

Linee di indirizzo per la gestione della malnutrizione

Bisogni di salute

Una corretta alimentazione è un fattore fondamentale per un buon stato di salute; la Nutrizione Clinica deve, dunque, essere inserita a pieno titolo nei percorsi di diagnosi e cura, sia del paziente ospedalizzato, sia del paziente ambulatoriale.

Come documentato da numerosi dati scientifici l'alimentazione e la nutrizione svolgono un ruolo fondamentale nell'ambito della terapia e prevenzione di numerose patologie.

Le indicazioni della letteratura nazionale e internazionale e anche in ottemperanza a quanto previsto nella DGR n.1370 del 24-09-2003 e a quanto indicato dal PSR 2009-2011 impongono un percorso omogeneo a livello regionale per garantire la qualità di cure appropriate che ottimizzano in maniera efficace la continuità assistenziale tra Servizi ospedalieri e Servizi territoriali, anche mediante l'individuazione di percorsi assistenziali - diagnostico - terapeutici condivisi.

La progettazione di percorsi integrati, l'impostazione interdisciplinare e multi-professionale, l'integrazione ed il coordinamento delle risorse sono componenti importanti per garantire il raggiungimento di migliori livelli di appropriatezza, orientando i comportamenti professionali in modo da contrastare la variabilità negli approcci clinico - assistenziali;

L'aspetto nutrizionale è parte di una visione strategica più ampia del percorso di salute all'interno dell'attività assistenziale, come componente sia della qualità, sia dell'attività clinica svolta.

La deliberazione della Giunta Regionale n.1370, richiamata sopra, poneva già le basi di un modello articolato che prevedeva la presa in carico globale e continua dei pazienti, ma la sua applicazione riguarda solo un territorio.

La gestione della malnutrizione correlata alla malattia rappresenta uno dei campi applicativi più rilevante per l'importanza clinica della nutrizione e include, a pari importanza, sia il livello ospedaliero che territoriale.

I servizi di dietetica e nutrizione clinica dovranno operare secondo procedure specifiche per le singole realtà in cui svolgono la loro attività.

La malnutrizione è un problema misconosciuto e/o sottovalutato, spesso già presente all'inizio del ricovero ed aumenta durante la degenza particolarmente negli anziani e nei lungodegenti. Gli studi riportano come il 20- 40 % dei pazienti presentino, alla loro ammissione in ospedale un quadro di malnutrizione, situazione questa destinata a peggiorare durante la degenza . Infatti è stato dimostrato che il 70% dei pazienti peggiora il proprio stato nutrizionale durante i primi 10 giorni di ricovero ospedaliero.

Tra le categorie maggiormente a rischio troviamo: la malnutrizione associata a patologie specifiche e malnutrizione del paziente fragile con stato nutrizionale al limite, ma associato ad altre gravi situazioni quali, compromessa funzionalità di organo, ipercatabolismo, quadro psicologico difficile etc.

Punto nodale della lotta alla malnutrizione è garantire la continuità assistenziale per il paziente tra l'ospedale e il territorio

Obiettivi da raggiungere:

- Ridurre la prevalenza e la gravità della malnutrizione
- migliorare la qualità di vita soprattutto in quei soggetti dichiarati fragili e /o portatori di patologie che inducono uno stato di malnutrizione
- abbassare la spesa farmaceutica su prodotti e presidi per la nutrizione
- garantire il superamento delle disomogeneità territoriali nell'erogazione delle prestazioni sanitarie
- Ridurre le complicanze e le giornate di degenza
- garantire l'applicazione di un sistema omogeneo per la gestione della nutrizione artificiale;
- promuovere l'integrazione, l'interazione, la cooperazione e la collaborazione dei professionisti coinvolti in particolare i MMG e i PdL anche attraverso la costituzione di gruppi multidisciplinari.
- promuovere programmi di ricerca scientifica e di studio di interesse multidisciplinare;

- promuovere piani formativi integrati per la formazione, l'aggiornamento e la riqualificazione delle varie figure professionali, inclusi anche i MMG/PLS, nonché per la ricerca e per la sperimentazione clinica;
- garantire, attraverso l'individuazione di adeguati sistemi di indicatori, il monitoraggio dell'offerta dei servizi, la verifica continua dell'appropriatezza delle prestazioni erogate, il livello di efficienza dei servizi.

Definizione della dietetica e nutrizione clinica

La Dietetica e Nutrizione Clinica è una specialità che implica sia gli aspetti legati all'igiene alimentare e agli stili di vita, (dietetica), sia la nutrizione clinica finalizzata a prevenire e curare le alterazioni nutrizionali causate dalla malattia.

Per ogni individuo i fabbisogni nutrizionali di macronutrienti (proteine, grassi e carboidrati) e micronutrienti (vitamine e Sali minerali) variano in base all'età, al sesso, all'attività lavorativa e fisica, una alimentazione naturale per os, bilanciata nei nutrienti, variegata, magari in rispetto alla "Dieta Mediterranea" è in grado di mantenere un corpo in equilibrio.

