



## Misura di miglioramento della qualità: **gestione dell'iponutrizione**

Svolgimento della proposta	Data
Inoltrata	17.10.2022
Riconoscimento dal punto di vista tecnico	09.11.2022
Riconoscimento a livello contrattuale	31.05.2023
Pubblicazione	giugno 2023

### Disposizioni generali

Le misure di miglioramento della qualità sono provvedimenti concreti, sistematici e riconosciuti dalle parti contraenti che riguardano le strutture e i processi interni di un ospedale o una clinica. Il loro scopo è migliorare un aspetto parziale della qualità di trattamento e della sicurezza delle/dei pazienti in un campo d'azione. La loro efficacia in uno specifico ospedale o in una specifica clinica viene valutata e continuamente migliorata nell'ambito del concetto generale sulla qualità relativo al campo d'azione. **La MMQ viene integrata nel ciclo PDCA del concetto sulla qualità del campo d'azione.** Tale integrazione deve essere inserita e descritta nel concetto sulla qualità.

Modifiche	Data
Cap. 1d: adattamento dei settori tematici in campi d'azione sulla base della Convenzione sulla qualità rielaborata	18.09.2023

## 1. Delimitazione della misura di miglioramento della qualità (MMQ)

a) Nome della misura di miglioramento della qualità
Gestione dell'iponutrizione
b) Contestualizzazione
<p>L'iponutrizione è un fattore di rischio significativo nelle e nei pazienti degli ospedali ed è comprovato che peggiora l'<i>outcome</i> clinico indipendentemente dalla popolazione dei pazienti. Circa il 20% delle e dei pazienti di medicina interna in Svizzera al momento dell'ammissione all'ospedale presentano un rischio accresciuto o un'iponutrizione già manifesta. In altre popolazioni di pazienti (ad es. chirurgia viscerale, geriatria acuta) il rischio può essere significativamente più elevato (circa il 50%).</p> <p>Grandi studi controllati randomizzati hanno evidenziato che uno screening per l'iponutrizione seguito da un assessment dello stato nutrizionale e una terapia nutrizionale riduce le conseguenze negative dell'iponutrizione. Tale metodo, efficiente dal punto di vista dei costi ed efficace, migliora la qualità di trattamento e conviene pure a livello economico.</p> <p>L'obiettivo è perciò di implementare nell'ospedale una gestione estesa dell'iponutrizione, consistente in uno screening dell'iponutrizione, un assessment dello stato nutrizionale adattato al rischio e individuale e, se indicato, una terapia nutrizionale.</p> <p>Condizioni di base sono linee guida corrispondenti, interdisciplinari e valide in tutto l'ospedale, allestite in collaborazione con medici, infermiere ed infermieri e la consulenza alimentare/la terapia nutrizionale.</p> <p>Una gestione dell'iponutrizione andrebbe impiegata a lungo termine per tutte le e tutti i pazienti dell'ospedale e ancorata quale parte integrante alla gestione della qualità degli ospedali e delle cliniche e in maniera corrispondente andrebbe sostenuta dalla direzione ospedaliera.</p>
c) Obiettivo della misura di miglioramento della qualità
<p>La gestione dell'iponutrizione consente di raggiungere i seguenti obiettivi:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- riconoscere sistematicamente pazienti con rischio accresciuto di iponutrizione, o iponutrizione già manifesta.</li><li>- avviare per tempo una terapia nutrizionale in pazienti con rischio di iponutrizione o già manifesta, per ridurre complicazioni e mortalità nell'ospedale</li><li>- ridurre i costi susseguenti dovuti all'iponutrizione (ad es. cadute con fratture, degenze ospedaliere prolungate, riospedalizzazioni, decubito, scarsa guarigione delle ferite e altre complicazioni)</li><li>- migliorare la qualità di trattamento e della sicurezza dei pazienti</li><li>- migliorare la qualità di vita delle e dei pazienti e la funzionalità nella vita di tutti i giorni</li></ul>
d) Campi d'azione
<input type="checkbox"/> Cultura della qualità <input checked="" type="checkbox"/> Sicurezza del paziente <input type="checkbox"/> Processo decisionale basato sulle evidenze <input type="checkbox"/> Centralità del paziente
e) Settore(i) specializzato(i)
<input checked="" type="checkbox"/> Somatica acuta <input checked="" type="checkbox"/> Psichiatria <input checked="" type="checkbox"/> Riabilitazione

f) Delimitazione: Reparti/settori, professioni, ecc.

