

1
713105
12 DIC. 2017



STAFF DIREZIONE SANITARIA

ALLEGATO 1

GESTIONE DELLA NUTRIZIONE ARTIFICIALE DOMICILIARE

Gruppo di Lavoro ASUR: Enrico Boaro; Nadia Mosca; Daniela Orsetti; Paola Pantanetti; Monica Buonomano; Carlo Alberto Brunori; Mariagiovanna Casuale; Luciano Giuliadori; Beniamino Ortenzi; Annacarla Frulla; Barbara Tofani; Virginia Fedele; Alessandra Renzi; Valerio Belfiori; Susanna Talevi; Carlo Rasetti; Mariarita Paolini; Mariavaleria Valeri; Anna Maria Resta; Massimo Fioretti; Giovanna Acciarri; Elisa Draghi, Margherita Isolini.

INDICE

1. INTRODUZIONE

2. SCOPO

3. CAMPO DI APPLICAZIONE E DIFFUSIONE

4. U.O./SERVIZIO DI DIETETICA E NUTRIZIONE CLINICA (SDNC)

5. MODALITA' OPERATIVE DI PRESA IN CARICO

5.1 Presa in carico del paziente a domicilio

5.2 Presa in carico e prescrizione della nutrizione artificiale del paziente in dimissione ospedaliera

5.3 Addestramento/informazione al paziente/familiare/caregiver

5.4 Concessione erogazione miscele nutrizionali per sonda

6. GESTIONE DEL PAZIENTE DISFAGICO

6.1 Valutazione del paziente disfagico a domicilio o presso struttura residenziale

6.2 Valutazione clinico funzionale

6.3 Valutazione strumentale

6.4 Follow up

6.5 Monitoraggio della deglutizione

7. NUTRIZIONE ENTERALE

7.1 Sondino Naso Gastrico (SNG)

7.2 Gastrostomia Endoscopica Percutanea (PEG)

7.3 Digijunostomia Percutanea Endoscopica (PEJ)

7.4 Gastro-Digijunostomia endoscopica percutanea (PEGJ)

8. NUTRIZIONE PARENTERALE

8.1 Indicazioni

8.2 Valutazione del tipo di accesso venoso permanente e suo posizionamento

8.3 Sicurezza

9. PRESCRIVIBILITA' PRODOTTI NUTRIZIONALI

10. BIBLIOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI

11. APPENDICI

1. INTRODUZIONE

La malnutrizione è una condizione di alterazione funzionale, strutturale e di sviluppo dell'organismo conseguente allo squilibrio tra fabbisogni, introiti e utilizzazione dei nutrienti tale da comportare un eccesso di morbilità e mortalità o un'alterazione della qualità della vita.

In condizioni fisiologiche l'organismo umano assume i nutrienti necessari al suo fabbisogno quotidiano attraverso l'alimentazione spontanea che è la più varia possibile. Quando l'apporto giornaliero qualitativo non è sufficiente al fabbisogno nutrizionale necessario, si può incorrere verso un quadro di malnutrizione per difetto o per eccesso. Entrambi i quadri possono determinare stati patologici che richiedono adeguato trattamento dietetico-nutrizionale.

Tale condizione morbosa, frequente, non sempre viene diagnosticata correttamente; può essere identificata con l'impiego di alcuni strumenti di screening validati, utilizzabili dal medico di medicina generale e/o dall'infermiere. Lo screening è un processo che identifica persone a rischio di malnutrizione o con malnutrizione in atto, che necessitano di un intervento di secondo livello. Si rende pertanto necessario sottoporre a tale valutazione tutti i pazienti al momento della presa in carico. In caso di screening negativo il paziente/ospite dovrà essere rivalutato in base a quanto stabilito nel Piano Assistenziale Individuale (P.A.I.). Soltanto la conoscenza approfondita dello stato nutrizionale e dei suoi meccanismi può condurre ad una appropriata indicazione e conduzione della Nutrizione Artificiale.

Il concetto di Nutrizione Artificiale (N.A.) si è evoluto rapidamente nell'ultimo decennio, trasformandola da "semplice supporto" a vera e propria "terapia nutrizionale e metabolica". La malnutrizione è da considerare una "malattia nella malattia" ed è necessario ricordare che esistono stati morbosi che causano malnutrizione e che quest'ultima è in grado di alterare profondamente la fisiopatologia della malattia di base, il suo decorso ed il suo esito.

La nutrizione artificiale è una procedura terapeutica mediante la quale è possibile soddisfare integralmente i fabbisogni nutrizionali di pazienti altrimenti non in grado di alimentarsi sufficientemente per la via naturale. Essa rappresenta quindi una terapia indispensabile per assicurare al malato ulteriori aspetti positivi quali:

- a) un globale reinserimento del soggetto nel proprio contesto familiare, sociale e lavorativo;
- b) riduzione dell'ospedalizzazione;
- c) miglioramento della sua qualità di vita e di quella del suo nucleo familiare;
- d) contenimento della spesa sanitaria legata ad una più breve ospedalizzazione e ad una riduzione delle successive re-ospedalizzazioni.

Le procedure operative per l'attività di Nutrizione Artificiale Ospedaliera (N.A.O.) e Nutrizione Artificiale Domiciliare (N.A.D.) sono uno degli strumenti terapeutici che gli operatori sanitari possono utilizzare per garantire il mantenimento e/o il recupero di un buon stato nutrizionale del paziente durante il suo percorso di malattia talvolta lungo e faticoso.

Il percorso diagnostico-terapeutico assistenziale è uno strumento di Clinical Governance che, con un approccio per processi, consente di strutturare e integrare attività e interventi in un contesto di multi-professionalità. Ha come obiettivo il miglioramento continuo della qualità, favorendo l'adeguatezza, l'uniformità e la continuità degli interventi; è l'insieme delle modalità organizzative della N.A. condotta a domicilio del paziente, quando consentito dal suo stato clinico e dalla sussistenza di condizioni socio-familiari tali da assicurare sicurezza ed efficacia del trattamento al di fuori dell'ambiente ospedaliero.

Posta l'indicazione alla Nutrizione Artificiale deve essere definita la via di somministrazione per os, enterale (N.E.) o parenterale (N.P.) da utilizzare sulla base dello stato clinico del paziente, dell'accessibilità e capacità di assorbimento dell'apparato digerente e della durata prevista del trattamento.

Nella Regione Marche l'attività di nutrizione artificiale domiciliare risulta piuttosto disomogenea e variegata nella sua modalità erogativa. Sono presenti oltre ai due Centri di riferimento Regionale, individuati con DGRM 1523 del 9/6/1997 per la nutrizione artificiale presso AOU Ospedali Riuniti Ancona (SDNC) e presso l'INRCA di Ancona (Dipartimento di Chirurgia e Terapia Nutrizionale), alcuni team ospedalieri e una serie di servizi territoriali che erogano tale attività senza essere ricompresi in una struttura organizzativa ben identificata.

2. SCOPO

- Costruire un percorso chiaro ed omogeneo nell'intero territorio aziendale che permetta l'avvio e la prosecuzione della nutrizione artificiale domiciliare (NAD), in particolare nei casi di dimissione ospedaliera;
- individuare un servizio di nutrizione clinica territoriale in ogni Area Vasta;
- utilizzare il sistema informativo adottato dall'Azienda per la gestione dell'assistenza domiciliare, sia come data base dei pazienti presi in carico, sia per la programmazione e consuntivazione delle attività svolte dai diversi professionisti che intervengono nel percorso.

Le attività che verranno di seguito descritte riguardano le modalità di erogazione del servizio a domicilio della Nutrizione Artificiale, enterale e parenterale, che dovranno essere applicate in tutte le aree distrettuali dell'ASUR, per i pazienti che avviano la NA a domicilio o come prosecuzione da dimissione ospedaliera.

3. CAMPO DI APPLICAZIONE E DIFFUSIONE

La procedura si applica presso tutte le strutture dell'ASUR e in tutti i casi per i quali è richiesta continuità dell'assistenza a pazienti che non si alimentano per via naturale, malnutriti o a rischio di malnutrizione.

L'area di applicazione è quella delle Cure Domiciliari e coinvolge:

- MMG e PLS afferenti ai Distretti Sanitari Aziendali;
- Cure Domiciliari dei Distretti Sanitari Aziendali;
- professionisti afferenti all' U.O./Servizi di Dietetica e Nutrizione Clinica (SDNC);
- Servizio Farmaceutico.