La Dietetica e Nutrizione Clinica si esplica prevalentemente in due ambiti:

1.Prevenzione e/o terapia della malnutrizione derivante dallo stato di malattia

L'insorgenza di una malattia acuta o il perdurare di uno stato di malattia cronica possono però alterare l'equilibrio nutrizionale dell'individuo portandolo ad uno stato carenziale di malnutrizione.

La M può essere definita come uno stato di alterazione funzionale, strutturale e di sviluppo dell'organismo conseguente alla discrepanza tra fabbisogni, introiti ed utilizzazione dei nutrienti, tali da comportare un eccesso di morbilità e mortalità o un'alterazione della qualità di vita. La rilevanza clinica della M è data dal fatto che si comporta come fattore di co-morbilità, quindi in grado di condizionare negativamente la prognosi della malattia di base qualunque essa sia aumentandone come detto la morbilità e la mortalità attraverso la depressione della risposta immunitaria, la riduzione della cicatrizzazione, la alterazione funzionale di tutti gli organi e quindi la qualità della vita del paziente. La M è quindi considerata oggi la "malattia nella malattia" in grado di condizionare la patologia di base.

La Malnutrizione si può sviluppare per tutta una serie di cause di seguito elencate:

- Riduzione dell'apporto orale di nutrienti (anoressia, vomito, dolore, ostruzioni gastro intestinali ecc..)
- Perdita di nutrienti (malassorbimento, diarrea, emorragia, fistole digestive, drenaggi ecc...)
- Aumentati fabbisogni (sepsi, ustioni, traumi, neoplasie, interventi chirurgici, malattie infiammatorie)
- Alterata utilizzazione dei nutrienti (neoplasie, aids, sepsi, insufficienza renale ed epatica)

Pertanto diventa indispensabile agire sulla prevenzione e/o terapia della malnutrizione derivante dallo stato di malattia.

2. Prevenzione e/o terapia delle patologie in cui l'indirizzo dietetico è componente terapeutica essenziale.

- **Valutazione**

La prevenzione consiste nell'individuazione dei soggetti a rischio e in caso di patologia in atto, nell'inquadramento clinico e valutazione dello stato di nutrizione per programmare un appropriato intervento dietoterapeutico e di nutrizione artificiale. Le modalità d'intervento consistono nella prescrizione di programmi di trattamento dietetico e psiconutrizionale all'interno dei moderni concetti di terapia comportamentale

Da ciò si evince che acquista particolare importanza l'effettuazione dello **Screening Nutrizionale** (SN) che permetta la valutazione precoce del rischio nutrizionale del paziente e da effettuarsi sia al momento del ricovero sia a domicilio, laddove le condizioni cliniche del paziente comportino una compromissione dello stato di nutrizione. I tests di SN impiegabili sia per pazienti ospedalizzati che a domicilio, si basano tutti utilizzando variamente tre aspetti, la storia del paziente (perdita di peso nel tempo, valutazione dell'appetito, presenza di nausea, cibo introdotto), le misurazioni (peso, altezza, bmi), la presenza di patologia acuta. Si possono utilizzare i test MUST o MNA più semplici da utilizzare.

La prima valutazione del rischio nutrizionale deve costituire la prassi ed essere effettuata tempestivamente da personale appositamente identificato in ciascuna struttura sanitaria.

Negli ospedali il test di valutazione deve essere somministrato a tutti i pazienti entro le 48 ore successive dal ricovero e registrato nella cartella clinica.

Lo strumento o gli strumenti per il test di screening di valutazione debbono essere condivisi dal gruppo e allegati al presente documento e l'individuazione dei soggetti sottoposti a screening. La valutazione è da inserire all'interno della cartella clinica del soggetto.

- **Nutrizione artificiale**

Per quelle patologie che inibiscono in tutto o in parte l'alimentazione spontanea e nella nutrizione sostitutiva nell'insufficienza cronica di funzione o d'organo; le modalità di intervento sono rappresentate dall'alimentazione orale assistita che utilizza specifiche

variazioni della composizione e consistenza dei pasti e la fornitura di integrazioni dietetiche specificamente formulate e dalla nutrizione artificiale enterale e parenterale.

La nutrizione artificiale è un complesso di procedure terapeutiche mediante le quali è possibile soddisfare i fabbisogni nutrizionali di pazienti non in grado di alimentarsi sufficientemente per via naturale.

La NA si divide in nutrizione parenterale (NP) ed enterale (NE).

Con la NP i nutrienti (acqua, glucosio, aminoacidi,grassi, elettroliti,vitamine,oligoelementi) assemblati come preparazione galenica magistrale o dall'industria farmaceutica ed adeguatamente miscelati, sono somministrati direttamente nella circolazione sanguigna attraverso una vena periferica (NPP) o centrale (NPT), mediante l'impiego di ago cannule o cateteri venosi.

Con la NE i nutrienti (a preparazione industriale) sono somministrati direttamente nella via digestiva, a livello dello stomaco,del duodeno o del digiuno, attraverso apposite sonde inserite dal naso (sondini naso-enterici) o stomie confezionate all'uopo.