Lo screening per l'iponutrizione dovrebbe aver luogo ad ampio raggio e per ogni reparto andrebbero sottoposti a screening  $\geq 90\%$  delle e dei pazienti. L'ospedale può definire eccezioni specifiche, motivabili, laddove lo screening non è molto utile (ad es. reparto maternità, pediatria, reparti di cure urgenti). La gestione dell'iponutrizione andrebbe organizzata in modo interprofessionale, mediante un protocollo ospedaliero per la collaborazione di servizio medico, infermieristico e consulenza alimentare/terapia nutrizionale, come pure la cucina ospedaliera.

## 2. Metodologia, sviluppo ed effetto

a) La metodologia della misura di miglioramento della qualità

La gestione dell'iponutrizione all'ospedale si basa su un processo a quattro livelli:

- a) *screening dell'iponutrizione*
- b) *assessment dello stato nutrizionale*
- c) *terapia nutrizionale nelle/nei pazienti a rischio/con iponutrizione manifesta*
- d) *rilevare/giustificare la diagnosi di iponutrizione specifica nel rapporto d'uscita*

a) Screening dell'iponutrizione

La prima tappa consiste nel riconoscere le/i pazienti che presentano un rischio accresciuto di iponutrizione. Nelle/nei pazienti ricoverate/i per questo motivo un primo screening va eseguito 1-2 giorni dopo l'ammissione all'ospedale, e andrebbe ripetuto a intervalli regolari. Nella quotidianità clinica si è affermato lo strumento di screening «Nutritional Risk Screening» (NRS-2002), già oggi molto diffuso e impiegato anche a livello internazionale, che si basa sulla presunzione che il rischio di iponutrizione dipende sia dallo stato nutrizionale sia dalla gravità della malattia e dall'età. Per poter valutare lo stato nutrizionale mediante il NRS-2002, viene rilevato il calo involontario di peso durante gli ultimi 1-3 mesi, il peso attuale (BMI, Body Mass Index) e l'apporto involontariamente ridotto di alimenti dell'ultima settimana. Con un NRS di  $\geq 3$  punti (punteggio massimo: 7) si parte dal presupposto di un rischio accresciuto di iponutrizione. Lo screening mediante NRS-2002 è molto ben praticabile, richiede solo pochi minuti di tempo e presenta inoltre un'elevata sensibilità. Per la specificità occorre effettuare un assessment dettagliato dello stato nutrizionale (cfr. b).

b) Assessment dello stato nutrizionale

La prossima tappa consiste nel confermare la diagnosi di iponutrizione ed escludere motivi di natura medica (ad es. effetti collaterali di farmaci, disturbi del metabolismo quali diabete o ipertiroidismo, sindrome da malassorbimento intestinale). Se è confermata la diagnosi di iponutrizione, occorre avviare una terapia nutrizionale individuale.

c) Terapia nutrizionale nelle/nei pazienti a rischio/con iponutrizione manifesta

Non appena è stata diagnosticata un'iponutrizione dovuta a malattia, assieme alla/al paziente occorre definire obiettivi nutrizionali individuali - compreso l'apporto di energia, proteine e sostanze micronutritive - e altri obiettivi specifici per la malattia. Dopo aver stabilito gli obiettivi e il bisogno calorico o di sostanze nutritive, con l'aiuto di una/un dietista clinica/o riconosciuta/o occorre allestire un piano nutrizionale individualizzato per raggiungere tali obiettivi - se possibile preferendo l'alimentazione orale (compresi i supplementi orali). Se l'alimentazione orale non dovesse essere sufficiente per raggiungere gli obiettivi di apporto energetico e di proteine, il sostegno nutrizionale andrebbe esteso all'alimentazione enterale (via sonda) o parenterale.

d) Rilevare/giustificare la diagnosi specifica di iponutrizione nel rapporto d'uscita

