

Antonella Lezo

*Servizio di Dietetica e Nutrizione Clinica presidio OIRM-S.Anna,
Città della Salute e della Scienza, Torino*

*Presidente Società Italiana di Nutrizione Artificiale e
Metabolismo SINPE*

LO STATO DELL'ARTE DELLA NUTRIZIONE CLINICA IN ITALIA

27 - 29 novembre 2025

Padova Congress
Via Carlo Goldoni 8, Cancellò C - Padova

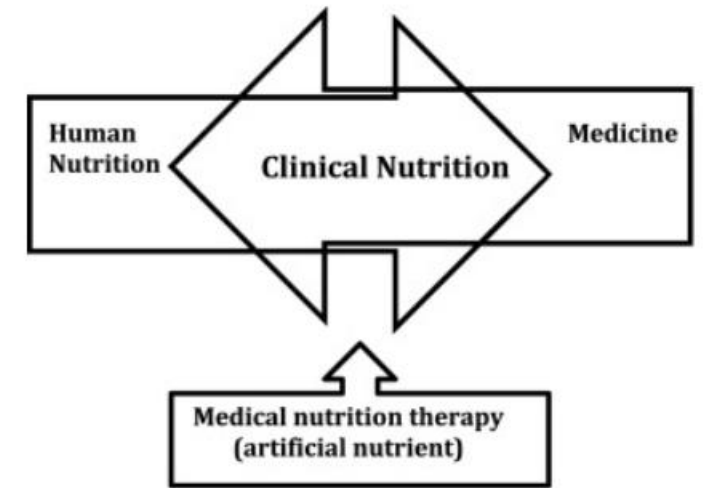
POLICY SEMINAR



Nutrizione Clinica

Disciplina autonoma della medicina:

- Trasformazione del **concetto di nutriente**
- Evoluzione della pratica clinica → i nutrienti artificiali non sono somministrati solo per nutrire ma per sostenere le difese dell'organismo e migliorare gli esiti clinici
- Attribuzione di un **ruolo farmacologico ai nutrienti** trattati come tali nella ricerca
- Evoluzione del **concetto di malnutrizione**



Patient-health care provider interaction.
Clinical Nutrition 36 (2017) 1725-1726

Determinare il fondamento scientifico della **nutrizione clinica** significa:

- consolidare la disciplina
- affrontare e integrare nella cura la **continua produzione di conoscenze** ed evidenze scientifiche
- rispondere alle **crescenti sfide** sociali, tecnologiche, ambientali ed etiche suscitate da questa scienza

] Mizcock BA. Immunonutrition and critical illness: an update. *Nutrition* 2010;26:701e7.

Jones NE, Heyland DK. Pharmaconutrition: a new emerging paradigm. *Curr Opin Gastroenterol* 2008;24:215e22.

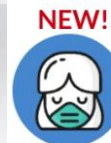
2006 → 2024

74 paesi, >15.000 reparti e >300.000 pazienti coinvolti

- Screening per la malnutrizione con strumenti validati (NRS, MUST, MST, SNAQ) **solo nel 43%** dei pazienti
- **Meno del 50%** di pazienti sono inclusi adeguatamente in processi corretti di valutazione e cura nutrizionale (screening, monitoraggio degli apporti, valutazione dello stato nutrizionale, prescrizione del trattamento nutrizionale)
- Anche tra i **pazienti ad alto rischio, il 46%** non ha mai ricevuto una consulenza specialistica e la documentazione della malnutrizione è rimasta < 41%.