4. U.O./SERVIZIO DI DIETETICA E NUTRIZIONE CLINICA (SDNC)

Il Servizio di Dietetica e Nutrizione Clinica (SDNC) è l'unità multidisciplinare/multiprofessionale dotata delle competenze e delle risorse umane e materiali necessarie per realizzare il trattamento della NA, in particolare la gestione degli accessi artificiali, il monitoraggio e la predisposizione e il controllo del piano nutrizionale, ricoveri in DH o in degenza quando necessario.

Risorse umane e competenze:

- **Dirigente Medico** con Specializzazione in Scienza dell'Alimentazione e Dietetica e frequenza di almeno un Corso di Perfezionamento in Nutrizione Artificiale Ospedaliera e Domiciliare accreditato, o con comprovata e documentata esperienza in NA, preferibilmente non inferiore a 5 anni, e con impegno orario pari a 8 ore settimanali ogni 60 pazienti in trattamento articolato su 5 giorni;
- **Dietista** con impegno orario pari a 8 ore settimanali ogni 60 pazienti in trattamento articolato su 5 giorni;
- **Infermiere** con impegno orario pari a 8 ore settimanali ogni 30 pazienti in trattamento articolato su 5 giorni.

Formazione:

- Tutti gli operatori dei servizi di dietetica e nutrizione clinica saranno coinvolti in un processo formativo relativo al presente documento;
- le figure professionali coinvolte direttamente o indirettamente nel percorso della nutrizione artificiale saranno inserite nel piano formativo.

Risorse strutturali:

- Il Servizio di Dietetica e Nutrizione Clinica (SDNC) dispone o ha accesso facilitato ad un ambulatorio dedicato, a letti di Day Hospital e/o di Degenza.

5. MODALITA' OPERATIVE DI PRESA IN CARICO

Le attività possono articolarsi in due modalità:

- presa in carico del paziente a domicilio e avvio della NAD;
- presa in carico e prosecuzione della NA del paziente in dimissione ospedaliera.

Per la valutazione si prevede l'utilizzo di strumenti agili, immediati e di semplice esecuzione che valutano i parametri nutrizionali come ad esempio il Minimal Nutritional Assessment (MNA) e/o il MUST (Malnutrition Universal Screening Tool) (Appendice 1)

5.1 Presa in carico del paziente a domicilio

La presa in carico del paziente in stato di malnutrizione o a rischio di malnutrizione e/o disfagico avviene mediante il rispetto delle tappe di seguito descritte (Appendice 2, 3):

- il MMG/PLS che ha in carico il paziente, qualora rilevi i primi segni e sintomi di disfagia e/o di alterato stato nutrizionale se lo ritiene necessario, può richiedere:
 - una valutazione/consulenza specialistica della deglutizione mediante ricetta SSR o modulistica già in uso per pazienti in strutture territoriali (Appendice 4);
 - la consulenza del nutrizionista e, in assenza di referti recenti (max tre mesi), gli esami emato-chimici utili (*Emocromo, Glicemia, Emoglobina glicata, Azotemia, Creatinina, Trigliceridi, Protidemia totale, Prealbumina, Albumina, Elettroliti sierici (Na, K, Ca, Mg, P, Cl), Sideremia, Transferrina, Ferritina, Transaminasi, Gamma-GT, Fosfatasi Alcalina, Bilirubina totale, Esame chimico fisico delle urine*);
- il familiare prenota la prestazione presso la segreteria organizzativa (SO) delle Cure Domiciliari /punto unico di accesso (PUA) di riferimento;
- il personale della SO/PUA registra il paziente nel sistema informativo aziendale;
- il professionista effettua la valutazione/consulenza a domicilio (o presso la struttura territoriale), comunica l'esito al MMG/PLS che attiva, qualora necessario l'Unità Valutativa Integrata (UVI) per la definizione del PAI e l'acquisizione del consenso (Appendice 5);
- il medico Nutrizionista, in accordo con i professionisti coinvolti, formula il Programma Terapeutico Nutrizionale;
- In caso di mancato raggiungimento dell'obiettivo nutrizionale per via orale, il medico nutrizionista propone la via di accesso nutrizionale più appropriata in base alle Linee Guida (SINPE –ESPEN) e la concorda con specialisti ospedalieri (endoscopisti-chirurghi-anestesisti) a cui compete l'attuazione;
- il medico nutrizionista, o in assenza il medico di riferimento (MMG o specialista ospedaliero), sulla base di quanto individuato nel P.A.I., prescrive, su modulo predisposto (Appendice 6), le miscele nutrizionali necessarie. Il servizio Cure Domiciliari inoltrerà la prescrizione al Servizio Farmaceutico

di riferimento (la fornitura di miscele nutrizionali per via enterale, parenterale, presidi a corredo è realizzata secondo le procedure in essere in attesa dell'implementazione del service domiciliare in Area Vasta);

- il SDNC che ha preso in carico il paziente provvederà al suo successivo monitoraggio:
 - per il paziente in NED stabilizzato avviene di norma ogni 3/4 mesi e la fornitura dei prodotti viene rinnovata mensilmente;
 - la rivalutazione del paziente in NPD avviene di norma ogni 10 gg o secondo necessità; il piano terapeutico può avere durata massima di 2 mesi;
- l'equipe del SDNC inserisce nel sistema informativo la rendicontazione delle proprie attività.

5.2 Presa in carico e prosecuzione della NA del paziente in dimissione ospedaliera

La dimissione ospedaliera di un paziente in NA è da considerare sempre una dimissione protetta.

- La segnalazione deve avvenire da parte della Unità Operativa ospedaliera dimettente alla SO/PUA di riferimento, mediante la segnalazione tramite il programma informatizzato SIRTE;
- La dimissione protetta viene coordinata a livello della SO del Distretto, al fine di pianificare tutti gli interventi necessari ad attivare l'U.V.I., coinvolgendo gli specialisti del caso.

Step per la presa in carico territoriale del paziente in dimissione protetta:

- la SO, ricevuta la segnalazione di dimissione ospedaliera in formato elettronico, contatta il MMG/PLS e attiva l'UVI che a seguito di una valutazione multidimensionale pianifica l'assistenza domiciliare;
- la farmacia ospedaliera, come da prescrizione del SDNC, consegna agli assistiti in dimissione, i prodotti ed i presidi necessari per la NAD: per i primi 15 giorni sia se il paziente è dimesso da strutture extra-aziendali che da strutture intra-aziendali;
- per la prosecuzione o rivalutazione della NAD si vedano le fasi già descritte (paragrafo 5.1).

5.3 Addestramento/informazione al paziente/familiare/caregiver

Tutti i pazienti in trattamento in NA domiciliare devono essere assistiti da un TEAM multidisciplinare e devono inoltre ricevere un adeguato addestramento ed un manuale che contenga informazioni in merito a:

- gestione del sistema di infusione della nutrizione, delle miscele e del regime di somministrazione;
- corretto utilizzo della pompa di infusione;
- metodiche per risolvere le più frequenti problematiche;
- numeri telefonici utili per contattare le figure professionali in grado di comprendere le necessità e le problematiche dei pazienti in NAD;

- le modalità relative alla fornitura di miscele nutrizionali, supporti nutrizionali orali diretti ed attrezzature tecniche a corredo.
- addestramento del caregiver alla gestione del SNG o della sonda gastrica (PEG), e sonda digiunale (PEJ/ PEGJ).

5.4 Concessione erogazione miscele nutrizionali per sonda

Le tipologie di utenti cui viene concessa l'erogazione di miscele nutrizionali, per sonda, in distribuzione diretta sono:

- pazienti dimessi dall'ospedale con prescrizioni nutrizionale che devono essere rivalutati dallo specialista (U.O./Servizio di Dietetica e Nutrizione Clinica);
- pazienti non ancora in Cure Domiciliari o in strutture residenziali, ma che presentano carenze o rischio nutrizionale;
- pazienti già in carico alle Cure Domiciliari, valutati con le modalità previste nella valutazione nutrizionale.

6. GESTIONE PAZIENTE DISFAGICO

Con il termine **Disfagia** si intende una difficoltà o disagio che interessa la fase orale e /o faringea della deglutizione di boli alimentari (nelle differenti consistenze) e non. Si presenta come sintomo se avvertito dal paziente, o segno se rilevato dal clinico.

Rappresenta la conseguenza di deficit neuro-muscolari o di interventi di chirurgia maggiore.

La gestione del paziente disfagico è di tipo multidisciplinare e coinvolge radiologi, logopedisti, infermieri, neurologi, ORL, oncologi, gastroenterologi, nutrizionisti, fisiatristi, foniatristi, MMG/PLS ecc.

