

Il Direttore Generale
Franco Rossi

Protocollo N° . ASS/DIR/04/ 13192

Data **06.04.2004**
MR/ML

CIRCOLARE N. 4

Ai Direttori Generali
Ai Direttori Sanitari

Ai Direttori di Distretto
Ai Responsabili di Presidio Ospedaliero

Ai Direttori dei Dipartimenti di Cure Primarie
Ai Direttori dei Dipartimenti Ospedalieri
Ai Direttori dei Servizi Infermieristici Aziendali

Aziende Ospedaliere e USL

OGGETTO: La Nutrizione Artificiale: linee di indirizzo regionale clinico-organizzative.

Le crescenti indicazioni sull'utilizzo della nutrizione artificiale, laddove rappresenta una tecnica indispensabile nel trattamento dei pazienti impossibilitati a provvedere, anche transitoriamente, ad un'alimentazione naturale, impongono la necessità di dare indicazioni operative atte a uniformare e migliorare gli standard qualitativi assistenziali. Si è inoltre ritenuto opportuno fornire raccomandazioni per un appropriato utilizzo degli integratori nutrizionali.

Al fine di soddisfare integralmente i bisogni nutrizionali dei pazienti che ne hanno la necessità e di offrire a tutti le medesime opportunità di ricevere una Nutrizione Artificiale appropriata, efficace e sicura la Regione Emilia-Romagna, ha attivato un gruppo di lavoro multiprofessionale che ha elaborato delle linee di indirizzo clinico-organizzative, trasversali sia all'area ospedaliera che all'area territoriale, a supporto delle aziende sanitarie per assicurare standard qualitativi nell'utilizzo della nutrizione artificiale e per rendere più omogenee le modalità assistenziali in ambito regionale.

Per assicurare la qualità della nutrizione clinica, le stesse linee di indirizzo individuano in ambito aziendale un team nutrizionale composto da medico, farmacista, dietista e infermiere esperti in nutrizione artificiale. Tale équipe multidisciplinare ha funzioni e responsabilità sia in ambito ospedaliero che territoriale che si articolano su due livelli: uno di indirizzo, coordinamento e monitoraggio dell'attività nutrizionale, l'altro di attività specialistica clinico-assistenziale.

La presente Circolare mette inoltre in evidenza, anche attraverso un diagramma di flusso, il percorso ritenuto più idoneo per una corretta gestione della nutrizione artificiale e della continuità delle cure. Vengono quindi individuate le strutture coinvolte, le responsabilità ai diversi livelli, le competenze del team di nutrizione artificiale, la gestione delle complicità, l'attività di supervisione della nutrizione artificiale.

Le aziende sanitarie, già nel corso del 2004, sono tenute ad individuare il team nutrizionale che, come già sottolineato, esercita la funzione di supervisione in ambito aziendale, per garantire omogeneità di azioni e uniformità di interventi professionali; tale funzione è esercitata nell'ambito del governo clinico. Il team nutrizionale ha inoltre il compito di rilevare l'attività di nutrizione artificiale nel territorio di competenza per le diverse tipologie di trattamento e nelle sedi di erogazione, a tale proposito il gruppo regionale ritiene utile adottare i criteri previsti dai registri italiani di nutrizione artificiale. L'avvio di un apposito flusso informativo avverrà dopo un confronto fra il gruppo di esperti regionali e i referenti dei team nutrizionali aziendali. Il team nutrizionale avrà inoltre il compito di una valutazione quali-quantitativa dell'utilizzo degli integratori nutrizionali.

Le linee di indirizzo offrono indicazioni su percorsi specifici di formazione differenziati per livello di approfondimento. Il primo livello è indirizzato a conoscere le basi della nutrizione clinica, comprendere l'importanza della malnutrizione e quindi poter effettuare agevolmente gli screening di rischio nutrizionale. Questo primo livello coinvolge i professionisti che nella loro pratica incontrano pazienti con varie forme di malnutrizione (Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Medici ospedalieri, Infermieri, Dietisti e Farmacisti).

Un secondo livello di approfondimento riguarda la formazione sulla nutrizione clinica in aree specialistiche con l'acquisizione di competenze tecnico pratiche (Medici Specialisti, Medici di Medicina Generale che operano nelle strutture residenziali o che seguono pazienti in ADI di terzo livello, Farmacisti, Infermieri e Dietisti direttamente coinvolti nell'assistenza diretta al paziente in Nutrizione Artificiale).