Esiste una precisa linea di demarcazione fra la **nutrizione clinica** e la **nutrizione artificiale**: la prima prevede la somministrazione per **via orale** e sotto controllo medico di prodotti nutrizionali, anche di preparazione industriale (esempio gli integratori nutrizionali o supplementi orali); la seconda altresì prevede l'uso di **miscele completamente artificiali** e viene somministrata attraverso **accessi artificiali**.

In base al prontuario Regionale, **nell'Allegato A** sono riportate le condizione clinica richiedenti la Nutrizione Artificiale.

Il ricorso in ambito ospedaliero ed extraospedaliero ad una nutrizione artificiale è una procedura ampiamente utilizzata sia in ambiente ospedaliero che domiciliare. La commissione di **BIOETICA della Società scientifica di Nutrizione Parenterale ed Enterale (SINPE)** nel 2007 ha stabilito che la NA:

- **È un trattamento medico**
- Non è una misura di ordinaria assistenza
- Non è una terapia eziologica, né sintomatica
- Non è una terapia palliativa

In alcune situazioni cliniche ben definite, la NA è un trattamento “salvavita” in quanto rappresenta l'unico provvedimento terapeutico necessario e sufficiente per la sopravvivenza del paziente.

In base a recenti stime demografiche europee è ragionevole prevedere per i prossimi anni un numero di 20-25 nuovi pz/anno per milione di abitanti da sottoporre a nutrizione parenterale totale (NPT) e 80-100 nuovi pz/anno per milione di abitanti a nutrizione enterale totale (NET): quindi per la regione Umbria con una popolazione di circa 1 milione di abitanti si tratterebbe di circa 120 nuovi pazienti/anno da trattare con terapia nutrizionale cronica in regime territoriale (NAD), accanto ad un campione di numerosità molto più elevata in regime di ospedalizzazione, con pazienti ricoverati per patologia “acuta” (chirurgia generale, ortopedica, oncologica, traumi) che incorrono in scompenso metabolico su un preesistente “stato nutrizionale fragile” (anziani) o situazioni di stress catabolico acuto (chirurgia oncologica, ortopedica, ORL)

La NA costituisce quindi un **elemento terapeutico “centrale”** in una ampia gamma di situazioni patologiche, che va garantito da parte del SSN con il più appropriato standard di qualità clinica ed organizzativa nelle seguenti situazioni cliniche:

- I. Gravi turbe della deglutizione (disfagia) da cause neurologiche (malattie cerebrovascolari, m. di Alzheimer, SLA, Sclerosi Multipla)
- II. SIC anatomico (chirurgia) o funzionale (MICI ; insufficienza intestinale funzionale da raggi) che rendono impossibile l'assorbimento dei nutrienti
- III. Fistole enteriche
- IV. Neoplasie del capo e del collo con grave ostacolo al transito degli alimenti in pazienti con lunga aspettativa di vita e/o sensibilità a chemio e radioterapia
- V. Altre neoplasie che richiedono NA ove si riconoscano le condizioni di cui al punto precedente
- VI. Anoressia nervosa o da documentata causa organica
- VII. Ostruzioni o pseudo ostruzioni intestinali da cause benigne
- VIII. Pazienti con AIDS conclamato

In tutti questi casi, è necessaria una accurata e approfondita **valutazione dello stato nutrizionale** e/o metabolico a cui deve seguire l'eventuale istituzione di un **piano terapeutico nutrizionale personalizzato**. Il momento diagnostico e terapeutico devono essere espletati da professionisti “ esperti in nutrizione clinica e nutrizione artificiale” per evitare inutili trattamenti, qualora non necessari con sprechi di risorse, o la mancata diagnosi di stati disnutrizionali e quindi il mancato, opportuno e necessario trattamento.

Modello organizzativo

Un modello organizzativo che assicura ai pazienti interventi nutrizionali adeguati, tempestivi, efficaci, efficienti e sicuri, non può prescindere da equipe multidisciplinari specialistiche che prevedano la presenza, all'interno dei presidi ospedalieri, in particolare le due aziende ospedaliere, dei servizi di dietetica e nutrizione clinica e a livello territoriale, degli specialisti dei servizi di nutrizione clinica aziendale, MMG, PLS e specialisti ospedalieri di presidio territoriale.

Le articolazioni organizzative si esplicitano in:

Area	Macrofunzioni	Attività
Ospedale	<p>Referenza organizzativa per le attività di ristorazione, dietetica e nutrizione artificiale</p> <p>Consulenza e presa in carico di pazienti degenti</p> <p>Degenza Ordinaria specialistica</p> <p>Day Hospital specialistico</p> <p>Ambulatori specialistici</p> <p>Consulenza domiciliare attraverso protocollo con il distretto</p> <p>Soggetti che prescrivono: tutti i medici di reparto previa consulenza del nutrizionista</p>	<p>Valutazione dello stato nutrizionale</p> <p>Stesura del piano nutrizionale e presa durante la degenza.</p> <p>Gestione e monitoraggio dei pazienti in nutrizione artificiale.</p> <p>Valutazione idoneità all'accesso nutrizionale.</p> <p>Integrazione alla dimissione protetta con relazione specifica.</p> <p>Aggiornamento professionale e formazione di nuovo personale.</p> <p>Addestramento di familiari o caregiver durante la degenza.</p> <p>Attivazione flusso informativo.</p> <p>Aggiornamento professionale e formazione di nuovo personale.</p>
Area	Macrofunzioni	Attività
<u>Territorio</u>	<p>Consulenza al MMG/PLS dopo valutazione dello stato nutrizionale</p> <p>Ricorso a tecniche di supporto nutrizionale più invasive</p> <p>Presa in carico multidisciplinare di pazienti a domicilio o in dimissione protetta</p> <p>Gestione pazienti in nutrizione artificiale</p> <p>Soggetti che prescrivono: solo medici nutrizionisti (nutrizione artificiale)</p>	<p>Elaborazione del piano terapeutico nutrizionale e monitoraggio</p> <p>Presa in carico del paziente in nutrizione enterale o parenterale e stesura del piano nutrizionale</p> <p>Monitoraggio della terapia nutrizionale e visite di controllo per eventuali interruzioni o prosecuzioni</p> <p>Eventuale invio presso specialisti per il posizionamento o confezionamento di accessi nutrizionali</p> <p>Addestramento di familiari o caregiver a domicilio</p> <p>Attivazione flusso informativo</p> <p>Aggiornamento professionale e formazione di nuovo personale</p>

Area Ospedaliera (sia presidi ospedalieri territoriali che aziende ospedaliere)

Ogni presidio ospedaliero deve avere una equipe multiprofessionale anche non esclusivamente dedicata, formata da un medico esperto in nutrizione clinica e nutrizione artificiale, infermiere, dietista integrato con altre eventuali figure specialistiche.

Nelle due aziende ospedaliere oltre alla presenza di una equipe dedicata deve essere strutturato un Servizio specifico di dietetica e Nutrizione Clinica che possa essere in grado di prendere in carico pazienti degenti altamente complessi.

Le figure professionali fondamentali di tali servizi sono i medici Specialisti in Scienza dell'alimentazione, i dietisti ed infermieri.

Le funzioni sono quelle indicate nella tabella sopra descritta.

E' vincolante per le aziende formalizzare la costituzione dei servizi di dietetica e nutrizione clinica ospedalieri con le relative funzioni e il personale presente.

Il Percorso assistenziale del paziente in ospedale è descritto analiticamente nell'Allegato B).

Valutazione

La valutazione dei servizi avviene attraverso la attivazione di un flusso informativo regionale che terrà conto dei seguenti indicatori:

- % di pazienti in NE rispetto al totale dei pazienti in NA > 70% per i presidi ospedalieri territoriali
- % di pazienti in NE rispetto al totale dei pazienti in NA > 60% per le aziende ospedaliere di Perugia e Terni
- % di Pazienti trattati con sacche preconfezionate su totale pazienti in NPD > 90%
- % di pazienti con PEG su totale pazienti in NE > 55%

organizzativi:

- tempistica di presa in carico del pz con necessità di NA da altri reparti o dal Territorio (attesa per una visita ambulatoriale o per una consulenza interna (2 gg)
- Tempistica di esecuzione di accessi nutrizionali (PEG;digiunostomia; CVC; PICC)
- Adeguata modulistica per attivazione del Servizio o del Team o per procedure interventistiche
- Tempistica di contatto con referente territoriale per dimissione protetta (24 ore)

- Tempi di attesa per visite ambulatoriali di monitoraggio o controllo
- Degenza media per posizionamento PEG e digiunostomia
- Degenza media per posizionamento CVC o PICC

clinici:

- Monitoraggio complicanze infettive in pz portatori di accesso venoso centrale (n°CRSB/1000 terapia nutrizionale)
- Monitoraggio complicanze confezionamento accessi enterali

di performance:

- Presenza di protocolli e procedure aziendali ufficiali per lo screening nutrizionale
- Evidenza che protocolli e procedure siano ben note ai membri del team
- Evidenza di applicazione degli stessi (documentazione in cartella clinica, stesura di cartella nutrizionale o altre modalità di registrazione dei dati).

Area territoriale

A livello territoriale lo screening che può essere utilizzato anche dal MMG/PLS è un percorso che identifica persone a rischio di malnutrizione o con malnutrizione in atto e che possono necessitare di una valutazione di secondo livello.

Il territorio si occupa della erogazione a domicilio della Nutrizione clinica e Artificiale, (enterale e parenterale) ed in particolare la sua prosecuzione nei casi di dimissione ospedaliera.

Le funzioni e le attività vengono descritte nella tabella sopra indicata

Il percorso territoriale si applica in tutte le strutture delle aziende sanitarie regionali ed in tutti i casi per i quali è richiesta continuità assistenziale nella rete territoriale ai pazienti che non si alimentano per via naturale, malnutriti o a rischio di malnutrizione.

L'area di applicazione è quella delle cure domiciliari ed è rappresentata da:

- MMG e PLS afferenti ai 12 Distretti regionali
- CDS dei distretti aziendali
- Servizi di Nutrizione artificiale territoriale
- Presidi Ospedalieri e Aziende Ospedaliere della Regione.