L'alterazione della meccanica deglutitoria induce molto frequentemente una riduzione degli apporti alimentari, causa di malnutrizione, e di liquidi, causa di disidratazione.

In questi casi, dunque, si rivela di fondamentale importanza la possibilità di Visita Nutrizionale. Utile l'uso, anche da parte del paziente e/o caregiver, di schemi per la raccolta delle informazioni relative alla quantità e qualità realmente consumati (Appendice 7).

In tutti i pazienti in cui si sospetti una disfagia (segni o sintomi, esordio con complicità) deve essere avviato un percorso di screening e valutazione prima di iniziare a somministrare alimenti o bevande.

Se la disfagia non viene diagnosticata precocemente, può portare anche a gravi conseguenze quali:

- **Polmonite ab ingestis:** polmonite provocata dall'aspirazione presenza di cibi, liquidi o secrezioni nelle vie respiratorie;
- **Malnutrizione:** derivata da un'introduzione di nutrienti inadeguata alle richieste; è causa di sindromi carenziali e di aumento di morbilità e mortalità;
- **Disidratazione,** determinata da inadeguata introduzione di liquidi, indice alterazioni funzionali progressive ingravescenti a carico di diversi organi e apparati, di particolare rilevanza clinica nel

sistema nervoso centrale e nel rene.

6.1 Valutazione del paziente disfagico a domicilio o presso struttura residenziale

In caso di paziente a domicilio o presso struttura residenziale (Appendice 8), il MMG o il PLS, opportunamente formato, effettua un primo screening valutando la presenza di pre-requisiti necessari ad una alimentazione per bocca:

- il paziente è responsivo (per almeno 15 minuti);
- ha un buon controllo della postura;
- è in grado di respirare senza difficoltà;
- è in grado di controllare la saliva;
- presenta tosse riflessa;

oltre ad eventuali sintomi/segni indicativi di difficoltà deglutitoria, ad esempio:

- ha una cattiva qualità della voce (umida, gorgogliante, rauca) dopo somministrazione di liquidi o alimenti.

Al termine dello screening possono essere già fornite al paziente iniziali indicazioni di dieta a consistenza modificata e informazioni sulle modalità di somministrazione di farmaci. L'indicazione della dieta di consistenza modificata può essere fornita direttamente dal MMG/PLS, se lo stato nutrizionale è normale; in caso di denutrizione o a rischio di denutrizione, è invece indicato un intervento specialistico (SDNC). Inoltre, soggetti positivi allo screening devono essere sottoposti ad ulteriori valutazioni:

- clinico-funzionale
- strumentale

mediante invio a medico specialista (fisiatra e/o otorino-foniatra) e logopedista.

Sulla base di ipotesi prognostiche, possono essere previsti follow-up valutativi delle competenze deglutitorie del paziente.

6.2 Valutazione clinico-funzionale

Se lo screening effettuato sul paziente è dubbio o positivo, si procederà ad una valutazione clinica standardizzata della deglutizione (Appendice 9) che dovrebbe essere effettuata da un professionista competente nella gestione della disfagia: il logopedista. Successivamente si procederà, qualora fosse necessario, alla valutazione strumentale e alla valutazione nutrizionale.

6.3 Valutazione strumentale

Deve essere eseguita preferibilmente dal foniatra o da medico opportunamente formato sulla conoscenza della fisiopatologia della deglutizione e dei principi di riabilitazione. La valutazione strumentale consente una chiara definizione diagnostica, documentando il coinvolgimento di strutture non pienamente indagabili

durante la valutazione clinica ed anche un'eventuale progressione di secrezioni o bolo nelle basse vie respiratorie (dunque segni di penetrazione ed inalazione).

6.4 Follow-up

I pazienti dovrebbero essere rivalutati regolarmente e con una frequenza relativa alle caratteristiche cliniche ed allo stato nutrizionale, da un professionista competente nella gestione della disfagia.

6.5 Monitoraggio della deglutizione

Osservare se durante i pasti insorge tosse costante o cambiamento delle qualità della voce, sensazione di ristagno di cibo in gola, fuoriuscita di cibo dall'eventuale tracheotomia o se si verificano segni o sintomi riferiti alle complicanze sopra descritte.

7. NUTRIZIONE ENTERALE

La nutrizione enterale (NE) permette di soddisfare integralmente i fabbisogni nutrizionali di soggetti non in grado di alimentarsi sufficientemente per via orale o nel caso in cui l'alimentazione è controindicata attraverso sonde inserite nel canale gastrointestinale anatomicamente e funzionalmente integro. La miscela nutritiva viene introdotta nello stomaco attraverso una sonda, che può essere introdotta nel naso (sondino naso gastrico) o posizionata direttamente nello stomaco (gastrostomia o PEG) oppure nel duodeno o nel digiuno (digiunostomia).

7.1 Sondino Naso Gastrico (SNG)

Il sondino naso-gastrico è un presidio in materiale morbido e flessibile ma resistente che viene introdotto per via nasale fino a raggiungere lo stomaco e permette la somministrazione di alimenti/miscele, liquidi e farmaci. Il tempo di permanenza del SNG varia in base al materiale, al motivo per cui è stato inserito e alle condizioni cliniche del soggetto. Generalmente i sondini inseriti a scopo alimentare sono utilizzati per trattamenti non superiori a 8 settimane; per periodi più prolungati si raccomanda di procedere ad una valutazione per eventuale posizionamento di una gastrostomia endoscopica percutanea (PEG).

La scelta della via di somministrazione dipende prevalentemente da:

- malattia di base, condizioni generali del paziente;
- stato morfologico e funzionale dell'apparato digerente;
- rischi connessi alla tecnica;
- accettabilità del paziente;
- durata prevista del trattamento.

Come per tutte le manovre invasive prima di inserire un SNG bisogna informare il paziente e familiari chiedendo il consenso. L'introduzione del sondino non è generalmente dolorosa, ma può essere fastidiosa

perché può stimolare il riflesso del vomito.

Un corretto posizionamento del SNG riduce il rischio di temibili complicanze quali:

- polmonite ab ingestis;
- soffocamento;
- reflusso gastro esofageo.

Esiste inoltre una significativa correlazione tra la permanenza dei set di somministrazione e l'incidenza di contaminazione batterica, pertanto non va utilizzato lo stesso set per un tempo superiore alle 24 ore.

La somministrazione dei farmaci

Per la somministrazione dei farmaci è necessario chiedere al medico di sostituire le capsule e compresse con altre preparazioni tipo gocce, sciroppi o compresse oro dispersibili. Se in commercio non esistono farmaci con tali formulazioni, è necessario procedere alla triturazione se il farmaco non perde la sua efficacia. La terapia va praticata sospendendo il flusso del prodotto, dopodiché occorre lavare con acqua la sonda, somministrare il farmaco, rilavare la sonda e ripristinare la somministrazione di NE. È consigliabile non associare contemporaneamente più farmaci per il rischio di interazioni cliniche e farmacologiche.

Per una corretta gestione occorre:

- determinare l'elenco dei farmaci che possono essere sostituiti in forma liquida, polvere o in sospensione;
- irrigare il sondino prima e dopo la somministrazione del farmaco con 10 – 20 ml di acqua;
- somministrare un farmaco alla volta;
- non aggiungere farmaci alla miscela;
- verificare l'assenza di residui di farmaco nella siringa dopo la somministrazione;

Monitoraggio

Il paziente in NED stabilizzato viene monitorato di norma ogni 3/4 mesi.

7.2 Gastrostomia Endoscopica Percutanea (PEG)

La gastrostomia endoscopica percutanea (PEG) è una procedura che collega la cavità gastrica alla parete addominale verso l'esterno tramite una sonda. Viene eseguita a pazienti che non possono alimentarsi, nei quali vi sia la necessità di un'alimentazione enterale per un periodo superiore a 2 mesi. La sonda gastrostomica sostituisce il sondino, che è molto fastidioso, in genere è ben tollerata e contribuisce a migliorare la qualità della vita. La gastrostomia può essere un trattamento permanente o transitorio e potrà essere rimossa se il paziente non ne avrà più bisogno. La procedura viene eseguita in endoscopia, da gastroenterologo/chirurgo, con sedazione leggera e anestesia locale.

Per la procedura di posizionamento si deve valutare l'eleggibilità del paziente.

Il MMG/PLS effettua la richiesta per la valutazione del posizionamento PEG, tramite impegnativa, alla SO per avvio della procedura del paziente se in carico al Servizio e da inserire in trattamento NED.

La Segreteria organizzativa attiva lo specialista gastroenterologo/chirurgo per l' idoneità al posizionamento.