Nutrition Day



Surgery



Primary Care



Hospital



Oncology

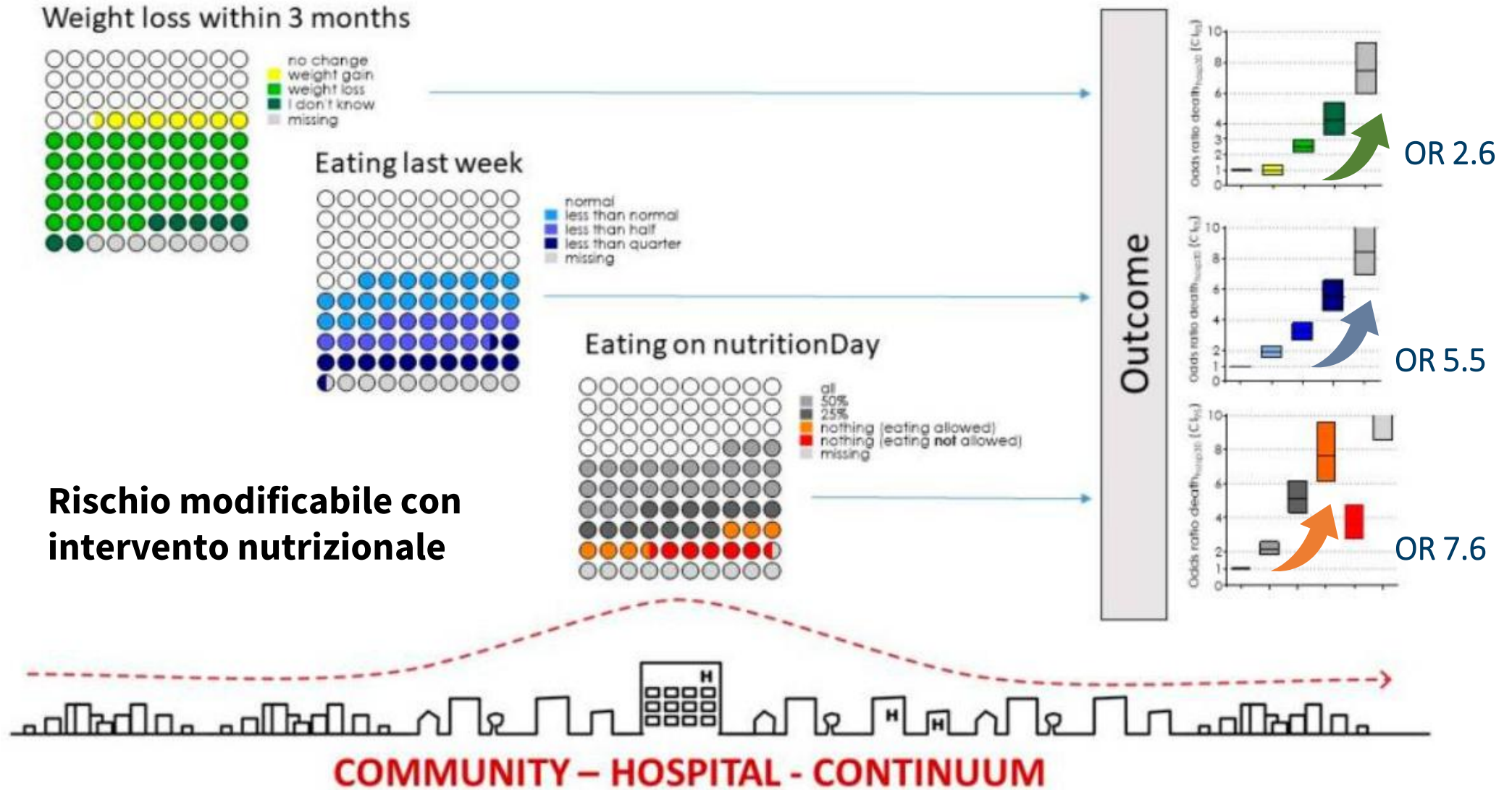


ICU



Nursing Homes

Malnutrizione e mortalità



Prevalence of malnutrition in Italy

Prevalence of malnutrition in adult populations

Populations	# Studies	Sample size	Heterogeneity	Mean Prevalence (95% CI)
Chronic pathologies	16	3100	High	46.6% (28.6 to 64.6)
General population	12	4927	High	39.8% (20.5 to 59.2)
Overall Hospital patients (M+S+O)	18*	9435	High	48.7% (39.3 to 58.1)
Hospital patients (Medicine)	14	4279	High	50.1% (36.8 to 63.4)
Hospital patients (Surgery)	6	1300	High	49.7% (29.3 to 70.2)
Hospital patients (Oncology)	2	2013	NA	49.6% (47.5 to 51.8)
Long-term care	15	7879	High	68.8% (58.0 to 79.5)