Rilevare/giustificare nel rapporto d'uscita la diagnosi specifica di iponutrizione e del peso al momento delle dimissioni è pure una tappa importante e aiuta a riconoscere per tempo i problemi in futuri soggiorni all'ospedale. Secondo i criteri della direttiva di codificazione, ciò

<p>dovrebbe avvenire sotto forma di diagnosi indipendente, compresa la documentazione degli interventi nutrizionali pertinenti.</p> <p>Nella gestione delle dimissioni occorre pure definire se dopo le dimissioni dall'ospedale è indicato (sensato) proseguire con la terapia.</p>		
<p><i>Allegati alla metodologia delle misure di miglioramento della qualità</i></p>		
<p>nessuno</p>		
<p><b>b) Margine di manovra</b></p>		
<p>Complessivamente, la gestione dell'iponutrizione dovrebbe avvenire conformemente alle direttive e basata sull'evidenza, con il coinvolgimento di medici, infermiere/i e della consulenza alimentare/terapia nutrizionale. Per l'attuazione delle misure sussiste un margine di manovra per adeguare il concetto in maniera corrispondente alle esigenze dell'ospedale.</p>		
<p><b>c) Trasferibilità su altri reparti e/o ospedali</b></p>		
<p>Nessuna informazione</p>		
<p><b>d) Fase dello sviluppo</b></p>		
<p>Autodichiarazione: La misura di miglioramento della qualità ...</p>		
<p><input checked="" type="checkbox"/> ...è stata sviluppata in modo da essere vicina alla pratica.</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> ...ed è stata sperimentata da almeno un <u>progetto pilota</u>.</p>	<p><input type="checkbox"/> non è adempiuta</p>
	<p><i>Se le MMQ sono state attuate in almeno un ospedale o settore parziale di un ospedale e se sono state raccolte delle esperienze in merito, esse sono considerate un progetto pilota.</i></p>	
<p><b>e) Effetto desiderato sulla qualità di trattamento e/o sulla sicurezza delle/dei pazienti</b></p>		
<p>La quota delle/dei pazienti che al momento dell'ammissione all'ospedale soffrono di iponutrizione è considerevole. Dato che questi presentano una mortalità e morbilità più elevata rispetto a pazienti che seguono un'alimentazione normale, negli ultimi anni sono stati intrapresi molti sforzi per sottolineare l'importanza del problema nella popolazione. Ne sono risultate strategie per riconoscere e curare l'iponutrizione negli ospedali mediante screening standardizzati, al fine di evitare così le complicazioni dell'iponutrizione.</p> <p>Diversi studi controllati randomizzati e meta-analisi di tali studi hanno potuto dimostrare i vantaggi della terapia nutrizionale in merito a risultati clinici nelle/nei pazienti a rischio o con iponutrizione manifesta. Lo studio EFFORT (Lancet 2019), ad esempio, svolto a livello svizzero, in cui erano compresi &gt;2000 pazienti medico-sanitari ospedalizzati con rischio di iponutrizione ha evidenziato un effetto forte e positivo della terapia nutrizionale su complicazioni e mortalità. Analisi corrispondenti dei costi, derivanti da tale studio, hanno pure potuto illustrare l'efficienza della strategia nutrizionale su costi. Sulla base di questa quantità di studi e dati clinici sussistono pure diverse direttive internazionali che raccomandano lo screening, l'accertamento e la terapia dell'iponutrizione.</p>		

### Allegati in merito all'effetto o all'evidenza

1. Gomes F, Schuetz P, Bounoure L, Austin P, Ballesteros-Pomar M, Cederholm T, et al. ESPEN guidelines on nutritional support for polymorbid internal medicine patients. *Clin Nutr.* 2018;37(1):336-53.
2. Schuetz P, Fehr R, Baechli V, Geiser M, Deiss M, Gomes F, et al. Individualised nutritional support in medical inpatients at nutritional risk: a randomised clinical trial. *Lancet.* 2019;393(10188):2312-21.
3. Schuetz P, Seres D, Lobo DN, Gomes F, Kaegi-Braun N, Stanga Z. Management of disease-related malnutrition for patients being treated in hospital. *Lancet.* 2021;398(10314):1927-38.
4. Imoberdorf R, Meier R, Krebs P, Hangartner PJ, Hess B, Staubli M, et al. Prevalence of undernutrition on admission to Swiss hospitals. *Clin Nutr.* 2010;29(1):38-41.
5. Gomes F, Baumgartner A, Bounoure L, Bally M, Deutz NE, Greenwald JL, et al. Association of Nutritional Support With Clinical Outcomes Among Medical Inpatients Who Are Malnourished or at Nutritional Risk: An Updated Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Netw Open.* 2019;2(11):e1915138.
6. Schuetz P, Sulo S, Walzer S, Vollmer L, Stanga Z, Gomes F, et al. Economic evaluation of individualized nutritional support in medical inpatients: Secondary analysis of the EFFORT trial. *Clin Nutr.* 2020;39(11):3361-8.