La positività del test di screening di valutazione pone **l'indicazione ad effettuare la valutazione nutrizionale**, in particolare per i nuovi pazienti che non siano già in carico al servizio provenienti da dimissioni protette, già valutati dallo specialista ospedaliero, per verificare la presenza di malnutrizione e definirne il grado, permettendo una maggiore appropriatezza delle richieste di visita nutrizionale da parte del medico di medicina generale.

Le attività si articolano in due modalità di **Presa in carico**:

a - Presa in carico **del paziente a domicilio** ed avvio della NAD

b - Presa in carico e prosecuzione della NA **del paziente in dimissione ospedaliera**

Percorso assistenziale

a- Presa in carico del paziente in stato di malnutrizione e/o disfagia a domicilio

Il MMG/PLS, dopo aver riscontrato uno stato di malnutrizione e/o disfagia, utilizzando gli strumenti individuati per lo screening, può prescrivere supplementi orali o richiedere una consulenza specialistica nutrizionale, attivando il Centro di Salute di riferimento ed il Servizio di Nutrizione Artificiale territoriale ed allegando la scheda indicazione precoce del rischio nutrizionale (il MUST o il MNA).

Per consentire l'immediata valutazione del paziente, è opportuno che, alla prima visita, il nutrizionista abbia a disposizione alcuni esami di laboratorio non anteriori a tre mesi o più recenti nel caso di valutazione di pazienti con nutrizione parenterale: emocromo, funzionalità renale, glicemia, funzionalità epatica, elettroliti, albumina, pre-albumina, transferrina, linfociti, assetto lipidico, che ben si correlano con lo stato nutrizionale.

Il MMG/PLS, con il Nutrizionista ed il Centro di Salute, programmerà tutti gli interventi necessari:

- Richiesta ed effettuazione di esami ematochimici domiciliari in assenza di referti recenti;
- Formulazione del Piano Terapeutico Nutrizionale (supplementazione mediante cibi naturali o supporto nutrizionale- valutazione e monitoraggio circa la necessità

di ricorso a tecniche di supporto nutrizionale più invasive quali la nutrizione enterale o parenterale);

- In caso di mancato raggiungimento dell'obiettivo nutrizionale per via orale, organizzazione e realizzazione, insieme agli specialisti ospedalieri, dell'accesso nutrizionale più appropriato
- Inoltro della eventuale prescrizione del nutrizionista al Servizio Farmaceutico della ASL di riferimento per l'approvvigionamento necessario dei prodotti e presidi, la prescrivibilità dei quali sarà legata da una parte alla risposta clinica e dall'altra alla compliance del paziente rispetto al loro utilizzo.
- Rivalutazione domiciliare dello stato nutrizionale ogni volta che è necessario modificare qualitativamente e/o quantitativamente la prescrizione in base allo stato clinico-laboratoristico;
- Nel caso della NE il medico nutrizionista rivaluta il paziente ogni 3/4 mesi, rinnovando/aggiornando la prescrizione per il ritiro presso i magazzini farmaceutici, che erogano con cadenza di 15/30 gg i prodotti.
- Nel caso della NP, la valutazione con esami ematochimici si effettua ogni 10/20gg o secondo necessità. Il piano terapeutico può avere durata massima di 2 mesi.

b- Presa in carico del paziente con NA in dimissione ospedaliera

La dimissione ospedaliera di un paziente in NA è da considerare sempre una **dimissione protetta**, per cui è necessaria la segnalazione in tempi congrui da parte del Reparto ospedaliero dimettente al Centro di Salute di riferimento/MMG/PLS del paziente, tale da permettere la valutazione multidimensionale e l'elaborazione del Programma assistenziale individuale. Il percorso di dimissione protetta è specificata nel PSR in vigore.

La ricezione delle dimissioni protette viene coordinata a livello di Centro di Salute (CDS) del Distretto, al fine di attivare e pianificare tutti gli interventi necessari a garantire la continuità assistenziale, compresa l'eventuale consulenza ed attività del nutrizionista territoriale, se richiesta dal MMG/PLS.

La NAD, come prerequisito, deve prevedere il paziente stabile dal punto di vista emodinamico e laboratoristico.

Al momento della dimissione vengono erogati al paziente da parte del Servizio Farmaceutico ospedaliero i prodotti ed i presidi necessari per la NAD per i primi 3 gg , se il paziente è dimesso da strutture extra-aziendali; per 15 gg, se è dimesso da strutture intra-aziendali.

In caso di attivazione da parte del CDS/MMG del Servizio Nutrizionale territoriale, lo specialista effettua la valutazione a domicilio (entro 15 gg per i pazienti dimessi da strutture intra-aziendali; entro 3 gg per i pazienti dimessi da strutture extra-aziendali), formula il Piano Terapeutico Nutrizionale, lo consegna al familiare per il ritiro dei prodotti/presidi in farmacia.

La prosecuzione del percorso è analoga alla presa in carico del paziente a domicilio.

