

27 - 29 novembre 2025

Padova Congress
Via Carlo Goldoni 8, Cancelli C - Padova

**Nutrizione medica e
riabilitazione nutrizionale
in pazienti ospedalizzati
affetti da disturbi
alimentari: un consenso
multisocietario**

Ettore Corradi



Ospedale Niguarda



Regione
Lombardia

Sistema Socio Sanitario



Diagnosi categoriale dei DNA secondo il DSM 5

- ✓ **Anoressia Nervosa (AN)**
- ✓ Bulimia Nervosa (BN)
- ✓ Binge Eating Disorder (BED) – Disturbo dell’Alimentazione incontrollata (DAI)
- ✓ Disturbo evitante restrittivo dell’assunzione di cibo (ARFID)
- ✓ Pica
- ✓ Disturbo da Ruminazione (mericismo)
- ✓ Disturbo della nutrizione o dell’alimentazione con altra specificazione
- ✓ Disturbi della nutrizione o dell’alimentazione senza specificazione

Inpatient treatments for adults with anorexia nervosa: a systematic review of literature

Federica Toppino¹  · Matteo Martini¹  · Paola Longo¹  · Inês Caldas² · Nadia Delsedime¹  · Raffaele Lavalle¹  ·
Francesco Raimondi¹ · Giovanni Abbate-Daga¹  · Matteo Panero¹ 

- ✓ Il **trattamento ospedaliero** rappresenta il livello più alto di assistenza, indicato per i **pazienti clinicamente o mentalmente instabili** o che **non rispondono alle cure ambulatoriali**
- ✓ L'**AN** è il disturbo alimentare con il più **alto tasso di ospedalizzazione**, pari al **32%** dei pazienti
- ✓ **Nonostante gli sforzi con le terapie ambulatoriali**, in diversi paesi occidentali si è verificato un **aumento dei tassi di ricovero** a causa della gravità intrinseca della malattia o della resistenza alle cure ambulatoriali



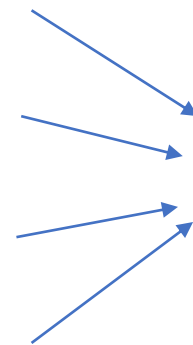
LIVELLI DI CURA PER PZ AFFETTI DA DNA

Acute inpatient psychiatric setting

Longer-term inpatient psychiatric setting

Intensive outpatient treatment program or DH program

Other specialized eating disorders programs



Inpatient medical setting



RICOVERO ORDINARIO

Esistono alcune evidenze secondo cui il trattamento in regime di ricovero è utile per pz affetti da **grave malnutrizione** o a **elevato rischio clinico**

Tuttavia **non** ci sono criteri **evidence-based** per l'ammissione ad un trattamento ospedaliero e non c'è accordo sui suoi specifici obiettivi

B Herpertz-Dahlmann, 2008



RO vs altri trattamenti

Conclusioni

Inpatient versus outpatient care, partial hospitalisation and waiting list for people with eating disorders (Review)

Hay PJ, Touyz S, Claudino AM, Lujic S, Smith CA, Madden S

- ✓ **Non ci sono prove sufficienti** per concludere sulla **superiore** efficacia di nessun tipo di **setting** sia per i pazienti affetti da AN (più o meno grave) sia per i pazienti affetti da altri DA
- ✓ Sono necessarie ulteriori ricerche
- ✓ Le **LG** per la pratica clinica concordano che il **setting ambulatoriale** è la prima scelta per il trattamento dei **DA**, ma **non c'è accordo per l'AN**
- ✓ **Sicurezza del paziente** (gravità della malattia), preferenze e possibilità di accesso ai livelli di cura, e il **costo** sono considerazioni importanti nel determinare il **setting** di trattamento nell'AN

Cochrane Database of Systematic Reviews 2019, Issue 1. Art. No.: CD010827.