### 3. Attuazione e costi

<b>a) Registro</b>		
La MMQ prevede la tenuta di uno o più registri?	<input type="checkbox"/> Sì	<input checked="" type="checkbox"/> No
<b>b) Certificazione</b>		
La MMQ prevede una certificazione?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
	<input checked="" type="checkbox"/> a seconda dell'attuazione	
<b>c) Licenze</b>		
La MMQ prevede delle licenze (ad es. questionario, sistema IT)?	<input type="checkbox"/> Sì	<input checked="" type="checkbox"/> No
<b>d) Stima dell'impiego di personale e della spesa economica per l'attuazione della misura di miglioramento della qualità</b>		
<p>La gestione dell'iponutrizione nell'ospedale comporta qualche dispendio di personale. In particolare, con ogni paziente andrebbe effettuato uno screening mediante questionario (4 domande specifiche, un dispendio di tempo relativamente basso per ogni paziente). In caso di rischio corrispondente occorrono ulteriori accertamenti ed eventualmente l'avvio di una terapia (dispendio variabile a seconda della situazione, ca. 30-60 minuti per ogni paziente). Già oggi molti ospedali adottano tale procedura ed essa fa parte della «Good Clinical Practice». Importante è pure sottolineare che grazie a diversi studi è stato possibile provare che il dispendio finanziario dello screening e della terapia sono più che compensati dal calo delle complicazioni. Nel sistema DRG, mediante la raffigurazione e la codificazione della diagnosi/del trattamento dell'iponutrizione corretti, tale dispendio può inoltre contribuire alla remunerazione</p>		

diretta secondo i criteri vigenti del manuale svizzero per la codificazione. È stato possibile dimostrare a più riprese l'efficienza a livello di costi e la possibilità di rifinanziare tutti i costi.

#### 4. Verifica dell'integrazione nel concetto sulla qualità interno all'azienda

*L'organismo di controllo esterno verifica se la MMQ è integrata nel concetto interno sulla qualità (ciclo PDCA). Per verificare tale integrazione in modo costruttivo ed equo, qui di seguito sono stabiliti dei **criteri**.*

La verifica della gestione dell'iponutrizione può essere effettuata mediante un elenco di controllo contenente gli elementi seguenti:

- vi è un concetto scritto concernente la gestione dell'iponutrizione.
- lo screening NRS viene eseguito attivamente e documentato ( $\geq 90\%$  delle/dei pazienti). Fanno eccezione le popolazioni di pazienti definite al punto 1e.
- esiste una commissione nutrizionale multidisciplinare con competenze decisionali corrispondenti.
- la casa dispone di una consulenza alimentare (con esperienza clinica) coinvolta attivamente ai sensi delle competenze fondamentali relative alla terapia nutrizionale individualizzata (comprende tutti gli interventi legati alla nutrizione). Le misure vengono concordate regolarmente con il servizio medico e delle cure infermieristiche e/o tutto il personale specializzato coinvolto nella gestione nutrizionale.

La diagnosi di «iponutrizione» è descritta nel rapporto d'uscita unitamente alle misure pertinenti di terapia nutrizionale e queste ultime vengono codificate secondo le direttive.

#### 5. Proponente e conflitti d'interesse

<b>Proponente</b> (istituzione)	Società Svizzera di Medicina Nutrizionale e Metabolismo (SSNC)
<i>Descrizione di eventuali conflitti d'interesse del proponente</i>	
nessuno	