T. *Akt Ern Med* 2012;**37**:126-133.
39. Cawood AL et al. *Ageing Res Rev* 2012;**11**:278-296.
40. Cawood AL et al. *Clin Nutr Suppl* 2009;**4**(2):81
41. Duncan DG et al. *Age Ageing* 2006;**35**:148-53.
42. Caro MM et al. *Nutr Hosp* 2008;**23**:458-68.
43. Pepersack T. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2005;**60**:787-92.

Per ulteriori informazioni e per visionare l'elenco completo delle fonti, fare riferimento al dossier "Supplementi nutrizionali orali per combattere la malnutrizione".

[www.medicalnutritionindustry.com](http://www.medicalnutritionindustry.com)



The Medical Nutrition International Industry (MNI)

Rue de l'Association 50, 1000 Bruxelles, Belgio

[www.medicalnutritionindustry.com](http://www.medicalnutritionindustry.com)

Contatto: [secretariat@medicalnutritionindustry.com](mailto:secretariat@medicalnutritionindustry.com)