Il terzo livello, riservato al team nutrizionale aziendale, avrà come obiettivo quello di sviluppare competenze per la formulazione e implementazione di protocolli clinico-assistenziali e per la realizzazione di programmi di formazione permanente degli operatori coinvolti nella nutrizione clinica.

Le linee di indirizzo clinico-organizzative per la nutrizione artificiale, riferimento per le Aziende Sanitarie sono parte integrante della presente Circolare.

Questa Direzione Generale, avvalendosi della Commissione tecnica che ha elaborato le linee di indirizzo, effettuerà il monitoraggio dell'attuazione della Circolare in oggetto.

Distinti saluti

FIRMATO
Franco Rossi

**LA NUTRIZIONE ARTIFICIALE:
LE LINEE DI INDIRIZZO REGIONALE
CLINICO-ORGANIZZATIVE**

INDICE

PREMESSA	1
1. Aspetti epidemiologici della nutrizione artificiale	1
Tabella 1	2
2. Aspetti assistenziali	2
3. Il governo clinico della nutrizione artificiale	3
3.1 Il team nutrizionale	5
3.2 Ruolo e funzioni del team	5
4. Percorsi organizzativi e assistenziali per la gestione della nutrizione artificiale e la continuità della cura in ambito territoriale e ospedaliero	5
5. Gli integratori nutrizionali	7
6. La formazione permanente in nutrizione artificiale	9
Tabella 2	10
Bibliografia e documentazione di riferimento	11

PREMESSA

La malnutrizione costituisce un fattore di rischio di aumento della morbilità e della mortalità, riduce la qualità di vita e rallenta la riabilitazione con conseguente aumento della durata di degenza e dei costi sanitari e sociali. Il corretto supporto nutrizionale, quando non può avvenire per via orale richiede il ricorso alla pratica assistenziale della nutrizione artificiale che si articola in due categorie: la nutrizione enterale (NE) totale o integrativa, quando sia totalmente o parzialmente utilizzabile l'apparato digerente; e la nutrizione parenterale (NP) totale o integrativa in pazienti per i quali i fabbisogni nutrizionali non vengono soddisfatti attraverso l'alimentazione orale o la nutrizione enterale.

La Nutrizione Artificiale (NA) è un intervento terapeutico mediante il quale è possibile soddisfare integralmente i fabbisogni nutrizionali di pazienti altrimenti non in grado di alimentarsi sufficientemente per la via naturale.

Per i pazienti che invece possono alimentarsi per via orale, ma che non possono o non riescono ad assumere quantità sufficienti di energia e proteine con la sola alimentazione naturale, è indicato l'utilizzo degli integratori nutrizionali.

Considerato il forte sviluppo e le crescenti indicazioni dell'utilizzo della nutrizione artificiale, quale pratica terapeutica utilizzata sia negli stati di malattia acuta che negli stati di malattia cronica, ai diversi livelli di intensità assistenziale, si ritiene opportuno supportare le Aziende Sanitarie a migliorare gli standard qualitativi assistenziali.

La rimodulazione delle attività assistenziali, soprattutto in ambito residenziale e domiciliare, ha comportato un crescente utilizzo di presidi farmacologici e di integratori alimentari, che necessitano a livello regionale di alcuni indirizzi per migliorare l'appropriatezza dei percorsi assistenziali e favorire una più efficiente gestione delle risorse.

Gli indirizzi regionali sono finalizzati a predisporre indicazioni operative per la gestione integrata, ospedale territorio, della nutrizione artificiale nonché l'esigenza di offrire indicazioni su percorsi specifici di formazione tesi a migliorare la cura e l'assistenza dei pazienti in nutrizione artificiale.

Tale procedura terapeutica richiede competenze cliniche e percorsi organizzativi e assistenziali che garantiscano qualità e continuità della cura in ambito territoriale e ospedaliero.

1. Aspetti epidemiologici della nutrizione artificiale

Il decorso di molte condizioni patologiche può complicarsi con lo sviluppo di malnutrizione per difetto. Secondo studi epidemiologici la prevalenza di malnutrizione è del 20%-50% nei pazienti adulti ospedalizzati e del 10% di quelli assistiti dai medici di famiglia, del 40-50% dei pazienti pediatrici ospedalizzati e del 10%-85% degli anziani assistiti in strutture protette. Recenti osservazioni effettuate nella regione Emilia-Romagna hanno riscontrato una frequenza di malnutrizione del 2%-10% nelle strutture residenziali ed una frequenza d'uso di

gastrostomia perendoscopica (PEG) del 1% nelle residenze protette e del 7% nelle RSA. Inoltre, nei pazienti ospedalizzati, è frequente osservare perdite di peso significative durante la degenza.