CI, confidence interval; M, Medicine; NA, Not applicable; O, Oncology; S, Surgery

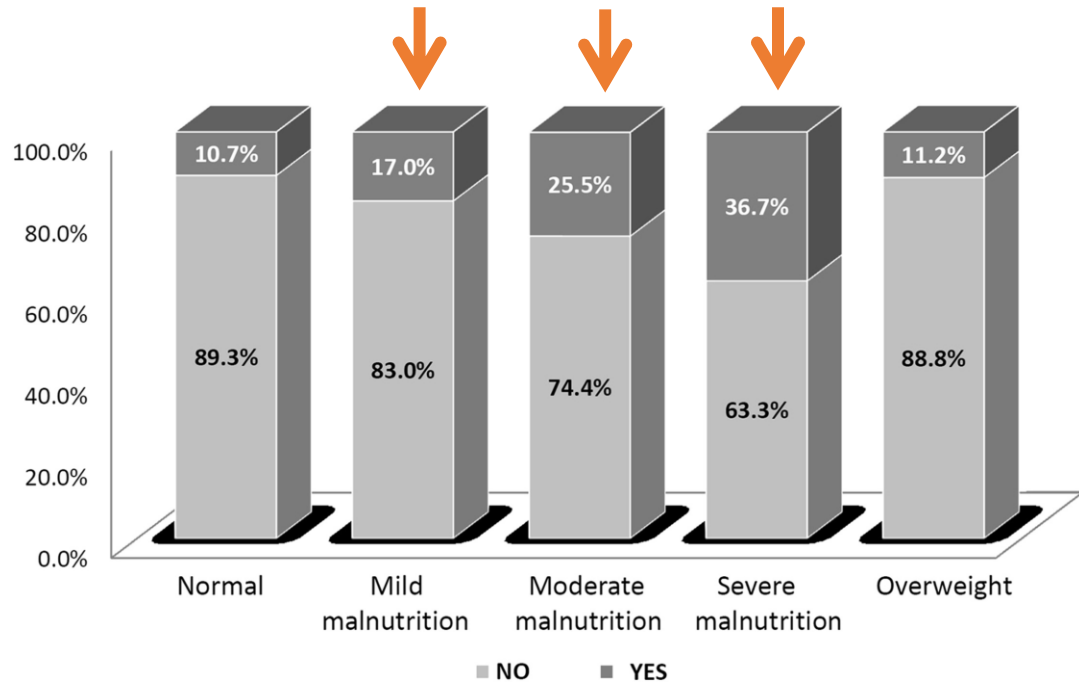
*Total number of studies on the adult Hospitalized population is less than the sum of studies on its single elements (Medicine, Surgery and Oncology), as 3 studies report on mixed populations.

Prevalence of malnutrition in pediatric populations

Populations	# Studies	Sample size	Heterogeneity	Mean Prevalence (95% CI)
Chronic pathologies	1	340	NA	30.9% (26.0 to 36.1)
General population	3	8664	High	8.5% (6.1 to 10.8)
Overall Hospital patients (M+S+O)	5	2767	High	25.1% (11.9 to 38.2)
Hospital patients (Medicine)	4	977	High	24.2% (6.4 to 42.0)
Hospital patients (Surgery)	0	0	NA	NA
Hospital patients (Oncology)	1	126	NA	100%