Per quanto riguarda la nutrizione parenterale, la Società italiana di farmacia ospedaliera SIFO e la Società italiana di nutrizione artificiale e metabolismo SINPE , concordano sul fatto che le sacche confezionate industrialmente e con regolare AIC, sono in grado di soddisfare almeno il 90% delle richieste. Nel territorio possono soddisfare il 100% delle richieste su pazienti stabili.

Soltanto alcuni reparti ospedalieri (pediatria, terapia intensiva, etc) possono necessitare della preparazione di prodotti galenici magistrali su appropriato piano terapeutico.

Allegato A

Condizione Clinica Richiedente Nutrizione Artificiale in Base al Prontuario Regionale Enterale

Condizione Clinica	Prodotto Disponibile	Ditta	Descrizione Prodotto
Ridotto Bisogno Calorico	Novasource Start	Nestlé Spa	- Dieta liquida per sonda con glutamina e fibra solubile, per divezzamento da N.P.T.
Induzione della Nutrizione Enterale	Novasource Start	Nestlé Spa	- Dieta liquida per sonda con glutamina e fibra solubile, per divezzamento da N.P.T.
Svezamento dalla Nutrizione Parenterale	Novasource Start Nutrison Advanced Peptisorb Alitraq	Nestlé Spa Nutricia Italia spa Abbott	- Dieta liquida per sonda con glutamina e fibra solubile, per divezzamento da N.P.T. - Dieta semielementare normocalorica, ipolipidica, liquida, per sonda - Dieta elementare normocalorica ipolipidica in polvere arricchita con arginina e glutamina, per sonda
Malnutrizione	Isosource Energy Nutrison Nutrison Multifibre Novasource GI ()	Nestlé Spa Nutricia Italia spa Nutricia Italia spa Nestlé spa	- Dieta liquida ipercalorica per sonda - Dieta liquida normocalorica per sonda - Dieta liquida normocalorica per sonda con fibre solubili e insolubili - Dieta liquida normocalorica per sonda con fibra solubile
Insufficienza Renale	Nepro LP	Abbott	- Dieta per pazienti con insufficienza renale

Insufficienza Respiratoria	Pulmocare	Abbott	- Dieta enterale ipercalorica ed iperlipidica per pazienti con insufficienza respiratoria, per os e sonda
Insufficienza Pancreatica	Mct Oil Module	Nutricia Italia spa	- Olio costituito da acidi grassi a catena media
	Nutrison Advanced Peptisorb	Nutricia Italia spa	- Dieta semielementare normocalorica, ipolipidica, liquida, per sonda
	Alitraq	Abbott	- Dieta elementare normocalorica ipolipidica in polvere arricchita con arginina e glutamina, per sonda
Insufficienza intestinale	Nutrison Advanced Peptisorb	Nutricia Italia spa	- Dieta semielementare normocalorica, ipolipidica, liquida, per sonda
	Jevity Plus	Abbott	- Dieta a contenuto calorico e proteico aumentato, con fibre solubili, insolubili e prebiotiche, per sonda
	Novasource G I Control	Nestlé Spa	- Dieta liquida normocalorica per sonda con fibra solubile
Sindrome da Intestino Corto	Elemental 028 Extra	Nutricia Italia spa	- Dieta elementare liquida completa per os moderatamente ipocalorica
	Alitraq	Abbott	- Dieta elementare normocalorica ipolipidica in polvere arricchita con arginina e glutamina, per sonda
Malassorbimento	Elemental 028 Extra	Nutricia Italia spa	- Dieta elementare liquida completa per os moderatamente ipocalorica
	Nutrison Advanced Peptisorb	Nutricia Italia spa	- Dieta semielementare normocalorica, ipolipidica, liquida, per sonda

Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali	Modulen Nutrison Advanced Peptisorb	Nestlé Spa Nutricia Italia spa	- Alimento proteico in polvere ricco di TGF-B2, per la terapia di malattie infiammatorie croniche intestinali (MICI) - Dieta semielementare normocalorica, ipolipidica, liquida, per sonda
Ridotta Tolleranza Glucidica e Diabete	Glucerna Sr Nutricomp Standard Fibra Novasource Diabetes	Abbott B. Braun Milano spa Nestlé spa	- Dieta liquida per diabetici, per os - Dieta liquida per pazienti diabetici, per sonda - Dieta liquida per pazienti diabetici, per sonda
Aumentato Fabbisogno Calorico	Isosource Energy Nutridrink Maltodex Up (Novamedisan)	Nestlé spa Nutricia Italia spa	- Dieta liquida ipercalorica per sonda - Dieta liquida ipercalorica per os - Moduli ipercalorico in polvere solubile a base di maltodestrine
Aumentato Fabbisogno Proteico	Prosure Abound Fortimel Isosource Protein	Abbott Abbott Nutricia Italia spa Nestlé spa	- Formula ipercalorica ed iperproteica con antiossidanti per pazienti oncologici con EPA per os - Miscela di aminoacidi (glutamina e arginina) in polvere per sonda e per os per pazienti ipercatabolici ed immunodepressi - Dieta liquida iperproteica norma calorica per os - Dieta liquida ipercalorica e iperproteica per sonda