RO vs altri trattamenti

VARIABILI

- ✓ **Struttura** (psichiatria, medicina, pediatria, NPI, endocrinologia, nutrizione clinica, ecc.)
- ✓ Possibilità di **intervento integrato** (di che tipo?)
- ✓ **Tipologia pazienti** (adulti, pediatrici, presenza di comorbidità medica e/o psichiatrica)
- ✓ **Tipo di assistenza sanitaria** (pubblica, privata)
- ✓ **Tempi di degenza** (determinata, indeterminata)
- ✓ **Continuità di cure** con altri livelli



RO vs altri trattamenti

Conclusioni

Inpatient versus outpatient care, partial hospitalisation and waiting list for people with eating disorders (Review)

Hay PJ, Touyz S, Claudino AM, Lujic S, Smith CA, Madden S

- ✓ Non ci sono prove sufficienti per concludere sulla superiore efficacia di nessun tipo di *setting* sia per i pazienti affetti da AN (più o meno grave) sia per i pazienti affetti da altri DA
- ✓ Sono necessarie ulteriori ricerche
- ✓ Le **LG** per la pratica clinica concordano che il *setting* ambulatoriale è la prima scelta per il trattamento dei **DA**, ma **non c'è accordo per l'AN**
- ✓ **Sicurezza del paziente** (gravità della malattia), preferenze e possibilità di accesso ai livelli di cura, e il **costo** sono considerazioni importanti nel determinare il *setting* di trattamento nell'AN

RO vs altri trattamenti

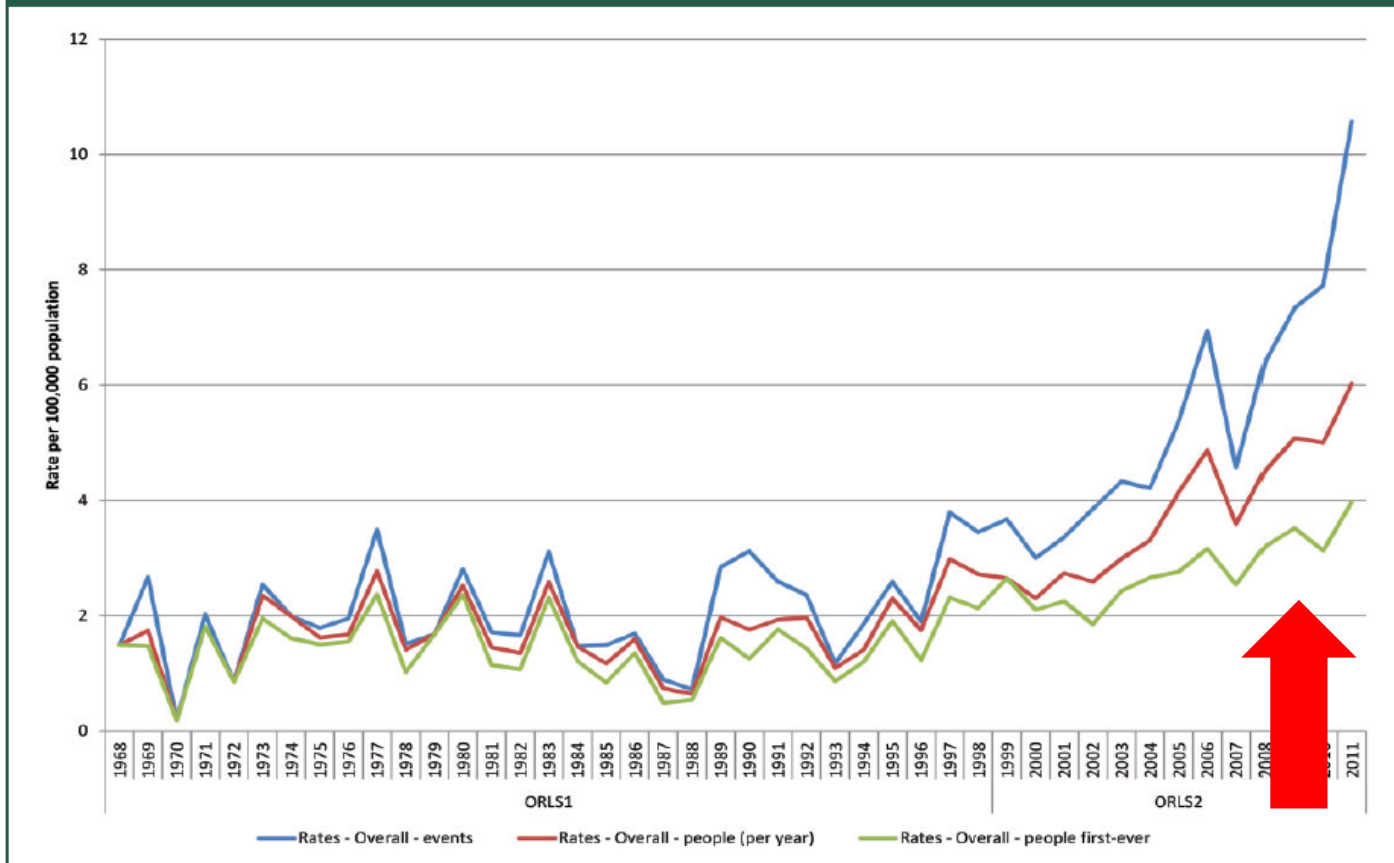
Ci troviamo di fronte ad una **malattia cronica**, nel senso etimologico del termine e se **connettiamo** la **durata media di malattia *** alla **durata di ogni trattamento effettuabile nei diversi livelli di cura** risulta palese che:

Tutti i livelli di cura se non organizzati in una rete di servizi che operino **coordinati** con **protocolli definiti** di **trattamento**, di **invio** e di ripresa in carico validati e **condivisi** da tutti gli attori del percorso **perdono di senso**

- * Nell'**AN**, il tasso di remissione è del **20-30% dopo 2-4 anni** dall'esordio e del **70-80%** dopo **8 o più anni**.
- * Nella **BN**, il tasso di remissione è di circa il **27% a un anno** dall'esordio e di oltre il **70%** dopo **10 o più anni**



Figure 1. Age-standardised hospital admission rates for anorexia nervosa in the Oxford Record Linkage Study area, per 100,000 population aged 10–44 years, showing episode-based rates (upper line), people admitted per year (middle line), and peoples' first record of admission (lower line).



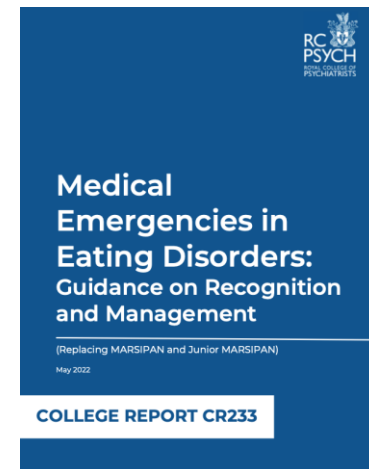
Trends in hospital admission rates for anorexia nervosa in Oxford (1968–2011) and England (1990–2011): database studies

Josephine Holland, Nick Hall, David GR Yeates and Michael Goldacre
 Unit of Health-Care Epidemiology, Nuffield Department of Population Health, University of Oxford, Old Road Campus, Old Road,



Journal of the Royal Society of Medicine; 2016, Vol. 109(2) 59–66

- ✓ I ricoveri ospedalieri per DNA sono **umentati dell'84%** negli ultimi 5 aa
- ✓ Un'analisi del Royal College of Psychiatrists sui **ricoveri per DNA** mostra:
 - **11.049** ricoveri in più nel 2020/21 vs. 2015/16
- ✓ I **bambini e i giovani** con DNA sono i più colpiti con un aumento:
 - dell'**89%** nel quinquennio (3.541 vs. 6.713 episodi)
 - del **35,4%** nel solo **2020/21 !!!**
- ✓ Un aumento allarmante del **79%** si osserva anche negli adulti di **età superiore ai 19 anni** nel corso dei cinque anni.



Maggio 2022



✓ Si stima che da **1/5 a 1/3** dei pz affetti da AN in età adolescenziale necessiti nel corso della malattia di un periodo di terapia ai **livelli più intensivi di cura**

✓

In diversi paesi europei si registra un **drammatico aumento dei tassi di ammissione in ospedale**

- in Germania i ricoveri ospedalieri per i giovani sotto i 15 anni sono quasi **raddoppiati** tra il **2000** e il **2017** e da allora si sono stabilizzati;
- in Inghilterra Il numero e la percentuale di individui con un ricovero ospedaliero è aumentato durante il periodo di studio dal **5,9%** nel **2004** al **15,0%** nel **2014**
- Recentemente, ci sono state indicazioni che la **pandemia di coronavirus** ha contribuito a un **forte aumento dei ricoveri ospedalieri** per adolescenti con AN in Europa ma anche in tutto il mondo

<http://www.Gbe-Bund.De> (accessed on 4 February 2021)

Holland, J. Et al. Trends in Hospital Admission Rates for Anorexia Nervosa in Oxford (1968–2011) and England (1990–2011): Database Studies. *J. R. Soc. Med.* **2016**, *109*, 59–66

Wood, S. et al. Epidemiology of ED in Primary Care in Children and Young People: A Clinical Practice Research Datalink Study in England. *BMJ Open* **2019**, *9*, e026691

Haripersad, Y.V. et al. Outbreak of Anorexia Nervosa Admissions during the COVID-19 Pandemic. *Arch. Dis. Child.* **2021**, *106*, e15

Preso la decisione di ricoverare un paziente in ospedale, le azioni da considerare sono condizionate da **molti fattori, non tutti clinici**.