Alcune condizioni patologiche croniche impediscono al paziente di mantenere un normale stato di nutrizione con la sola alimentazione naturale e necessitano di NA domiciliare (NAD), di tipo enterale (NED) o parenterale (NPD).

Da indagini epidemiologiche europee alle quali hanno contribuito anche centri italiani e dall'analisi di registri nazionali, gestiti da società scientifiche, si possono ricavare i seguenti dati di incidenza media (nuovi casi per milione di abitanti/anno):

Tabella 1	CASI MILIONE/ABITANTI ANNO	PATOLOGIE
Nutrizione Enterale Domiciliare Adulti	135 (range 62/457)	40% neurologiche 50% neoplastiche
Nutrizione Parenterale Domiciliare	10/15	neoplastiche
Nutrizione Parenterale Domiciliare	0,2/4.6	Insufficienza intestinale cronica benigna
Nutrizione Enterale Domiciliare Pediatrici	17	varie
Nutrizione Parenterale Domiciliare Pediatrici	0.2/4.9	Insufficienza intestinale cronica benigna

La durata media della Nutrizione Enterale Domiciliare per i pazienti neurologici adulti è di circa 3 anni, la durata media di Nutrizione Parenterale Domiciliare è invece per i pazienti neoplastici di alcuni mesi e per l'Insufficienza Intestinale Cronica Benigna (IICB) sia per l'adulto che per il bambino è di alcuni anni o di tutta la vita.

Da una stima effettuata a livello regionale e in coerenza con i dati epidemiologici presentati, sono attesi in ambito ospedaliero e domiciliare complessivamente circa 3.200 pazienti per anno che richiedono un trattamento di nutrizione artificiale.

2. Aspetti assistenziali

Le diverse categorie di pazienti richiedono differenti competenze cliniche e percorsi assistenziali differenziati. A livello regionale è stata affrontata in via prioritaria l'attività della nutrizione artificiale per l'insufficienza intestinale cronica benigna ed è stata individuata una funzione di riferimento Hub presso l'Azienda Ospedaliera di Bologna: "Centro di riferimento per pazienti affetti da IICB eleggibili al trapianto di intestino o multiviscerale" (D.G.R. n. 2076; BUR 187/00).

Al fine di assicurare a tutti i pazienti che ne hanno la necessità, le medesime opportunità di ricevere una NA appropriata, efficace e sicura, sia in ambito ospedaliero che domiciliare, si ritiene opportuno sviluppare protocolli organizzativi e assistenziali che consentano l'erogazione della NA in modo quanto più possibile omogeneo tra le Aziende Sanitarie.

Per la realizzazione di tale strategia regionale è stato necessario il supporto di un gruppo multidisciplinare di esperti dei vari aspetti dei problemi clinico-assistenziali e farmacologici relativi alla nutrizione artificiale. Il gruppo ha inoltre affrontato il tema degli integratori nutrizionali.

Tale gruppo tecnico regionale, costituitosi, con determina del Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali, n.5696 del 12.05.2003, ha elaborato le presenti linee di indirizzo clinico-organizzative che affrontano gli aspetti peculiari dell'appropriatezza terapeutica e della continuità assistenziale ai pazienti che necessitano di nutrizione artificiale e integrazione nutrizionale. Il gruppo tecnico regionale ha condiviso le linee guida cliniche dell'Associazione American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (ASPEN), fatte proprie dalla Società Italiana di Nutrizione Parenterale e Enterale (SINPE). Tali linee-guida comprendono sia gli aspetti che riguardano l'adulto sia gli aspetti che riguardano il bambino.

Sulla base di tali linee-guida il gruppo tecnico ha elaborato le presenti indicazioni relative agli aspetti che assicurano la continuità e integrazione del processo assistenziale con un approccio multidisciplinare.

3. Il governo clinico della Nutrizione Artificiale

La complessità dell'intervento nutrizionale, le crescenti indicazioni dell'utilizzo della nutrizione artificiale e la multiprofessionalità delle competenze richieste evidenziano l'esigenza di individuare, in sede aziendale, percorsi assistenziali ed équipe di esperti nutrizionisti che adottino gli strumenti del governo clinico a garanzia della realizzazione della qualità dell'intervento nelle sue due dimensioni principali: qualità clinica e continuità assistenziale.