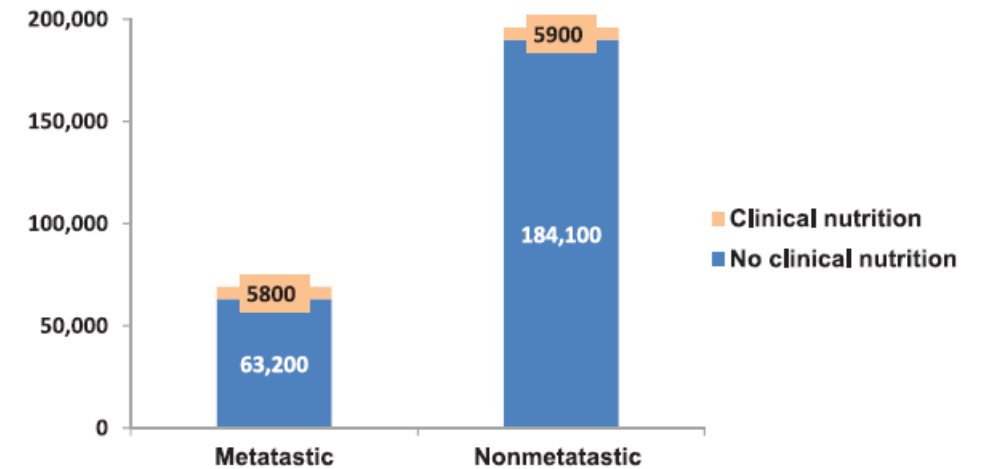
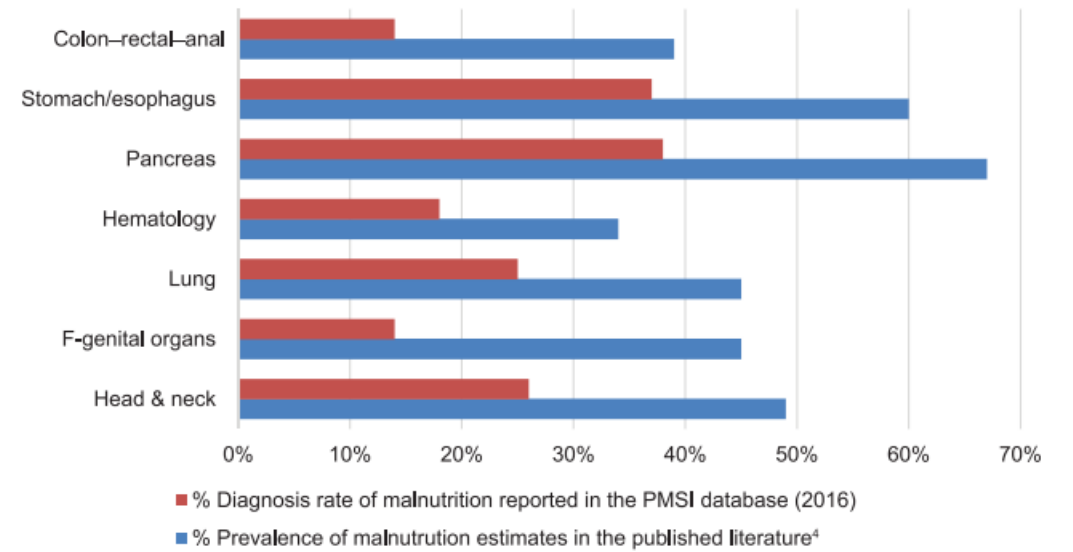
CI, confidence interval; M, Medicine; NA, Not applicable; O, Oncology; S, Surgery.

La cura nutrizionale ...in ospedale



Tattamento nutrizionale nei pazienti pediatrici ospedalizzati

Italian pediatric nutrition survey.
Lezo A, et al. Clin Nutr ESPEN. 2017 Oct;21:72-78.



Use of clinical nutrition in metastatic and nonmetastatic cancer patients in the Italian cohort.