	<p>Resource Istant Protein</p> <p>Resource Rapair</p> <p>Nutrison Advanced Cubison</p>	<p>Nestlé spa</p> <p>Nestlé spa</p> <p>Nutricia Italia spa</p>	<p>- Modulo iperproteico in polvere</p> <p>- Supplemento liquido e iperproteico arricchito in arginina ed oligoelementi antiossidanti per os, per pazienti affetti da lesioni da decubito</p> <p>- Formula iperproteica arricchita in arginina</p>
Disfagia a Liquidi	<p>Resource Bevanda Gelificata</p> <p>Resource Thickenup</p> <p>Gel Up Acqua</p>	<p>Nestlé Spa</p> <p>Nestlé spa</p> <p>Novamedisan</p>	<p>- Bevanda gelificata pronta all'uso</p> <p>- Addensante istantaneo per liquidi o semi densi</p> <p>- Bevanda gelificata da ricostituire in polvere, in bustine</p>
Disfagia a Solidi	<p>Nutridrink</p> <p>Fortimel</p> <p>Prosure</p> <p>Resource Rapair</p>	<p>Nutricia Italia spa</p> <p>Nutricia Italia spa</p> <p>Abbott</p> <p>Nestlé Spa</p>	<p>- Dieta liquida ipercalorica per os</p> <p>- Dieta liquida iperproteica norma calorica per os</p> <p>- Formula ipercalorica ed iperproteica con antiossidanti per pazienti oncologici con EPA per os</p> <p>- Supplemento liquido e iperproteico arricchito in arginina ed oligoelementi antiossidanti per os, per pazienti affetti da lesioni da decubito</p>
Patologia Pediatrica	<p>Nutrini</p> <p>Nutrinimax</p>	<p>Nutricia Italia spa</p> <p>Nutricia Italia spa</p>	<p>- Dieta polimerica per pazienti pediatrici (da 1 a 6 anni), per sonda/os, priva di fibre</p> <p>- Dieta polimerica per pazienti pediatrici (da 7 a 12 anni), per sonda, priva di fibre</p>

* Nello stesso paziente acuto o cronico possono coesistere più patologie e quindi varie condizioni cliniche richiedenti la Nutrizione Artificiale, sarà discrezione dello specialista individuare di volta in volta la priorità.

Allegato B

Percorso nutrizionale assistenziale in ambito ospedaliero

Attualmente il percorso assistenziale del paziente ricoverato, è un percorso diversificato, secondo la realtà in cui è ammesso. Possono quindi coesistere situazioni in cui lo stato nutrizionale è sottoposto ad una valutazione non specialistica, da parte del medico di reparto, o non viene indagato affatto. Ancora oggi poche sono le realtà in cui, per la presenza di figure con competenze specialistiche, tale approccio viene sostenuto, attuato e monitorizzato.

L'offerta di Servizi di Dietetica e nutrizione clinica in Umbria è rappresentata solo dal Servizio di dietetica dell'Aziende ospedaliere di Terni. Risulta quindi importante prevedere una unità anche presso l'Azienda ospedaliere di Perugia.

Tappe del percorso

Screening - Valutazione nutrizionale - Monitoraggio e valutazione di outcome – comunicazione - Audit

La valutazione del paziente ricoverato in Ospedale non può prescindere dallo screening nutrizionale, che deve essere eseguito su tutti i pazienti che vengono ricoverati presso tutte le divisioni ospedaliere con la previsione di ricovero superiore a 5 giorni.

Lo screening nutrizionale va eseguito da parte del personale sanitario del reparto di degenza entro le 48h dall'accettazione e ripetuto ogni 7 giorni, anche in pazienti che non presentano, al loro ingresso in ospedale, rischio di malnutrizione (valutazione di I livello).

L'utilizzo di strumenti adottabili in diversi setting (comunità, ospedale, popolazione anziana) e basati su evidenze validate, sono stati proposti da linee guida in merito e sono:

Malnutrition Universal Screening Tool (MUST)

Nutritional Risk Screening (NRS)

Il Subjective Global Assessment (SGA)

Mini Nutritional Assessment (MNA) nell'anziano

L'identificazione di soggetti a rischio di malnutrizione dovrebbe essere seguita dalla segnalazione all'U.O. di Dietetica e Nutrizione clinica, che, a sua volta, predisporrà il tipo d'intervento nutrizionale: coloro che secondo lo screening risultano a rischio di malnutrizione, infatti devono essere sottoposti ad un'ulteriore e più approfondita valutazione dello stato nutrizionale e, ove necessario, trattati con la terapia nutrizionale più opportuna. Pertanto, lo screening nutrizionale, assieme alla valutazione dello stato di nutrizione rappresenta la base su cui impostare e gestire l'intervento nutrizionale.

Per consentire la valutazione di Il livello del paziente è indispensabile, prima di attivare l'UO Dietetica se presente, il risultato di specifici esami di laboratorio che si correlano con lo stato nutrizionale (prealbumina, transferrina, proteina legante il retinolo o RBP).