Al fine di assicurare a tutti i pazienti che ne hanno la necessità, le medesime opportunità di ricevere una NA appropriata, efficace e sicura, sia in ambito ospedaliero che domiciliare, il gruppo tecnico predispone linee di indirizzo sui protocolli organizzativi e assistenziali che consentano l'erogazione della NA in modo quanto più possibile omogeneo tra le Aziende Sanitarie.

L'attuazione della NA, sia ospedaliera che domiciliare, avviene attraverso fasi successive:

- individuazione del paziente candidato al supporto nutrizionale,
- stesura del piano nutrizionale,
- posizionamento e gestione della via d'accesso,
- preparazione ed erogazione della miscela nutritiva,
- gestione della via d'accesso e della linea infusioneale,

- monitoraggio del trattamento e gestione delle complicanze,
- counseling del care-giver e schede informative per la famiglia.

L'approccio multiprofessionale e l'adozione delle fasi sopra descritte garantisce l'appropriatezza, l'efficacia e la sicurezza dell'intervento

La complessità del percorso terapeutico richiede necessariamente il lavoro integrato tra più professionisti esperti (medico, infermiere, dietista, farmacista).

Criteria di appropriatezza:

- l'individuazione tempestiva del paziente malnutrito o a rischio di diventarlo;
- la corretta scelta del tipo di NA necessaria;
- la corretta prescrizione degli apporti nutrizionali.

Criteria di efficacia e sicurezza:

- la tempestività dell'erogazione della NA prescritta;
- la sicurezza delle miscele nutrizionali sia standard, sia personalizzate;
- la correttezza della gestione delle linee infusionali;
- l'adeguatezza del monitoraggio clinico-laboratoristico-strumentale e della prevenzione delle complicanze.

Le indicazioni operative per soddisfare i criteri di appropriatezza, di efficacia e di sicurezza, sono l'adozione di tutte le seguenti procedure e protocolli operativi relativi a:

- individuazione del paziente malnutrito o a rischio di diventarlo e valutazione dello stato di nutrizione;
 - posizionamento delle vie d'accesso all'apparato digerente o al sistema venoso;
 - preparazione di miscele nutrizionali standard e personalizzate e relative modalità distributive;
 - avvio, gestione e monitoraggio dei programmi di NA;
 - collegamento ospedale territorio;
 - programma di audit per la rilevazione del n° e tipologia dei pazienti trattati, n° complicanze; tempi medi di avvio dei nuovi programmi;
1. la presenza di operatori sanitari esperti e di commissione e/o team e/o Unità Operativa per la NA;
 2. l'attuazione di un programma formativo dedicato (vedi TAB.2 "Attività formativa");
 3. qualora si tratti di casi particolarmente complessi in cui si è già individuato un centro Hub è necessario porre relazioni fra il centro Hub e i centri spoke;
 4. vista la peculiarità e la specificità dell'area pediatrica si ritiene necessario individuare un centro Hub pediatrico regionale in collaborazione con il Centro Hub per l'adulto.

3.1 Il Team nutrizionale

Come indicato dalle linee-guida nazionali e internazionali la qualità della nutrizione clinica è assicurata dalla presenza in ambito aziendale da un team nutrizionale che opera come un gruppo multidisciplinare costituito da operatori sanitari esperti che svolgono un'attività clinico-specialistica di supporto nell'attuazione della nutrizione artificiale. La composizione raccomandata comprende un medico, un farmacista, un dietista e un infermiere esperti in nutrizione artificiale.

Il team nutrizionale viene proposto come modello di organizzazione che ha tra i suoi scopi

- valutare l'indicazione al trattamento nutrizionale;
- provvedere ad un'adeguata terapia nutrizionale che tenga conto del costo-efficacia;
- valutare l'effettivo introito nutrizionale;
- garantire un adeguato monitoraggio e ridurre le complicanze.

La metodologia di lavoro, in ambito multidisciplinare prevede il confronto e la condivisione secondo visioni prospettive professionali differenziate e la stesura di programmi collegiali che meglio si adattano alle esigenze individuali del singolo paziente e dell'ambito di riferimento.

3.2 Ruolo e funzioni del team

Fermo restando che in ambito aziendale deve essere individuato il team nutrizionale con le caratteristiche sopra descritte, le funzioni e le responsabilità si articolano su due livelli.