Nutrizione Artificiale Domiciliare (NAD)

Survey NAD SINPE 2021

41087 pazienti adulti e pediatrici in NAD su tutto il territorio italiano

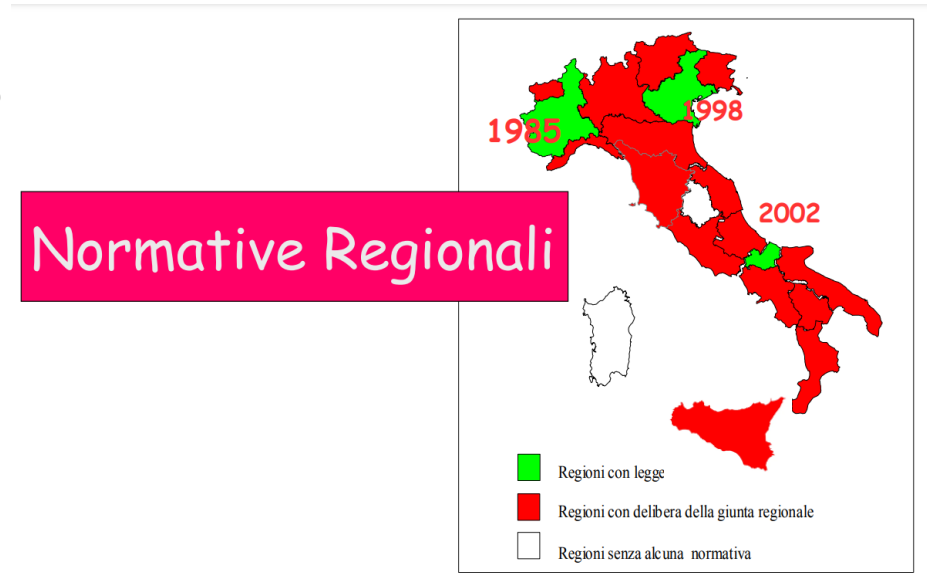
La prevalenza della NAD è in progressivo incremento; 2012 → 2021 **+45.8%**

97 centri NAD distribuiti su **19** regioni italiane: 63 AOU, 26 ASL, 8 misto

Responsabili dei Servizi di Nutrizione Clinica

- Dietologi (spec. Scienza Alimentazione, ind. Nutrizione Clinica) **36%**
- Anestesisti **15%**
- Gastroenterologi **12%**
- Spec. Medicina Interna **11%**
- Endocrinologi **7%**
- Chirurghi **6%**
- Altro **13%** (Igiene, Radioterapisti, Oncologi, Medicina di Comunità)

Al domicilio...



Additional cost of disease related malnutrition

Table 3

Additional cost of DRM due to LOS increase, Hospital perspective

Subgroup	DRM prevalence (base case)	Cost (Million €) Base case	Cost (Million €) Raw scenario	Cost (Million €) Best scenario	Cost (Million €) Worst scenario €
Total Italy 2018		9,085	8,821	3,210	16,331
Adult, Oncologic	49.6%	632	598	262	1,066
Adult, Medical	55.2%	4,883	4,630	1,692	8,856
Adult, Surg					
Pediatric (a)					

The effects on health care systems, however, **is not an inevitable fact of life.**
A greater empowerment of clinical nutrition services, that should be considered as **strong value-drivers of the Italian health service.**

Table 4

Additional cost of DRM due to increased frequency of hospital admissions, NHS perspective

Scenario	Adult population		Pediatric population	
	Δ H admissions (Thousand)	Total cost (Million €)	Δ H admissions (Thousand)	Total cost (Million €)
Base case	1,206	3,372 €	125	327 €
Best	426	1,191 €	26	67 €
Worst	1,986	5,552 €	223	586 €

DRM, disease-related malnutrition; NHS, Italian National Health Service.

Increased complications rate

Increased length of hospital stay

Increased risk of frailty and dependence

Lower treatment efficacy and higher toxicity

Increased hospitalization and rehospitalization rate

Decrease of patient's Quality Adjusted Life Years

Increased mortality

Increase of
DIRECT COSTS
of healthcare system
and
INDIRECT COSTS
for the society

Consequences of disease related malnutrition



Malnutrition affects one in three people, and can lead to a cycle of poverty and health problems, with severe consequences on individual's health and productivity and on nations' economic growth and development.