Per l' inserimento della PEG sono previste le seguenti indicazioni:

- consenso informato all' esecuzione della manovra da parte del paziente o tutore legale in caso di persona non cosciente o incapace;
- posizionamento nel servizio di endoscopia ospedaliero;
- digiuno da almeno 6-12 ore;
- esami ematochimici secondo indicazioni dello specialista;
- sospensione di antiaggreganti e anticoagulanti ed eventuale embricazione con eparina a basso peso molecolare a dosaggio terapeutico o profilattico a seconda del rischio tromboembolico del paziente.

Sostituzione della PEG

La PEG di primo impianto deve essere sostituita preferibilmente nell' arco di tempo tra i 6 e 8 mesi e di norma in ambiente protetto; quella di sostituzione ogni 3-4 mesi e sempre quando se ne rileva l' esigenza (es. malfunzionamento, usura della stessa, ostruzione, rimozione accidentale, rottura del palloncino, etc.) a domicilio.

La sonda deve essere mobilizzata tutti i giorni (movimenti rotatori e verticali).

La soluzione bidistillata del palloncino, nella sonda di sostituzione, va cambiata ogni 7 giorni.

Rimozione accidentale

In caso di rimozione accidentale posizionare catetere vescicale di pari Fr, che il centro di riferimento avrà consegnato al momento della formazione del caregiver, per mantenere la pervietà della fistola. Rivolgersi quindi al centro di riferimento o al Pronto Soccorso.

7.3 Digiunostomia Percutanea Endoscopica (PEJ)

La sonda per alimentazione enterale viene posizionata nel digiuno attraverso la parete addominale su guida endoscopica. La digiunostomia è indicata in caso di grave rischio di aspirazione, esofagite da reflusso, in presenza di neoplasie gastriche o pancreatiche e in caso di gastrectomia.

Gestione: la somministrazione di liquidi e alimenti (soluzione fisiologica e miscele nutrizionali dedicate devono essere sterili adeguate all' infusione nel piccolo intestino) si pratica goccia a goccia.

La sonda non deve essere mobilizzata.

Sostituzione: viene eseguita in ambiente protetto da personale esperto.

7.4 Gastro-digiunostomia endoscopica percutanea (PEGJ)

Si pratica una PEG da dove, sotto guida endoscopica, viene inserita una sonda che ha il suo accesso nello stomaco e una prosecuzione in digiuno.

Gestione: le miscele nutrizionali devono essere sterili così pure l'idratazione e adeguate all'infusione nel piccolo intestino.

La sonda non deve essere mobilizzata.

Trattare l'accesso come una PEG.

Sostituzione: in ambiente protetto dal medico esperto.

Quando le sonde (PEJ, PEGJ), vengono sostituite, riportare sempre la tracciabilità sui documenti sanitari. In caso di rimozione accidentale coprire l'accesso con garze sterili e seguire le indicazioni del centro nutrizionale di riferimento o rivolgersi al Pronto Soccorso.

Per la gestione di eventuali situazioni di emergenza/urgenza in pazienti portatori di PEG, PEJ e PEGJ si rimanda al percorso indicato nella Determina DG ASUR 818/2016 «Attuazione DGRM 1345/2013; DGRM 1219/2014; DGRM 665/2015; DGRM 666/2015; DGRM 541/2016; DGR 916/2015; Attivazione "Rete Clinica Gastroenterologia ed Endoscopica" e "Rete Clinica Otorinolaringoiatrica"».

8. NUTRIZIONE PARENTERALE

La Nutrizione Parenterale (NP) deve essere riservata ai pazienti che necessitano di una nutrizione artificiale, ma nei quali la via enterale è impraticabile o non consente la copertura dei fabbisogni. Nel primo caso la NP sarà totale mentre nel secondo potrà essere utile una nutrizione parenterale integrativa.

Il presupposto fondamentale per considerare appropriata l'indicazione alla NPD è che sia stato messo in atto ogni tentativo di nutrizione orale o NED e che il paziente abbia evidenziato incapacità a mantenere il peso e condizioni nutrizionali soddisfacenti.

L'eleggibilità richiede una stabilità dal punto di vista emodinamico e metabolico. Il trattamento parenterale domiciliare non è scevro da complicanze e implica in ogni caso l'utilizzo di maggiori risorse umane ed economiche rispetto alla NED.

8.1 Indicazioni

Per la NPD di breve periodo:

a) *Patologie neoplastiche in presenza delle seguenti condizioni:*

- quando siano presenti deficit nutrizionali/digestivi gravi, postumi di trattamenti oncologici aggressivi, senza evidenza di malattia in atto;
- in pazienti ambulatoriali con neoplasia in atto in cui le precarie condizioni nutrizionali compromettono l'attuazione di una terapia oncologica adeguata;

- pazienti con malattia avanzata in cui la prognosi finale è condizionata più dalla malnutrizione/ipofagia che dalla progressione di malattia, purché la qualità di vita del paziente sia accettabile.

b) Altre patologie più rare con indicazione a Nutrizione Parenterale di breve/medio periodo:

- malassorbimenti gravi transitori;
- fistole digestive;
- iperemesi gravidica;
- patologie immunitarie.

Per la NPD di lunga durata:

- a) Sindrome da intestino corto (esiti di ampie resezioni intestinali conseguenti a infarto mesenterico, malattia di Crohn, enterite attinica, volvolo, sindrome aderenziale, etc.);
- b) alterazioni della motilità intestinale (pseudo-ostruzione, esiti tardivi di enterite attinica, neuropatie tossiche e ischemiche).;
- c) malassorbimenti gravi non trattabili (malattia celiaca non-responder, etc.);
- d) patologie rare (errori metabolici congeniti che determinano malassorbimento, sclerodermia, linfangectasia, amiloidosi, VIP syndrome).

8.2 Valutazione del tipo di accesso venoso permanente e suo posizionamento

Viene valutato il tipo adeguato di accesso venoso centrale (Hohn, Groshong, Port a cath, picc.) nel rispetto delle linee guida delle società scientifiche e delle specifiche esigenze del singolo paziente.

La selezione del tipo di accesso deve tener conto di:

- durata prevista della NPD;
- frequenza delle infusioni;
- stato clinico-anatomico del paziente;
- pregresso incannulamento di vene centrali;
- autonomia, grado di collaborazione del paziente.

8.3 Sicurezza

La sicurezza rappresenta il fondamento per realizzare al meglio il trattamento domiciliare, soprattutto se si tratta di NPD nella quale, come è noto, le complicanze settiche del catetere venoso centrale possono essere molto elevate e possono incidere sensibilmente sulla morbilità e la mortalità del trattamento.

9. PRESCRIVIBILITA' PRODOTTI NUTRIZIONALI

I prodotti prescrivibili sono quelli relativi al prontuario aziendale della NE (Appendice 10).

Per la prescrizione di prodotti extra prontuario sarà necessario produrre relazione motivata dello Specialista, corredata di letteratura di riferimento. Per questi è necessario l'autorizzazione del Direttore di Distretto o suo delegato. (Appendice 11).

10. BIBLIOGRAFIA

- Linee Guida SINPE società Italiana Nutrizione Artificiale e Metabolismo 2002;
- Federazione Logopedisti Italiani (FLI) Linee Guida sulla gestione del paziente disfagico adulto in foniatría e logopedia. Consensus Conference Torino 2007;
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SING). Management of patients with stroke: identification and management of dysphagia. June 2010;
- Agenzia Regionale per i Servizi Sanitari Regione Piemonte (AReSS) PDTA - Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale della Disfagia, 2013;
- Muscaritoli M, Cortesi E. Manuale Pratico di nutrizione parenterale in oncologia. MEDIPRINT, 2010;
- Becchi MA. Il caregiver del paziente complesso e il suo addestramento. Edizioni Panorama Sanità, 2011;
- Cederholm T, Barazzoni R, Austin P, et al. ESPEN Guidelines on definitions and terminology of clinical nutrition. Clin Nutr. 2017 Feb;36(1):49-64.
- Druml C, Ballmer PE, Druml W, et al. ESPEN Guideline on ethical aspects of artificial nutrition and hydration. Clin Nutr. 2016 Jun;35(3):545-56
- Volkert D, Chourdakis M, Faxen-Irving G, et al. ESPEN Guidelines on nutrition in dementia. Clin Nutr. 2015 Dec;34(6):1052-73.
- Volkert D, Berner YN, Berry E, et al. ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Geriatrics. Clin Nutr. 2006 Apr;25(2):330-60.
- Parrillo M, Fatati G. Nutrizione enterale e parenterale. Giornale Italiano di Diabetologia e Metabolismo 2017;37:146-154
- Società Italiana di Nutrizione Artificiale e Metabolismo (SINPE). Le basi della nutrizione artificiale in ospedale e domicilio – Edizione 2017 – SILLABUS

RIFERIMENTI NORMATIVI

- Legge 405/2001. Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347, recante interventi urgenti in materia di spesa sanitaria.
- DGRM 1523 del 9/6/1997 D.P.R. 1/3/94 P.S.N. - Atto di indirizzo nei confronti delle Aziende sanitarie in materia di disciplina della nutrizione artificiale domiciliare.