Tuttavia, le decisioni sul **luogo di cura** devono essere prese prima di tutto **l'interesse del paziente**

The options usually are:

- ✓ **Medical/paediatric bed**
- ✓ **Specialist ED bed (SEDB):** this is a general psychiatric bed that has all services that would be provided in a SEDU
- ✓ **Specialist ED unit (SEDU) bed,** which may be in the NHS sector, or the independent sector commissioned by the NHS.

Maggio 2022

SE INDICATO MA **NON DISPONIBILE** UN RICOVERO IN **SEDU O SEDB**

- ✓ Letto in medicina interna
- ✓ Letto in psichiatria generale

FATTORI DA CONSIDERARE

- ✓ **qualità del collegamento** tra l'**équipe** medico/pediatrica e l'**EDS**
- ✓ **esperienza dell'unità psichiatrica** generale nella **gestione** della **malnutrizione**

Se in aree in cui è presente un EDS suggeriamo che un membro esperto dell'EDS o un **team di collegamento** si consulti con colleghi medici/pediatrici e psichiatri per sviluppare una strategia locale per affrontare questo problema.



CRI89

MARSIPAN: Management of Really Sick Patients with Anorexia Nervosa

2nd edition

OTTOBRE 2014

The Management of Really Sick Patients with Anorexia Nervosa (MARSIPAN) working group arose out of concerns that a number of patients with severe anorexia nervosa were being admitted to general medical units and sometimes deteriorating and dying on those units because of psychiatric problems, such as non-adherence to nutritional treatment, and medical complications, such as re-feeding syndrome. Sometimes overzealous application of National Institute for Health and Care Excellence (NICE) guidelines led to death from underfeeding syndrome. In the present

Table 5: Services that a specialist eating disorders inpatient service should be able to offer and services they are unlikely to offer

SEDUs and SEDBs will normally be able to offer	SEDUs and SEDBs will not usually offer
Nasogastric tube feeding (insertions may be performed off-site)	Intravenous infusion
Daily biochemical tests and ECG	Artificial ventilation
Frequent nursing observations	Cardiac monitoring
Management of compensatory behaviours (water drinking, absconding, exercising, etc.)	Central venous pressure lines
Detection, prevention and management of refeeding syndrome	Total parenteral nutrition
Sedation or restraint of a highly distressed patient	Cardiac resuscitation ('crash') team
Use and management of mental health legislation and safeguarding frameworks	Treatment of serious medical complications
Treatment of pressure sores	24-hour immediate medical availability
Immediate cardiac resuscitation without presence of cardiac resuscitation ('crash') team	
Access to advice from physicians/paediatricians and dietitians in a timely and flexibly responsive manner, ideally in the form of a MEED group	

Key: ECG = electrocardiogram; MEED = Medical Emergencies in Eating Disorders (formerly MARSIPAN); SEDB/U = specialist eating disorders bed/unit



LA DECISIONE DEVE DIPENDERE:

- ✓ dallo **stato clinico** del paziente
- ✓ dai **servizi disponibili** localmente (nell'**ambito di una rete** di assistenza per le persone con DNA)
- ✓ **ove possibile**, dalla **scelta** del **paziente**, dei genitori/tutori o del medico.

**RACCOMANDIAMO CHE
LE UNITÀ CHE TRATTANO PAZIENTI CON DNA SIANO
MEMBRI DI UNA DELLE RETI DI QUALITÀ DESCRITTE DI SEGUITO**






Maggio 2022

RISULTATI 27 studi (3.501 soggetti) e sono stati selezionati nove temi relativi alle principali sfide affrontate nei contesti di ospedalizzazione.