Un livello di indirizzo, coordinamento e monitoraggio dell'attività nutrizionale e un livello di attività specialistica clinico-assistenziale svolti in ambito ospedaliero e territoriale secondo i percorsi organizzativi e assistenziali di seguito descritti.

Pertanto, il gruppo tecnico, individua due livelli di competenze, un primo livello di base che deve far parte delle competenze professionali di tutti gli operatori sanitari che operano in ambito territoriale e ospedaliero in quanto il mantenimento di un adeguato stato nutrizionale è un bisogno primario a cui tutti devono saper dare una risposta competente.

Il secondo livello si esplica in ambito specialistico e richiede un intervento diretto clinico-assistenziale dei componenti il team nutrizionale.

4. Percorsi organizzativi e assistenziali per la gestione della nutrizione artificiale e la continuità della cura in ambito territoriale e ospedaliero.

Il diagramma di flusso illustra in modo schematico il percorso ritenuto più idoneo per un'appropriata gestione della nutrizione artificiale.

STRUTTURE COINVOLTE- Come precisato nel diagramma, le strutture coinvolte nel percorso, sono l'ospedale nelle sue diverse modalità assistenziali (degenza D.H. e attività ambulatoriale specialistica), il Distretto nelle sue modalità assistenziali quali l'assistenza domiciliare, l'attività ambulatoriale dei Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PdLS) e le strutture residenziali. Il percorso che si va a descrivere, si applica perciò a tutti i pazienti, adulti e bambini, indipendentemente dal luogo di erogazione dell'assistenza.

Il percorso attraverso il quale si svolge l'attività di nutrizione clinica prevede l'individuazione del paziente candidato al supporto nutrizionale, la valutazione dello stato di nutrizione e quindi la stesura e l'attuazione del programma nutrizionale.

L'individuazione del paziente malnutrito o a rischio di malnutrizione è a carico del medico curante intendendosi per questo sia il MMG con la collaborazione dei professionisti operanti nel distretto, sia il medico del reparto di degenza che ha la responsabilità temporanea della cura del paziente.

Data la frequenza della malnutrizione calorico-proteica (MCP), è necessario disporre di strumenti di selezione che consentano agli operatori sanitari coinvolti in questa fase del percorso (medici, dietisti, infermieri), di individuare prontamente il paziente a rischio di complicanze secondarie alla malnutrizione (RISCHIO NUTRIZIONALE) e di attivare il consulente nutrizionista, qualora l'attività di nutrizione clinica esuli dalle loro specifiche competenze e conoscenze.

L'individuazione viene fatta attraverso strumenti idonei per la selezione di pazienti a rischio di malnutrizione (vedi scheda allegata) oppure secondo strumenti individuati a livello aziendale. Se viene identificata la presenza di insufficienza intestinale cronica benigna il percorso è semplificato verso il centro regionale di riferimento già identificato (DGR 2076/2000). Per ogni altra condizione clinica di malnutrizione identificata attraverso lo screening può essere attivata una consulenza specialistica attraverso l'intervento del team nutrizionale aziendale, oppure il medico curante, secondo le proprie competenze, può procedere ad una valutazione più accurata dello stato nutrizionale e alla stesura di un piano nutrizionale.

TEAM NUTRIZIONE ARTIFICIALE- Se ad un certo punto del percorso clinico-terapeutico diventa indispensabile il ricorso alla NA è indicata l'attivazione del team nutrizionale per la stesura di un piano nutrizionale più complesso, la scelta e il posizionamento della via d'accesso (apparato digerente nel caso di nutrizione enterale, sistema venoso nel caso di nutrizione parenterale). Le aziende sanitarie devono acquisire le competenze professionali che garantiscano l'espletamento di queste attività e dotarsi di strutture organizzative e tecnologie in grado di soddisfare tali esigenze.

MISCELE NUTRIZIONALI- tale fase del processo ha come interlocutore principale il Servizio Farmaceutico che deve presiedere le fasi di: acquisizione delle miscele nutrizionali, preparazione e distribuzione; inoltre partecipa alla fase della scelta delle miscele.

MONITORAGGIO DELLA N.A E DELLA GESTIONE DELLE COMPLICANZE- il team è tenuto a monitorare gli aspetti clinici e gestionali per l'inizio del trattamento, per la fase di cura e per la fine del trattamento nonché il monitoraggio periodico del paziente in trattamento.