11. APPENDICI

- **Appendice 1: Screening del Rischio Nutrizionale**
- **Appendice 2 e appendice 3: Presa in carico paziente in Nutrizione Artificiale Domiciliare**
- **Appendice 4: Richiesta interna per consulenza nutrizionale territoriale**
- **Appendice 5: Dichiarazione di ricevuta informazione e consenso al trattamento**
- **Appendice 6: Valutazione e prescrizione nutrizionale**
- **Appendice 7: Controllo alimentazione: Griglia Porzioni Consumate (GPC)**
- **Appendice 8: Percorso del paziente disfagico**
- **Appendice 9: Esempi di procedure di screening della deglutizione**
- **Appendice 10: Prodotti per N.A.**
- **Appendice 11: Richiesta personalizzata alla fornitura di prodotti nutrizionali**

Appendice 1

SCREENING DEL RISCHIO NUTRIZIONALE

La valutazione del rischio nutrizionale è il passo obbligato per identificare i pazienti malnutriti o a rischio nutrizionale; individuare il piano di trattamento nutrizionale più adeguato, monitorare l'efficacia dell'intervento.

Lo screening nutrizionale viene eseguito dal MMG, dal personale del SDNC o infermieri delle Cure Domiciliari attraverso test rapidi e semplici da somministrare entro 48h dal primo contatto con il paziente.

STRUMENTI DI VALUTAZIONE:

1. **MUST:** Il "MUST" - Malnutrition Universal Screening Tool for Adults - è la guida per la valutazione del rischio nutrizionale negli adulti emanata dalla British Association for Parenteral and Enteral Nutrition (BAPEN) che si articola in quattro punti :
 - a. valutazione del peso e dell'altezza (misurati) e calcolo dell'indice di massa corporea: $IMC = [\text{peso in kg} / (\text{altezza in metri})^2]$;
 - b. valutazione del calo ponderale involontario negli ultimi 3- 6 mesi;
 - c. valutazione dell' introito alimentare (inteso come mancata assunzione o previsione di mancata assunzione di cibo per più di 5 giorni);
 - d. valutazione della gravità della malattia.

L'utilizzo del MUST consente di ottenere un punteggio (STEP/fase/4) che è espressione del rischio nutrizionale in atto (Calcolo del rischio globale di malnutrizione, ottenuto sommando il punteggio dei primi 3 STEP, pari a Punti 0/rischio basso, Punti 1/rischio medio, Punti 2 o più/rischio elevato) al quale corrispondono precise raccomandazioni di trattamento (STEP/fase/5).

Il MUST è uno strumento di screening raccomandato inizialmente per le comunità e successivamente validato anche nell'ambito ospedaliero, ma che può essere utilizzato anche su pazienti istituzionalizzati, a domicilio o in ambulatorio.

2. MNA (Mini Nutritional Assessment): Test di screening specifico per i pazienti anziani ospedalizzati o inseriti in programmi di assistenza domiciliare.

Screening: parametri nutrizionali, caratteristiche fisiche e mentali

Assessment: valutazione generale, valutazione dietetica, valutazione soggettiva e parametri antropometrici.

Il MNA è un test di screening specifico per i pazienti anziani. È costituito sia da un test di screening sia da un test di valutazione dello stato nutrizionale. Il test di screening valuta oltre ai parametri nutrizionali (BMI, calo ponderale, assunzione di alimenti) anche alcuni aspetti fisici (attività motoria) e neuropsichici (demenza, depressione) che più frequentemente incidono sullo stato nutrizionale del paziente anziano. Se il paziente ha uno screening score inferiore o uguale a 11, è necessario completare la valutazione. Il test di assessment si basa su una valutazione generale (autonomia, assunzione di farmaci, presenza di piaghe da decubito), valutazione dietetica, valutazione soggettiva (stato nutrizionale, stato di salute) e parametri antropometrici (circonferenza del braccio e del polpaccio).

Cognome:		Nome:		
Sesso:	Età:	Peso, kg:	Altezza, cm:	Data:

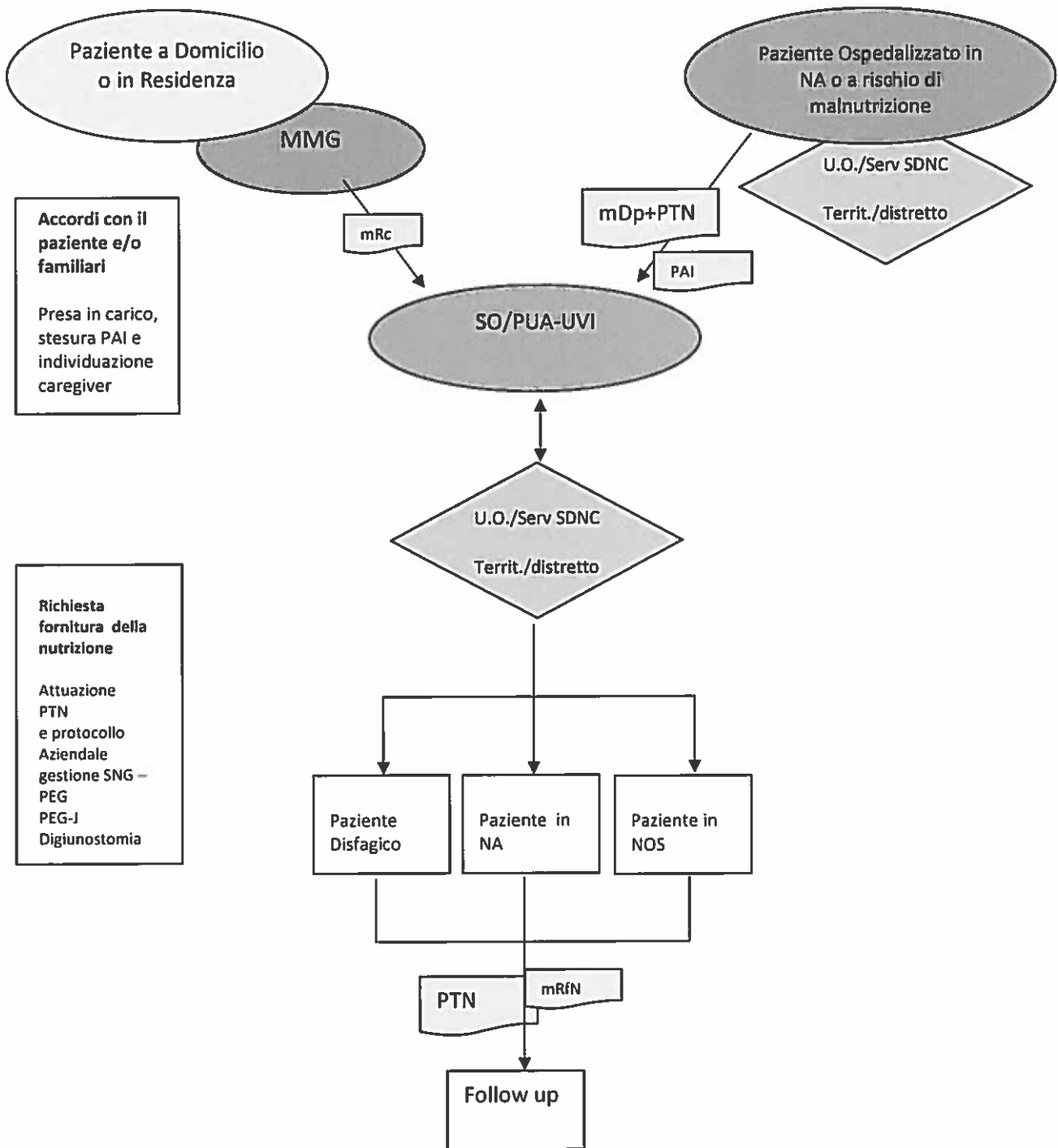
Risponde alla prima parte del questionario indicando, per ogni domanda, il punteggio appropriato. Sommi il punteggio della valutazione di screening e, se il risultato è uguale o inferiore a 11, completi il questionario per ottenere una valutazione dello stato nutrizionale.