- ✓ 81,48% ha dettagliato il team clinico
- ✓ 51,85% ha citato l'uso di un modello psicoterapeutico
- ✓ 25,93% ha affrontato la motivazione
- ✓ 100% ha specificato il setting del trattamento
- ✓ 66,67% ha dettagliato nutrizione e rialimentazione
- ✓ 22,22% ha citato la terapia farmacologica
- ✓ 40,74% ha descritto il ricovero o criteri di dimissione
- ✓ 14,81% ha descritto il follow-up
- ✓ 51,85% ha utilizzato test per la valutazione dell'AN o della psicopatologia



Medical Nutrition Therapy and Nutritional Rehabilitation in Hospitalised Patients Affected by Eating Disorders

Lezo Antonella¹  | Mascheroni Annalisa² | Troiano Ersilia³  | Gandullia Paolo⁴  | Milano Walter⁵ | Turchetto Monica⁶ | Demontis Stefania⁷ | Cereda Emanuele⁸  | Borodani Sara⁹  | Corradi Ettore¹⁰

Questo consenso riguarda specificamente l'ospedalizzazione medica acuta, in cui i pazienti vengono ricoverati per la gestione dell'instabilità clinica e nutrizionale

OBBIETTIVO DEL CONSENSO: sviluppare **raccomandazioni basate sull'evidenza e guidate da esperti** per la **gestione nutrizionale dei pazienti ospedalizzati con DNA**, affrontando la stratificazione del rischio, la progressione calorica, i protocolli di rialimentazione, la selezione delle formulazioni, l'integrazione e il monitoraggio a lungo termine.

8 esperti indicati da 5 Società Scientifiche

- **SINPE** (Società Italiana di Nutrizione Artificiale e Metabolismo)
- **ASAND** (Associazione Scientifica Alimentazione Nutrizione e Dietetica)
- **SIGENP** (Società Italiana di Gastroenterologia, Epatologia e Nutrizione Pediatrica)
- **SIRIDAP** (Società Italiana di Riabilitazione Interdisciplinare Disturbi Alimentari e del Peso)
- **SISDCA** (Società Italiana per lo Studio dei Disturbi del Comportamento Alimentare)

- ✓ Processo Delphi rivisto in **2** round di valutazioni online
- ✓ Formulate **106** affermazioni suddivise in **12** sezioni tematiche
- ✓ Valutazione su una scala Likert a 5 punti (**≥85% accettate, 80-84,9% riviste, <80% respinte**)

Le affermazioni riviste sono state rivalutate nel Round 2 e, se necessario, finalizzate in un incontro online

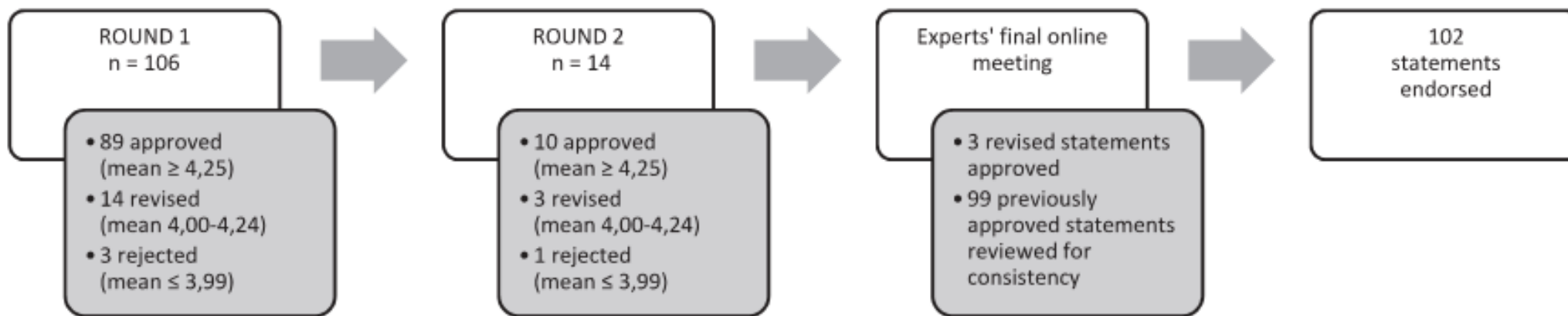


FIGURE 1 | Delphi process flowchart. Summary of the iterative rounds and expert meeting outcomes leading to the final endorsement of consensus statements.