La valutazione dello stato nutrizionale è una procedura strutturata e parte integrante del protocollo operativo che si applica al paziente e andrà ripetuta con una periodicità che potrà variare secondo le necessità e che andrà attentamente valutata nella formulazione dei protocolli terapeutici. Alla luce del gran numero di variabili utilizzabili, è difficile giungere alla standardizzazione delle procedure volte alla valutazione dello stato nutrizionale, che comunque resta una necessità se ci si sforza di procedere ad un approccio più sistematico ai problemi nutrizionali del paziente.

In tutti i casi in cui l'apparato gastro-enterico sia integro, si deve dare la preferenza alla Nutrizione Enterale con l'impiego di miscele rispondenti ai fabbisogni, anche specifici, del paziente; qualora invece l'intestino non sia utilizzabile, si deve far ricorso alla Nutrizione Parenterale, per via periferica o centrale.

La nutrizione Enterale è preferita per:

- il mantenimento dell'integrità anatomico-funzionale -immunologica della mucosa intestinale,
- più fisiologica utilizzazione dei substrati,
- minor incidenza di complicanze sia metaboliche che settiche,
- maggiore facilità e sicurezza di somministrazione
- costi nettamente inferiori ¹.

¹ S.I.N.P.E, Jeejeebhoy KN, Ciocchi B, Bobbi Langkamp-Henken, Espen 2012

Indicazioni alla Nutrizione Artificiale SINPE/ESPEN 2012

Stato nutrizionale normale ma:

- evidente rischio nutrizionale
- stima o previsione di insufficiente nutrizione orale per almeno 10 gg
- ipercatabolismo grave (perdita azotata sup 15 gr die)
- ipercatabolismo moderato (perdita azotata compresa tra 11- 15 gr die) con previsione di insufficiente nutrizione orale per più di 7 gg)
- alterazioni dell'assorbimento, del transito intestinale o della digestione del cibo nelle sue varie fasi, gravi e non rapidamente reversibili (entro 10 gg)

La NA **non viene indicata** quando la durata prevista è <5 gg o quando in un paziente ben nutrito normocatabolico il periodo di inadeguato apporto alimentare previsto è <10 gg (S.I.N.P.E)

L'intervento iniziato all'atto dell'accettazione del paziente presso la struttura, prosegue poi nell'arco di tutto il ricovero e, se necessario, anche successivamente alla dimissione.

I risultati (screening, valutazione nutrizionale, eventuale piano dietetico, gli outcome) vanno raccolti in schede standardizzate consultabili da parte di tutto il personale nella fase di degenza e allegate alla scheda di dimissione qualora il paziente prosegua il percorso nutrizionale in altra sede (domicilio, RSA, ecc)

Il processo dovrà periodicamente essere sottoposto a revisione e rivalutazione dei risultati.

PROPOSTA TAVOLA SINOTTICA e passaggio continuità assistenziale (ospedale e territorio)

<i>Attività in regime di Degenza ordinaria e DH</i>	<i>Descrizione delle modalità operative e di controllo</i>	<i>Operatore/Responsabile</i>	<i>Documenti</i>
Screening nutrizionale	Raccolta dati necessari	Personale sanitario del reparto di degenza	Screening
Richiesta di consulenza al Team Nutrizionale o UODietetica	Compilazione richiesta (comunicazione telefonica, via mail, fax, o posta interna)	Medico di U.O.	Modulo di richiesta consulenza
Individuazione del soggetto con Malnutrizione Calorico-Proteica o a rischio di MPE	<p>Valutazione clinica:</p> <ul style="list-style-type: none"> - anamnesi mirata per calo ponderale involontario - E.O. comprendente misurazione del peso corporeo - Valutazione esami comprendente elettroliti e pre-albumina - Valutazione del grado di catabolismo legato alla patologia - Previsione di digiuno protratto 	<p>Professionale</p> <p>Dietista</p> <p>Medico di U.O.</p> <p>Medico del Team</p>	<p>Cartella clinica</p> <p>Scheda nutrizionale</p>
Consulenza per i soggetti ricoverati (degenze ordinarie e DH)	Valutazione stato nutrizionale e registrazione in cartella clinica e/o relazione al curante	Medico e/o Dietista del team	diario clinico o relazione al Medico curante
	Richiesta esami	Medico di U.O. Medico del Team	Richieste per laboratorio anche per monitoraggio
	Compilazione scheda nutrizionale	Medico e/o Dietista del team	Scheda nutrizionale
	Verifica di indicazione a NA e scelta della via di accesso e tipo miscela	Medico di U.O. Medico del Team	
	Ottenimento del consenso informato	Personale sanitario del reparto di degenza	Diario clinico

	Prescrizione nutrizione artificiale enterale	Medico di U.O. Medico del Team Farmacista	
	Prescrizione nutrizione artificiale parenterale standard o personalizzata:	Medico di U.O. Medico del Team Farmacista	
	Valutazione efficacia e tolleranza del trattamento nutrizionale e eventuale revisione	Medico e/o Dietista del team	
Passaggio continuità assistenziale (ospedale e territorio)	Prosecuzione terapia nutrizionale artificiale domiciliare	Medico nutrizionista del territorio	
	Monitoraggio clinico	Team nutrizionale del territorio e MMG/PLS	