Screening		J Quanti pasti completi prende al giorno?	
A Presenza una perdita dell'appetito? Ha mangiato meno negli ultimi 3 mesi? (perdita d'appetito, problemi digestivi, difficoltà di masticazione o deglutizione) 0 = grave riduzione dell'assunzione di cibo 1 = moderata riduzione dell'assunzione di cibo 2 = nessuna riduzione dell'assunzione di cibo		0 = 1 pasto 1 = 2 pasti 2 = 3 pasti	
B Perdita di peso recente (<3 mesi) 0 = perdita di peso > 3 kg 1 = non sa 2 = perdita di peso tra 1 e 3 kg 3 = nessuna perdita di peso		K Consuma? • Almeno una volta al giorno (i prodotti lattiero-caseari)? sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> • Una o due volte la settimana uova o legumi? sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> • Due giorni della carne, del pesce o del pollame? sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> 0.0 = se 0 o 1 sì 0.5 = se 2 sì 1.0 = se 3 sì	
C Motricità 0 = del letto alla poltrona 1 = autonomo a domicilio 2 = esce di casa		L Consuma almeno due volte al giorno frutta o verdura? 0 = no 1 = sì	
D Nell'arco degli ultimi 3 mesi: malattie acute o stress psicologici? 0 = sì 2 = no		M Quanti bicchieri beve al giorno? (acqua, succhi, caffè, tè, latte...) 0.0 = meno di 3 bicchieri 0.5 = da 3 a 5 bicchieri 1.0 = più di 5 bicchieri	
E Problemi neuropsicologici 0 = demenza o depressione grave 1 = demenza moderata 2 = nessun problema psicologico		N Come si nutre? 0 = necessita di assistenza 1 = autonomamente con difficoltà 2 = autonomamente senza difficoltà	
F Indice di massa corporea (IMC = peso / (altezza) ² in kg/m ²) 0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23		O Il paziente si considera ben nutrito? (ha dei problemi nutrizionali) 0 = malnutrizione grave 1 = malnutrizione moderata o non sa 2 = nessun problema nutrizionale	
Valutazione di screening (totale parziale max. 14 punti)		P Il paziente considera il suo stato di salute migliore o peggiore di altre persone della sua età? 0.0 = meno buono 0.5 = non sa 1.0 = uguale 2.0 = migliore	
Valutazione globale		Q Circonferenza brachiale (CB, cm) 0.0 = CB < 21 0.5 = CB ≤ 21 CB ≥ 22 1.0 = CB > 22	
G Il paziente vive autonomamente a domicilio? 1 = sì 0 = no		R Circonferenza del polpaccio (CP in cm) 0 = CP < 31 1 = CP ≥ 31	
H Prende più di 3 medicinali al giorno? 0 = sì 1 = no		Valutazione globale (max. 16 punti)	
I Presenza di decubiti, ulcere cutanee? 0 = sì 1 = no		Screening	
Valutazione totale (max. 30 punti)		Valutazione dello stato nutrizionale	
da 17 a 23,5 punti <input type="checkbox"/>		rischio di malnutrizione	
meno 17 punti <input type="checkbox"/>		cattivo stato nutrizionale	

Ref: Vellas B, Wilson M, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - its history and Challenges. J Nutr Health Aging 2006; 10: 456-465.
 Rubenstein LZ, Markes JO, Salvo A, Guzzo Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (SFMNA). J Geriatr 2001; 46A: 396-397.
 Guzzo Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®): Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging 2006; 10: 466-487.
 © Mesta, 1994. Revision 2006. N67200 11, 99 1004
 Per maggiori informazioni: www.mna-elderly.com

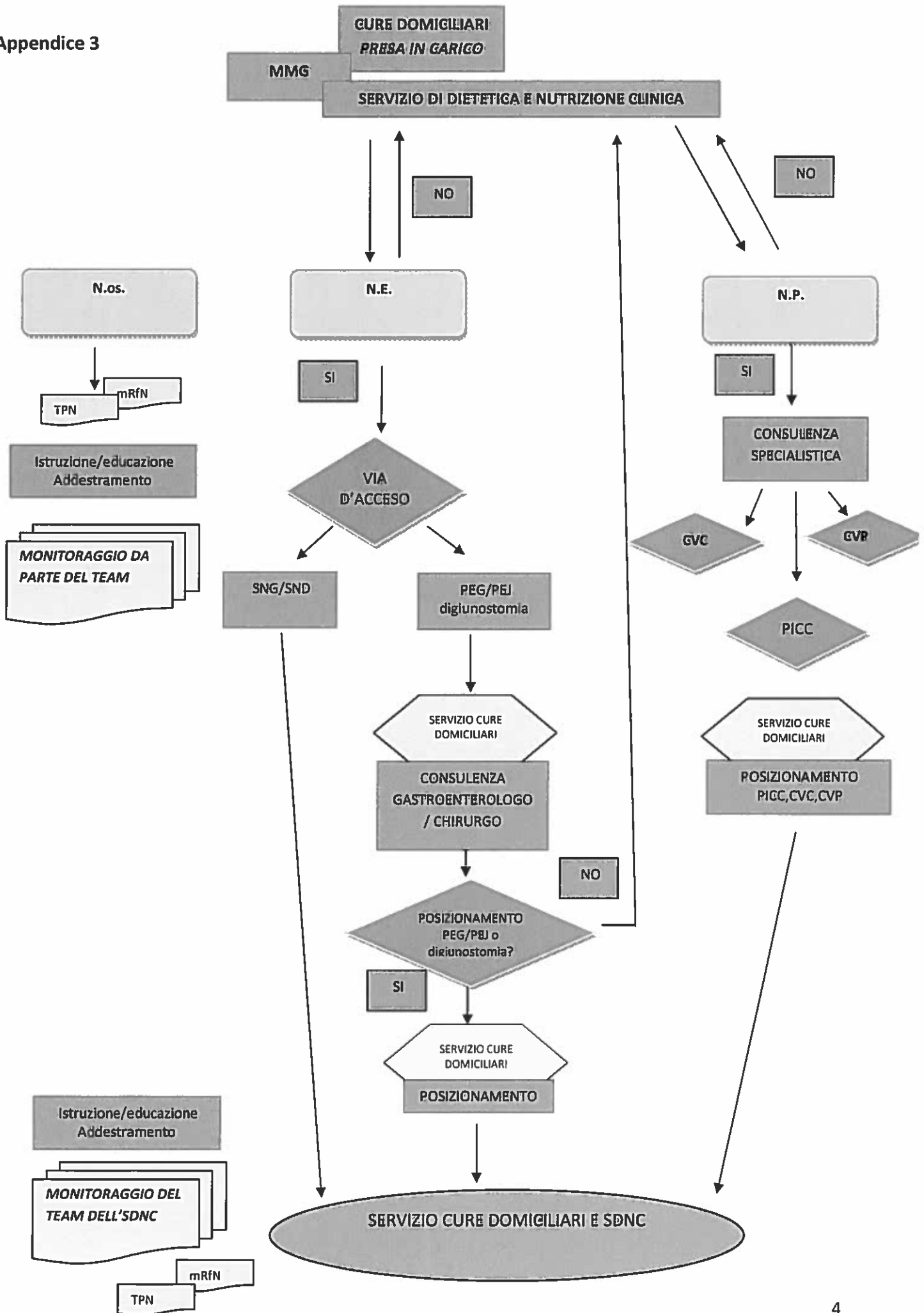
Appendice 2

PRESA IN CARICO PAZIENTE NUTRIZIONE ARTIFICIALE DOMICILIARE



LEGENDA: mDp=modulo Dimissione protetta ; mRc=modulo richiesta consulenza ; PAI=piano assistenziale individualizzato; mRfN=modulo richiesta fornitura nutrizione; PTN=Programma Terapeutico Nutrizionale PUA=punto unico accesso; UVI=unità valutativa integrata; SDNC=servizio di Nutrizione Clinica

Appendice 3



Appendice 4



RICHIESTA INTERNA PER CONSULENZA NUTRIZIONALE TERRITORIALE

Data ___/___/___

Al Servizio di Dietetica e Nutrizione Clinica

Sede _____

Assistito _____ nato il _____

Medico richiedente _____ Tel./Cellulare _____

Struttura _____ via _____

Comune _____ Tel _____

Familiare o referente per eventuali comunicazioni o accordi

Nominativo _____ Tel _____

Paziente non deambulante:

- già in carico al Servizio di Cure Domiciliari prima valutazione

valutazione/consulenza specialistica (specificare tipologia della prestazione):