AREE TEMATICHE

STATEMENTS

1. Valutazioni e diagnosi nutrizionali	10
2. Rialimentazione e ripristino del peso	9
3. Pianificazione dei pasti e interventi dietetici	10
4. Integratori alimentari orali (ONS)	12
5. Alimentazione tramite sondino nasogastrico (NGT)	13
6. Nutrizione enterale (NE) vs. nutrizione parenterale (NP)	13
7. Educazione e consulenza nutrizionale	7
8. Monitoraggio e valutazione della terapia nutrizionale medica (TNM)	7
9. Specifiche popolazioni: bimbi, adolescenti, donne in gravidanza e in allattamento con DNA	7
10. Considerazioni etiche e legali nel trattamento dei disturbi alimentari	6
11. Collaborazione interdisciplinare nel trattamento dei pazienti ospedalizzati con disturbi alimentari	6
12. Risultati a lungo termine nel recupero dai disturbi alimentari	6



I. Valutazione e diagnosi

- Quale valutazione nutrizionale dovrebbe essere fatta al momento del ricovero per i pazienti ospedalizzati da PS?
- In che modo gli operatori sanitari determinano il livello appropriato di terapia nutrizionale medica (TNM) per ciascun paziente in base alla diagnosi e ai sintomi specifici?

II. Rialimentazione e recupero del peso

- Cos'è la RS e quali precauzioni vengono adottate per prevenirla durante la riabilitazione nutrizionale? –
- Come viene monitorato e regolato l'aumento ponderale per garantire la sicurezza del paziente e un recupero ottimale?
- Come può essere trattata la RS dopo la diagnosi?

III. Pianificazione dei pasti e interventi dietetici

- Come vengono progettati i piani alimentari per soddisfare le esigenze individuali dei pazienti i differenti DNA
- Che ruolo hanno i pasti assistiti?
- Quali professionisti potrebbero essere coinvolti?



IV. Integratori alimentari orali (ONS)

- Quale ruolo svolgono gli ONS nella riabilitazione nutrizionale dei pazienti con DNA?
- Quando potrebbero essere raccomandati?
- Come vengono determinati il tipo e il dosaggio appropriati di ONS per ciascun paziente?
- Quali sono alcune strategie per incoraggiare l'accettazione e il consumo di ONS, nei pazienti resistenti?

V. Alimentazione tramite sondino nasogastrico (NGT)

- In quali situazioni specifiche deve essere presa in considerazione la NA tramite SNG in un paziente con DNA?
- Quali i potenziali benefici e i potenziali rischi associati a questo intervento?
- Come viene presa la decisione di iniziare o interrompere l'alimentazione tramite SNG?
- Quali fattori vengono considerati in questo processo?
- Quali sono le considerazioni nutrizionali da fare quando si somministra l'alimentazione tramite SNG?
- Come vengono determinati la formula specifica e il programma di alimentazione?
- In che modo gli operatori sanitari affrontano l'impatto psicologico ed emotivo dell'alimentazione tramite SNG sul paziente?
- Quali strategie vengono utilizzate per promuovere l'accettazione e la collaborazione?



VI. Nutrizione Enterale (NE) vs Nutrizione Parenterale (PN)

- Quali sono le principali differenze tra NE e NP?
- In quali circostanze si potrebbe preferire una all'altra nei paziente con DNA?
- Come affrontare le potenziali problematiche psicologiche ed emotive associate alla NP nei pazienti con DNA?
- Quali le possibili strategie per supportare il benessere generale del paziente durante la NP?
- Quale tipo di NP si dovrebbe utilizzare?
- Come effettuare la transizione dalla NE o NP all'alimentazione per os?
- Quali misure adottare per garantire una transizione sicura e di successo?

VII. Educazione e *counseling* nutrizionale:

- Quali argomenti di educazione nutrizionale affrontare con i pazienti ospedalizzati con DNA?
- In che modo gli operatori sanitari affrontano gli aspetti psicologici ed emotivi del cibo e dell'alimentazione durante la consulenza nutrizionale?

VIII. Monitoring and evaluation:

- Quali sono gli indicatori chiave per monitorare l'efficacia della TMN sostitutiva nei pazienti ospedalizzati con DNA?
- Come gestire la transizione della TMN dall'ospedale al territorio per garantire i progressi e prevenire le ricadute?

IX. Specifiche popolazioni

- Come gestire le esigenze nutrizionali di adolescenti e bambini con DNA in ambito ospedaliero?
- Quali specificità ha la TMN in caso di donne in gravidanza o in allattamento affette da DNA?