Il team esplicita il programma di monitoraggio delle attività di N.A. sia in ospedale che nel territorio avviando anche appositi audit clinici.

La gestione delle complicanze è di competenze del team nutrizionale secondo le specifiche competenze e professionalità delle diverse figure professionali.

ATTIVITÀ DI FORMAZIONE PERMANENTE ED EDUCAZIONE TERAPEUTICA- il team nutrizionale ha la responsabilità di produrre programmi di formazione per tutte le figure professionali coinvolte nella nutrizione artificiale sia ospedaliera che distrettuale. In particolare il team è responsabile della formazione all'educazione terapeutica dei pazienti coinvolti e dei loro famigliari nella gestione domiciliare della nutrizione artificiale.

ATTIVITÀ DI SUPERVISIONE DELLA NUTRIZIONE ARTIFICIALE- la funzione di supervisione è indispensabile in ambito aziendale per garantire omogeneità di interventi e uniformità di interventi professionali; è una funzione del team nutrizionale ed è esercitata nell'ambito del governo clinico in staff al D.S. . Il gruppo regionale ritiene utile che le aziende adottino i criteri previsti dai registri italiani di nutrizione artificiale (NED e NPD). In ogni caso l'esercizio di una corretta attività di supervisione necessita di una puntuale rilevazione delle attività di nutrizione artificiale nelle diverse tipologie di trattamento e nelle varie sedi di erogazione. L'avvio di un apposito flusso informativo, ancorché aziendale, avverrà dopo un confronto fra il gruppo di esperti regionali e i referenti dei team nutrizionali aziendali.

1. Gli integratori nutrizionali

Come menzionato in premessa, nel caso in cui l'alimentazione per via orale non fornisca sufficienti quantità di energie e proteine è indicato l'utilizzo di integratori nutrizionali. L'uso degli integratori è però consigliato non come primo e unico trattamento, bensì nell'ambito di strategie dietetiche volte ad incrementare gli apporti per via naturale.

Gli integratori sono preparati a formulazione chimica definita, da somministrare per via orale in forma liquida o cremosa pronti all'uso, o in polveri da ricostituire, alcuni sono "nutrizionalmente completi", in grado cioè di rappresentare la sola fonte nutrizionale, altri, generalmente in polvere, sono definiti modulari, e possono essere aggiunti a cibi solidi e liquidi, al fine di aumentare la proporzione di alcuni nutrienti (carboidrati, proteine). Sono poi disponibili supplementi formulati per specifiche patologie, tra cui prodotti che modificano lo stato fisico di alcuni alimenti.

La loro efficacia è stata dimostrata nel migliorare lo stato di nutrizione, la cenestesi e la capacità funzionale nei soggetti adulti (forza muscolare, autonomia funzionale, riduzione delle cadute) e la velocità di crescita nei bambini.

Il miglioramento dello stato di nutrizione, apportato dall'utilizzo degli integratori, ha dimostrato di influenzare positivamente l'evoluzione di specifiche patologie.

L'uso di integratori è frequente sia in ambito ospedaliero che territoriale, pertanto è opportuno fornire alcune indicazioni per un corretto utilizzo di tale strumento terapeutico.

È importante sottolineare che la prescrizione degli integratori deve avvenire nell'ambito di un programma nutrizionale specifico e misurabile.

Pur senza precluderne un uso opportunamente motivato in particolari situazioni cliniche, la somministrazione di integratori a pazienti, ospedalizzati e non, secondo le attuali evidenze di efficacia, dovrebbe essere prevalentemente destinata a:

- pazienti adulti con BMI <20;
- pazienti adulti con BMI >20 con in corso un calo di peso involontario;
- bambini con deficit della crescita (rapporto peso/altezza <85% dell'ideale);
- bambini con rallentamento della velocità della crescita.

Il monitoraggio dell'uso degli integratori deve avvenire prima, durante e dopo il termine del periodo di prescrizione e prevedere oltre alla valutazione clinica:

- una valutazione nutrizionale che comprende:
 - stato di nutrizione del paziente,
 - inchiesta alimentare,
 - definizione dei fabbisogni calorico-proteici,
 - documentazione del bilancio calorico proteico negativo,
 - valutazione della possibilità di aumentare l'apporto energetico-proteico con adeguate prescrizioni dietetiche comprendenti cibi ad alto contenuto calorico-proteico,
 - identificazione e correzione di eventuale deficit specifici di nutrienti (vitamine, sali minerali, oligoelementi);
- identificazione degli obiettivi nutrizionali e funzionali da raggiungere;
- grado di accettazione e di adattamento del paziente alla prescrizione;
- programmazione delle visite di controllo, se in un contesto assistenziale diverso da quello ospedaliero, la cui cadenza non deve superare i 30 giorni;

- scelta (tipo, consistenza, gusto) e tempi di somministrazione (posologia, durata) decisi da un operatore sanitario esperto insieme al paziente (o ad un familiare di riferimento), tenendo conto anche dello stile di vita (apporti giornalieri, orari dei pasti).