The UN Decade of Action on Nutrition
10 years of sustained and coherent implementation of policies, programs and increased investments to **eliminate malnutrition in all its forms, everywhere, leaving no one behind.**

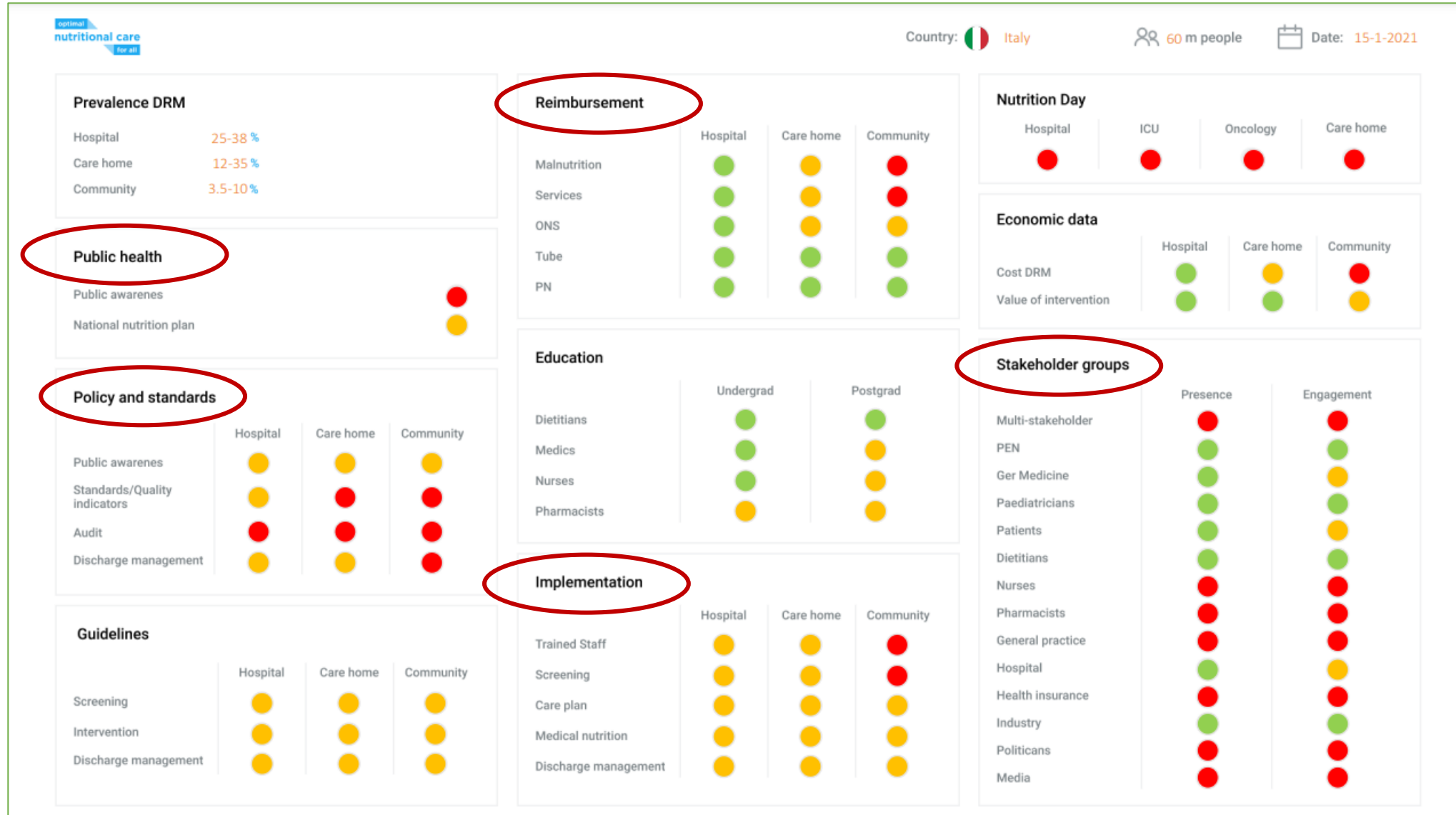


Collegamento operativo:

consapevolezza del problema → screening sistematico → presa in carico
precoce → appropriatezza delle prescrizioni e delle procedure
→ personalizzazione → continuità della cura → misurazione degli esiti.