X. Considerazioni etiche e legali nel trattamento dei disturbi alimentari

- Come bilanciare i principi di autonomia e beneficenza del pz nei pz affetti da DNA oppositivi al trattamento ma necessitanti di TMN?
- Quali sono le implicazioni legali ed etiche dell'uso di alimentazione forzata o di altre misure restrittive nel trattamento dei disturbi alimentari gravi?

XI. Collaborazione interdisciplinare:

- Modalità di collaborazione tra dietisti, medici, psichiatri, infermieri, terapisti per fornire un'assistenza completa ai pazienti DNA ricoverati?
- Qual è il ruolo dei familiari o dei caregiver nel supportare il processo di TNM?

XII. Long-term outcomes:

- Quali sono gli obiettivi nutrizionali a lungo termine per i pazienti affetti da DNA?
- Come promuovere abitudini alimentari sostenibili e un rapporto sano con il cibo dopo le dimissioni?



AREE TEMATICHE

STATEMENTS

- | | |
|--|----|
| 1. Valutazioni e diagnosi nutrizionali | 10 |
| 2. Rialimentazione e ripristino del peso | 9 |
| 3. Pianificazione dei pasti e interventi dietetici | 10 |
| 4. Integratori alimentari orali (ONS) | 12 |
| 5. Alimentazione tramite sondino nasogastrico (NGT) | 13 |
| 6. Nutrizione enterale (NE) vs. nutrizione parenterale (NP) | 13 |
| 7. Educazione e consulenza nutrizionale | 7 |
| 8. Monitoraggio e valutazione della terapia nutrizionale medica (TNM) | 7 |
| 9. Specifiche popolazioni: bambini, adolescenti, donne in gravidanza e in allattamento con disturbi alimentari | 7 |
| 10. Considerazioni etiche e legali nel trattamento dei disturbi alimentari | 6 |
| 11. Collaborazione interdisciplinare nel trattamento dei pazienti ospedalizzati con disturbi alimentari | 6 |
| 12. Risultati a lungo termine nel recupero dai disturbi alimentari | 6 |



S 2.5 Il tasso desiderato di aumento di peso per i pazienti ospedalizzati dipende dalla gravità clinica: si raccomanda un aumento di **0,5-1,0 kg a settimana negli adulti** e di **1,0-1,5 kg a settimana negli adolescenti**, a condizione che non vi siano complicazioni.

75% nel Round 1, e rivista ha ottenuto l'80% nel Round 2.

Ulteriore discussione nella riunione online ha portato il panel a chiarire che gli obiettivi di aumento ponderale settimanale raccomandati dovrebbero essere considerati **obiettivi guida** piuttosto che standard rigorosi, riconoscendo che **potrebbero non essere costantemente raggiungibili in ogni scenario clinico**.

Gli esperti hanno ribadito l'importanza di protocolli di rialimentazione cauti ma progressivi, di un monitoraggio rigoroso per prevenire la RS e di un supporto psicosociale completo per i pazienti ospedalizzati.

Medical emergencies in eating disorders (MEED): Guidance on recognition and management (CR233). <https://www.rcpsych.ac.uk/improving-care/campaigning-for-better-mental-health-policy/college-reports/2022-college-reports/cr233> (accessed March 17, 2025).

Golden NH, et al. Higher caloric intake in hospitalized adolescents with anorexia nervosa is associated with reduced length of stay and no increased rate of refeeding syndrome. *J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med* 2013;53:573–8.

Garber AK, et al. A systematic review of approaches to refeeding in patients with anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 2016;49:293–310.

National Guideline Alliance (UK). *Eating Disorders: Recognition and Treatment*. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2017.

Crone C, et al. The American Psychiatric Association Practice Guideline for the Treatment of Patients With Eating Disorders. *Am J Psychiatry* 2023;180:167–71.

Rocks T, Pelly F, Wilkinson P. Nutrition therapy during initiation of refeeding in underweight children and adolescent inpatients with anorexia nervosa: a systematic review of the evidence. *J Acad Nutr Diet* 2014;114:897–907. <https://doi.org/10.1016/j.jand.2013.11.022>.

Hofer M, et al. Safe refeeding management of anorexia nervosa inpatients: an evidence-based protocol. *Nutr Burbank Los Angel Cty Calif* 2014;30:524–30.