Il team nutrizionale avrà il compito di orientare, supervisionare e monitorare l'appropriatezza dell'utilizzo della "supplementazione orale" attraverso l'elaborazione di specifici strumenti.

Ciascuna Azienda dovrà provvedere, attraverso le normali procedure di acquisto, all'erogazione diretta degli integratori ai pazienti ospedalizzati e non portatori di situazioni cliniche tali da poter trarre beneficio da questo strumento terapeutico secondo i criteri precedentemente indicati. Contestualmente si richiede alle Aziende di attivare un monitoraggio relativo ai consumi degli integratori nutrizionali e relativi costi.

6. La formazione permanente in nutrizione artificiale.

La N.A., per tipologia di pazienti e per le modalità organizzative che comporta si colloca nel campo delle malattie complesse multifattoriali con pluripatologia associata, che richiedono un intervento distribuito su un lasso di tempo non prevedibile e il coinvolgimento spesso contemporaneo di diverse figure professionali ciascuno con i propri ruoli e funzioni ma con un progetto terapeutico condiviso; al centro del team multidisciplinare e degli obiettivi terapeutici c'è sempre il paziente e la sua famiglia così come per tutte le altre malattie che comportano percorsi decisionali complessi, esiti incerti e, perdita relativa di integrità, accettazione consapevole di un nuovo stato di salute. Di fronte a un quadro così complesso bisogna prevedere fin dall'inizio una formazione permanente di tutte le figure professionali coinvolte, volta non soltanto all'acquisizione di tecnologie necessarie ma anche alla preparazione non soltanto di tipo biomedico ma anche psico-sociale comportando l'utilizzo di tecniche di comunicazione volte alla istituzione di un rapporto team curante-paziente basato su caratteristiche non soltanto prescrittive ma di vero e proprio tutoraggio. L'educazione terapeutica è lo strumento integrato del processo di cura da somministrare sin dall'inizio con verifiche periodiche sulla conoscenza, sulle modifiche comportamentali e sul raggiungimento degli obiettivi terapeutici.

Le figure professionali prevalentemente coinvolte sono: i MMG, i PdiLS, i medici ospedalieri, gli infermieri, i dietisti e i farmacisti.

Per ciascuna di queste figure è possibile prevedere un livello formativo differenziato a seconda del tipo di coinvolgimento nel campo della nutrizione artificiale. È razionale pensare che tutti i professionisti incontrino nella propria pratica pazienti con varie forme di malnutrizione ed è pertanto necessaria una formazione di base per poter effettuare lo screening di rischio nutrizionale e conoscere le basi del supporto nutrizionale. Un secondo livello formativo riguarderà gli operatori coinvolti nella cura di pazienti che richiedono N.A. sia presenti a domicilio che nelle strutture residenziali o degenti in reparti ospedalieri non specialistici: sarà necessario sviluppare conoscenze teorico-pratiche di nutrizione clinica.

Il terzo livello formativo è di solito riservato ai membri del team nutrizionale aziendale e richiede la capacità di sviluppare protocolli gestionali per l'applicazione di linee di infusione per la N.E. in ospedale e nei distretti oltre che sviluppare sistemi di monitoraggio clinico e per la gestione delle complicanze.