Rete di professionisti – formazione – semplificare i percorsi – standardizzare – monitorare

La nutrizione clinica in Italia





■ **Società scientifiche**

■ **Associazioni di pazienti**

■ **Gestori della sanità pubblica**

■ **Industria di nutrizione medica**

Malnutrition Task Force Italia 2024

- **Società scientifiche:** formazione, evidenze, dati, appropriatezza, misure esiti
- **Associazioni di pazienti:** unire tutti per promuovere l'accesso alla cura nutrizionale di qualità
- **Gestori della sanità pubblica:** policy e risorse per ridurre disomogeneità, «drive the change»
- **Industria di nutrizione medica:** innovazione, supporto, collaborazione per percorsi, indicatori di efficacia

Time to be **SMART:** **S**pecific, **M**easurable, **A**chievable, **R**elevant, and **T**ime-bound

Grazie per l'attenzione

M.A.N.O. **Malnutrizione** **Associata a Malattia e** **Nutrizione Ospedaliera**

**Studio trasversale sulla presa
in carico nutrizionale
nei reparti clinici italiani**

**Studio preliminare
per una successiva valutazione
degli esiti della terapia nutrizionale**

Il progetto si propone di analizzare il tasso di malnutrizione su pazienti adulti in reparti rilevanti, con una fase preliminare volta alla rilevazione dell'attuale livello di consapevolezza e della prevalenza della malnutrizione correlata a patologia in ambito ospedaliero senza scopi valutativi.

CONTATTI
segreteria@sinpe.org
www.sinpe.org

Lo studio avrà l'approvazione centralizzata del comitato etico del centro coordinatore. Tutti i centri/reparti elencati nel progetto approvato, potranno presentare al proprio CE il progetto approvato, se richiesto.

Reparti Coinvolti presso ospedali con capacità di gestione nutrizionale dei pazienti:

Oncologia, Chirurgia addominale, Medicina Interna, Gastroenterologia, Pneumologia.

Il referente individuato all'interno del reparto dovrà assegnare un codice identificativo al paziente; il database per la raccolta dati sarà anonimo.

Fase 1 – Preliminare Retrospectiva

Obiettivo: Valutare la presa in carico nutrizionale nella pratica clinica corrente.

Periodo: Rilevazione per due settimane consecutive

Attività: Rilevazione dei NUOVI PAZIENTI ricoverati nelle due settimane indotte, con registrazione di:

- Dati demografici e clinici: identificativo paziente (id da definire) età, sesso, diagnosi di base, motivo del ricovero
- Richiesta consulenza nutrizionale (NO/SI)

Indicatori:

- Numero e caratteristiche basali dei pazienti ammessi
- Tasso di consulenze nutrizionali richieste

Fase 2 – Prospettica **Applicazione Screening NRS2002**

Obiettivo: Valutare la prevalenza del rischio di malnutrizione e la presa in carico nutrizionale associata all'applicazione sistematica dello screening nutrizionale.

Periodo: Rilevazione per due settimane consecutive precedute da una settimana di run-in preparatoria con screening e senza rilevazione

Attività: Somministrazione dello screening a tutti i NUOVI PAZIENTI ricoverati nei reparti target nelle due settimane di osservazione con registrazione di:

- Dati demografici e clinici: identificativo paziente (id da definire) età, sesso, diagnosi di base, motivo del ricovero
- Richiesta consulenza nutrizionale (NO/SI)

I dietologi coinvolti dovranno inserire l'esito del GLIM e la terapia proposta

Indicatori:

- Numero e caratteristiche basali dei pazienti ammessi
- Tasso di positività allo screening (con dati dei pazienti)
- Tasso di consulenze nutrizionali (con dati dei pazienti)