S3.1 I piani alimentari per l'AN in genere iniziano con un programma strutturato di **tre pasti e due o tre spuntini al giorno**, concentrandosi su **aumenti calorici graduali**, piani dietetici personalizzati e tollerabilità del paziente.

Pazienti ad alto rischio di RS o gravemente sottopeso, l'assunzione iniziale può iniziare con **10-20 kcal/kg/giorno**, fino a un massimo di **1.000-1.600 kcal/giorno**.

Pazienti a rischio moderato obiettivo iniziale di **30-35 kcal/kg/giorno**

In tutti i casi, una distribuzione equilibrata dei macronutrienti e un'adeguata integrazione di micronutrienti sono essenziali, insieme a un attento monitoraggio dei parametri metabolici e psicologici.

S3.8 aggiornata per sottolineare il **ruolo centrale di un dietista qualificato** nel guidare il supporto alimentare.



S4.7 passata dal 72,5% di accordo nel Round 1 all'**83,33%** nel Round 2.

Gli **ONS specifici per micronutrienti**, come le **formule arricchite** con zinco, **possono essere presi in considerazione in caso di carenze diagnosticate** o quando vengono identificati obiettivi clinici specifici, come la stimolazione dell'appetito o il supporto della funzione immunitaria.

Es. lo zinco svolge un ruolo nella modulazione dell'appetito e dell'umore, e la sua integrazione è stata associata a miglioramenti in questi ambiti.

L'uso di routine di tali integratori dovrebbe essere guidato da valutazioni cliniche riconoscendo che sono **necessarie ulteriori ricerche per stabilire protocolli standardizzati.**



S5.7 Le formule per la NE tramite SNG nei pazienti con alterazioni degli indici epatici forniscono in genere **1-1,5 kcal/mL** e sono selezionate in base a densità proteica, profilo dei micronutrienti e tollerabilità gastrointestinale.

In caso di **svuotamento gastrico ritardato** o **grave discomfort GI** preferire le formule **semi-elementari o elementari** ... strategia più sicura per gestire la tolleranza mantenendo un adeguato apporto calorico.

S5.8 L'approccio combinato NE tramite SNG con residua alimentazione orale può favorire il ripristino di normali abitudini alimentari preservando la funzionalità gastrointestinale.

I **dietisti dovrebbero adattare l'apporto calorico totale** e la sua distribuzione tra NE e ingesta per os **caso per caso** ...

Sebbene spesso si faccia riferimento a un obiettivo ideale di aumento di peso di 0,5-1,0 kg a settimana, **è necessario apportare modifiche in base allo stato clinico del paziente, alla sua tolleranza e agli obiettivi generali del trattamento.**



S6 preferenza del panel per la NE (benefici fisiologici e profilo di rischio più basso).

Necessità di un attento monitoraggio clinico e biochimico della RS, di una comunicazione collaborativa tra gli operatori sanitari e di strategie strutturate per la prevenzione delle ricadute per garantire una riabilitazione nutrizionale sicura e sostenibile.

S6.11 Controlli frequenti di peso, biochimica e stato mentale garantisce una progressione sicura durante la riabilitazione nutrizionale ... attento **monitoraggio pro attivo** degli elettroliti sono essenziali per prevenire le complicanze.

S6.12 Piani strutturati di prevenzione delle ricadute sono una **componente essenziale del continuum di cura**.

Dovrebbero essere sviluppati in **modo collaborativo all'interno del percorso di cura** e includere passaggi chiari che pazienti e *caregiver* devono seguire in caso di riduzione dell'assunzione o aumento del disagio psicologico alla sospensione della NA.

Monitoraggio e aggiustamenti dovrebbero essere condotti **sotto supervisione clinica** per **prevenire l'autogestione** e garantire un intervento tempestivo da parte del team sanitario.

S9.3 Nella selezione degli alimenti enterali per i pazienti pediatrici, i medici dovrebbero scegliere tra formule semi-elementari o polimeriche in base alla tolleranza del bambino, garantendo un adeguato apporto proteico e il supporto di **nutrienti essenziali per la crescita**.

La **calorimetria indiretta**, quando disponibile, può aiutare a perfezionare le prescrizioni caloriche per soddisfare le **esigenze metaboliche individualizzate**.



RINGRAZIO PER L'ATTENZIONE