Tabella 2

Livelli di approfondimento	Obiettivi di formazione	Operatori coinvolti
I livello	Conoscere le basi della nutrizione clinica, comprendere l'importanza della malnutrizione clinica come fattore di rischio, saper effettuare lo screening di rischio nutrizionale.	MMg , PdiLS, Medici ospedalieri, infermieri, dietisti, farmacisti
II livello	<ul style="list-style-type: none"> - Aggiornamenti di nutrizione clinica nelle aree specialistiche (paziente chirurgico, paziente geriatrico , gastroenterologico cc..), - Acquisizione di competenze tecnico-pratiche per la realizzazione di interventi di educazione terapeutica ai pazienti e ai loro famigliari 	Medici specialisti delle discipline interessate, medici di MG che operano nelle strutture residenziali, e/o che seguono pazienti in ADI III livello, farmacisti infermieri e dietisti direttamente coinvolti nell'assistenza diretta al paziente in NA
III livello	Sviluppare: <ul style="list-style-type: none"> - conoscenze teorico pratiche specialistiche di nutrizione clinica, - competenze per la formulazione, implementazione e monitoraggio di protocolli clinico assistenziali specifici - competenze per la realizzazione di programmi di formazione permanente degli operatori coinvolti nella nutrizione clinica. - Elaborare programmi di sviluppo di competenze di educazione terapeutica negli operatori coinvolti 	Team nutrizionale aziendale

BIBLIOGRAFIA E DOCUMENTAZIONE DI RIFERIMENTO

America Society for Parenteral and Enteral Nutrition (A.S.P.E.N.): Guidelines for the use of parenteral and enteral nutrition in the adult and pediatric patients. JPEN 2002; 26 (suppl 1): S1-S138

Brosnan S, Margetts B, Munro J et al. The reported use of dietary supplements (sip feeds) in hospitals in Wessex, UK. Clin Nutr 2001;20:445-9.

Commissione SINPE-ADI. Linee guida per l'accreditamento dei centri di nutrizione artificiale domiciliare. Rivista Italiana di Nutrizione Parenterale ed Enterale 2000; 18: 173-182

Dossier 76/03 ASR E-R ricerca sulla qualità dell'assistenza agli anziani nelle strutture residenziali

Green CJ. Existence, causes and consequences of disease-related malnutrition in the hospital and the community, and clinical and financial benefits of nutritional intervention. Clin Nutr 1999; 18 (suppl 1): 3-28

Green CJ. Existence, causes and consequences of disease-related malnutrition in the hospital and the community, and clinical and financial benefits of nutritional intervention. Clin Nutr 1999;18(suppl. 2):3-28.

Hebuterne X, Bozzetti F, Villares JMM, Pertkiewicz M, Shaffer J, Stun M, Thul P, Van Gossum A, Espen-home artificial nutrition working group. Home enteral nutrition in adults: a European multicentre survey. Clin Nutr 2003; 22: 261-266.

Palmo A, Pironi L. principi clinici e organizzativi delle linee guida per l'accreditamento dei centri di nutrizione artificiale domiciliare. Rivista Italiana di Nutrizione Parenterale ed Enterale 2000; 18: 170-172

Società Italiana di Nutrizione Parenterale ed Enterale (S.I.N.P.E.): Linee guida per la nutrizione parenterale ed enterale nei pazienti adulti a domicilio. Rivista Italiana di Nutrizione Parenterale ed Enterale 1988; 16(S3):3-68

Società Italiana di Nutrizione Parenterale ed Enterale (S.I.N.P.E.): Linee guida per la nutrizione artificiale ospedaliera. Rivista Italiana di Nutrizione Parenterale ed Enterale 2002; 20: S1-S169

Stratton RJ, Elia M. A critical, systematic analysis of the use of oral nutrition supplements in the community. Clin Nutr 1999; 18 (suppl 1): 9-84

Stratton RJ, Elia M. A critical, systematic analysis of the use of oral nutritional supplements in the community. Clin Nutr 1999;18(suppl. 2):29-84.

Stratton RJ, Green CJ, Elia M. Disease-related malnutrition: an evidence-based approach to treatment. CABI Pub. 2003.

Van Gossum A, Bakker H, De Francesco, Ladefoged K, Leon-Sanz M, Messing B, Pironi L, Pertkiewicz M, Shaffer J, Thul P, Wood S, Espen-home artificial nutrition working group. Home Parenteral Nutrition in adults: a multicentre survey in Europe in 1993. Clin Nutr 1996; 15: 53-59.

Van Gossum A, Colomb V, Hebuterne X, Leon-Sanz M, Pertkiewicz M, Shaffer J, Staun M, Espen-home artificial nutrition working group. Home Parenteral Nutrition in children: a multicentre survey in Europe in 1997. Clin Nutr 17 (Suppl 1): 42-43

DGR 2076 del 28.11.2000:" Rete regionale trapianti: centro di riferimento per pazienti affetti da insufficienza intestinale cronica benigna eleggibili al trapianto di intestino o multiviscerale"