- Valutazione nutrizionale
 Visita nutrizionale
 Valutazione/Visita (altro specificare) _____

Firma richiedente

Consulenza effettuata il _____

Esito Valutazione/visita

Dietista

Medico specialista

Appendice 5



DICHIARAZIONE DI RICEVUTA INFORMAZIONE E CONSENSO AL TRATTAMENTO

Io sottoscritto..... residente a
via..... n°..... dichiaro di:

oppure

Io sottoscritto..... in qualità di
 genitore tutore amministratore di sostegno altro (specificare)
del Sig./raresidente a.....
via..... n°.....

dichiaro:

1. di impegnarmi ad attenermi alle istruzioni ricevute durante l'addestramento ovvero:
 - seguire la modalità d'uso dei materiali e di somministrazione delle miscele nutritive;
 - seguire i programmi e le terapie nutrizionali;
 - provvedere correttamente alle manovre di montaggio di linee e deflussori;
 - controllare la velocità di infusione;
 - avere cura della sonda.
2. di essere stato messo a conoscenza che i materiali e le apparecchiature in uso, mi verranno consegnati secondo le modalità indicate nel foglio di informazioni per pazienti;
3. di essere stato istruito in modo esauriente alla gestione domiciliare della Nutrizione Artificiale e di aver ricevuto da parte del servizio tutti i sussidi necessari;
4. di aver compreso le informazioni ricevute dagli operatori sanitari;
5. che tutte le domande poste hanno avuto risposte chiare ed esauritive.

li,

Si autorizza il trattamento di nutrizione artificiale

Firma del paziente o di chi ne fa le veci

Appendice 6



VALUTAZIONE E PRESCRIZIONE NUTRIZIONALE

Cognome e Nome _____ Data di nascita ___/___/_____

PATOLOGIA _____

DIAGNOSI NUTRIZIONALE _____

Patologie Associate _____

Altezza: _____ cm Peso Attuale _____ Kg B.M.I. _____ Peso Abituale: _____ Kg

Calo Ponderale: SI NO _____ % Malnutrizione: _____ Circonferenza braccio _____

BEE Kcal _____ TEE Kcal _____

Lesioni da compressione: SI NO Sede _____/stadio _____ Sede _____/stadio _____

Sede _____ stadio _____ Sede _____/ stadio _____ Sede _____/stadio _____

Albumina: _____ Prealbumina: _____ Malnutrizione: _____

Nutrizione Artificiale data inizio: _____ Ospedaliera Domiciliare

Tipo di Nutrizione : NE NPP NPT MISTA SO

Via d'accesso: SNG PEG PEJ Digiunostomia altra via _____ Catetere venoso _____

Da Valutazione Nutrizionale effettuata si prescrive: Miscela Nutrienti _____

COMPOSIZIONE BROMATOLOGICA MISCELA NUTRITIVA ATTUALE:

Calorie infuse (Kcal)		Volume (cc.)	
Protidi (gr.)		Azoto (gr.)	
A. A. (gr.)		Acqua (cc.)	
Lipidi (gr.)		Fibra (gr.)	
Glicidi (gr.)		Osmolarità mOsm/l	
Glucosio (gr.)		N.B. Acqua (cc.), da somministrare via SNG nelle 24 ore	

• Acqua da somministrare/die _____ (contenuta nella miscela _____)

• Modalità di infusione: Nutripompa velocità _____ ml/h n. ore _____;

(* altre modalità di infusione) _____

• Monitoraggio _____

• Note _____

Si allega: _____

Dietista

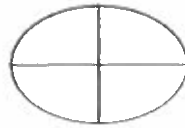
Medico Referente Nutrizione

Data, ___ / ___ / _____

Appendice 7

CONTROLLO ALIMENTAZIONE: GRIGLIA PORZIONI CONSUMATE (GPC)

La GPC è uno strumento necessario al caregiver per valutare l'introito alimentare della persona della quale si occupa.



Ogni piatto è rappresentato da 4 spicchi

La valutazione della quantità di porzione consumata deve avvenire dopo ogni pasto e può essere utilizzata dal caregiver anche per determinare meglio quali siano i piatti e gli alimenti che più vengono apprezzati dal soggetto di cui si occupa.

Per ogni settimana compilata, il caregiver deve fare dei semplici calcoli per valutare il rischio nutrizionale del paziente in base al punteggio ottenuto.

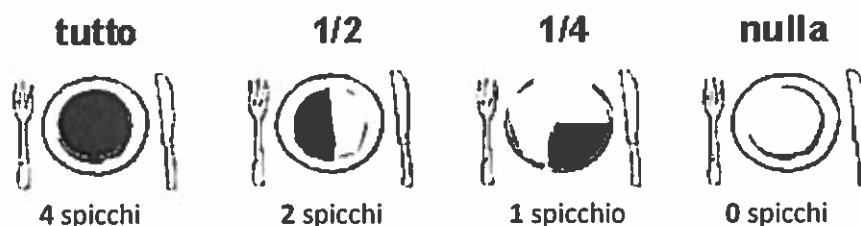
Il calcolo consiste nella somma degli spicchi consumati. Una porzione completa corrisponde a 4 spicchi.

Gli alimenti e quindi le porzioni consumate, sono raggruppati in funzione delle caratteristiche nutrizionali in 4 gruppi principali. Ad ogni gruppo alimentare, per semplificare la valutazione, corrisponde un colore:

- grigio per latte e derivati
- giallo per cereali e tuberi
- verde per ortaggi e frutta
- rosa per carne, pesce e uova

Di seguito sono riportati i valori secondo i quali il soggetto può essere considerato a basso, medio o ad alto rischio nutrizionale.

Legenda (1): ogni ovale rappresenta un piatto di portata. In base alla quantità di cibo che viene mangiata, il caregiver dovrà colorare la porzione dell'alimento consumato secondo il seguente schema:



Legenda (2): Per "primo piatto" si intende un piatto a base prevalentemente di cereali (pasta, riso, farro, orzo);

Per "secondo piatto" si intende un piatto a base di carne, pesce, uova o formaggi;

Per "contorno" si intende un piatto a base di verdure (crude o cotte);

Per "alimenti colazione" si intendono tutti gli alimenti solidi comunemente consumati durante la colazione (fette biscottate, biscotti secchi o frollini, cereali, pane);

Schema a cura del Caregiver. Esempio di compilazione

Griglia valutativa a cura del servizio nutrizionale:

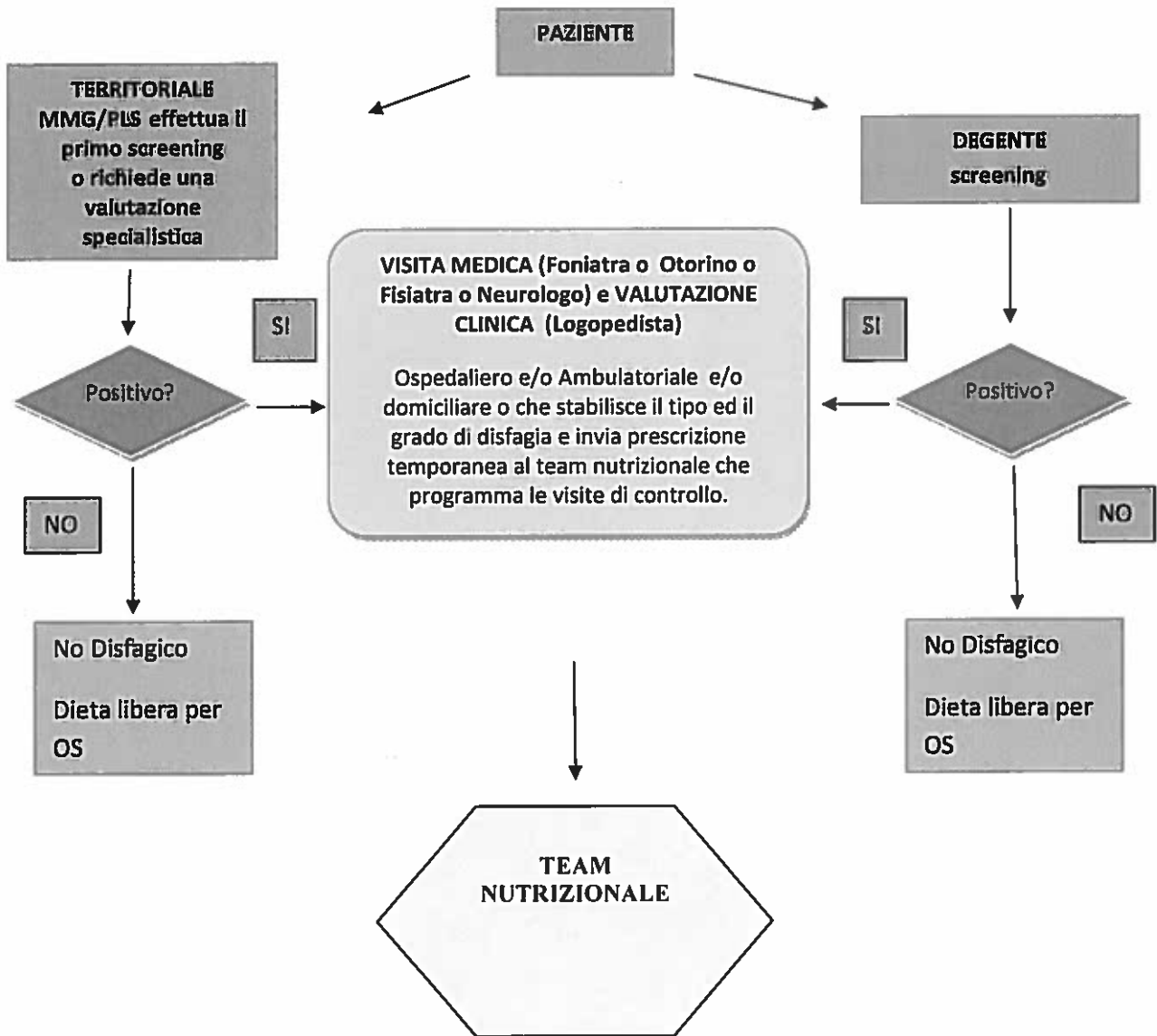
Nome <i>Mario Rossi</i> Sesso <i>M</i> Età <i>72</i> Data inizio controllo <i>01/01/2011</i>		lun	mart	merc	gio	ven	sab	dom	tot
COLAZIONE	latte	○	○	○	○	○	○	○	28
	latte e yogurt	○	○	○	○	○	○	○	28
SPUNTINO	frutta	○	○	○	○	○	○	○	14
	pane	○	○	○	○	○	○	○	26
PRANZO	carne, pesce, uova	○	○	○	○	○	○	○	13
	verdure	○	○	○	○	○	○	○	14
	pane	○	○	○	○	○	○	○	24
	frutta	○	○	○	○	○	○	○	18
	latte e yogurt	○	○	○	○	○	○	○	14
CENA	carne, pesce, uova	○	○	○	○	○	○	○	28
	verdure	○	○	○	○	○	○	○	18
	pane	○	○	○	○	○	○	○	11
	frutta	○	○	○	○	○	○	○	24
	latte e yogurt	○	○	○	○	○	○	○	14

GRUPPO ALIMENTARE	TOTALE SPICCHI "CONSUMATI" IN UNA SETTIMANA
LATTE E DERIVATI	Colazione + merenda/56
CEREALI E TUBERI	Colazione + pranzo + cena/140
ORTAGGI E FRUTTA	Spuntino + pranzo + cena/140
CARNE, PESCE E UOVA	Pranzo + cena...../56

LATTE E DERIVATI	
Tot. Spicchi di "latte e yogurt" "consumati" in una settimana	
Più di 50 spicchi consumati (~ 90%)	BASSO rischio nutrizionale
Da 39 a 50 spicchi consumati (~ 70%)	MEDIO rischio nutrizionale
Meno di 39 spicchi consumati (<70%)	ALTO rischio nutrizionale
CEREALI E TUBERI	
Tot. Spicchi di "pane, 1 piatto e alimento prima colazione" consumati in una settimana	
Più di 126 spicchi consumati (~90%)	BASSO rischio nutrizionale
Da 98 a 126 spicchi consumati (~70%)	MEDIO rischio nutrizionale
Meno di 98 spicchi consumati (<70%)	ALTO rischio nutrizionale
CONTORNO E FRUTTA	
Tot. Spicchi di "contorno e frutta" consumati in una settimana	
Più di 126 spicchi consumati (~90%)	BASSO rischio nutrizionale
Da 98 a 126 spicchi consumati (~70%)	MEDIO rischio nutrizionale
Meno di 98 spicchi consumati (<70%)	ALTO rischio nutrizionale
CARNE, PESCE E UOVA	
Tot. Spicchi di 2° piatto consumati in una settimana	
Più di 50 spicchi consumati (~90%)	BASSO rischio nutrizionale
Da 39 a 50 spicchi consumati (~70%)	MEDIO rischio nutrizionale
Meno di 39 spicchi consumati (<70%)	ALTO rischio nutrizionale

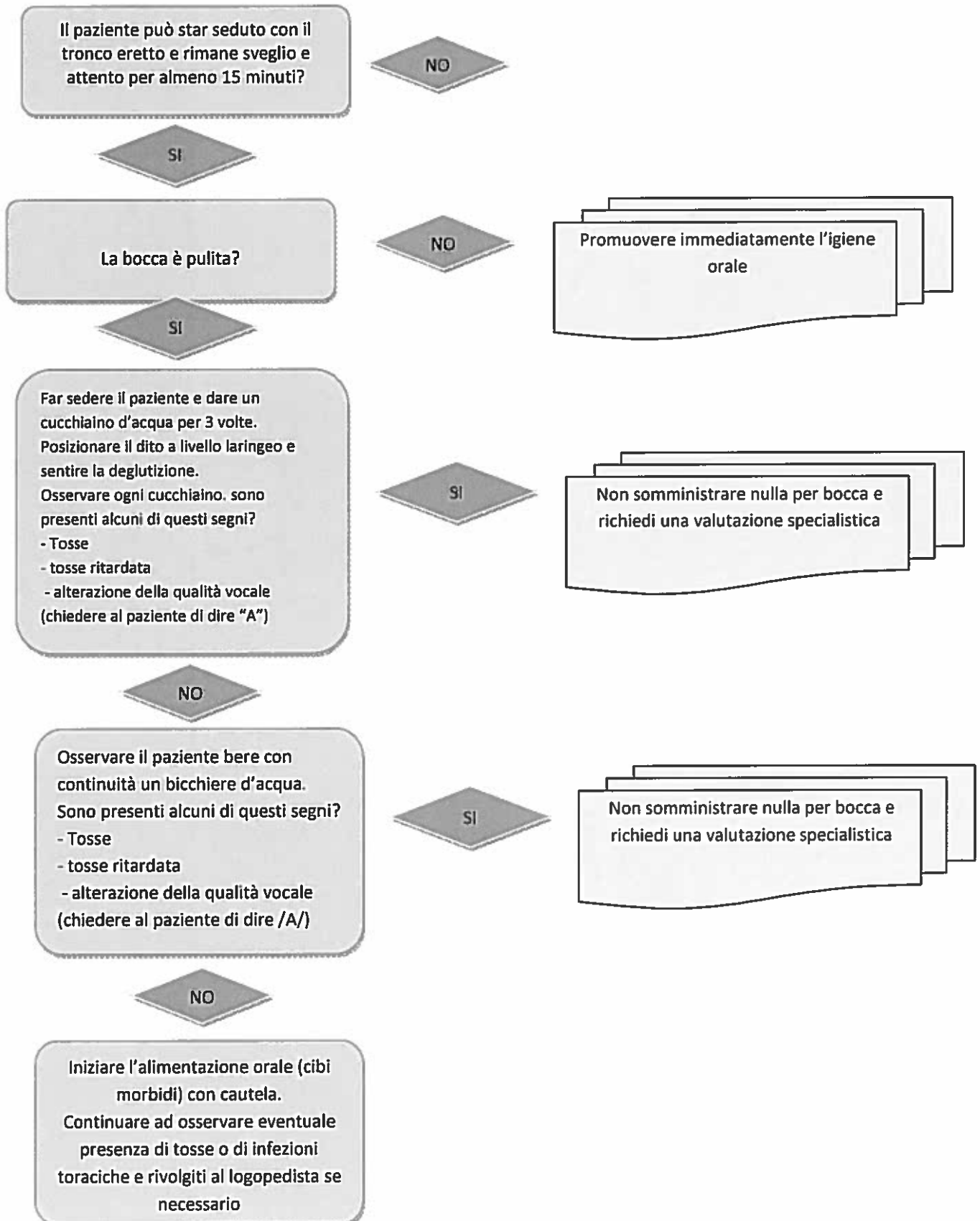
NB: Per definire il rischio nutrizionale globale si considera il valore peggiore tra quelli di "latte e derivati", "cereali e tuberi", "ortaggi e frutta", "carne, pesce e uova".

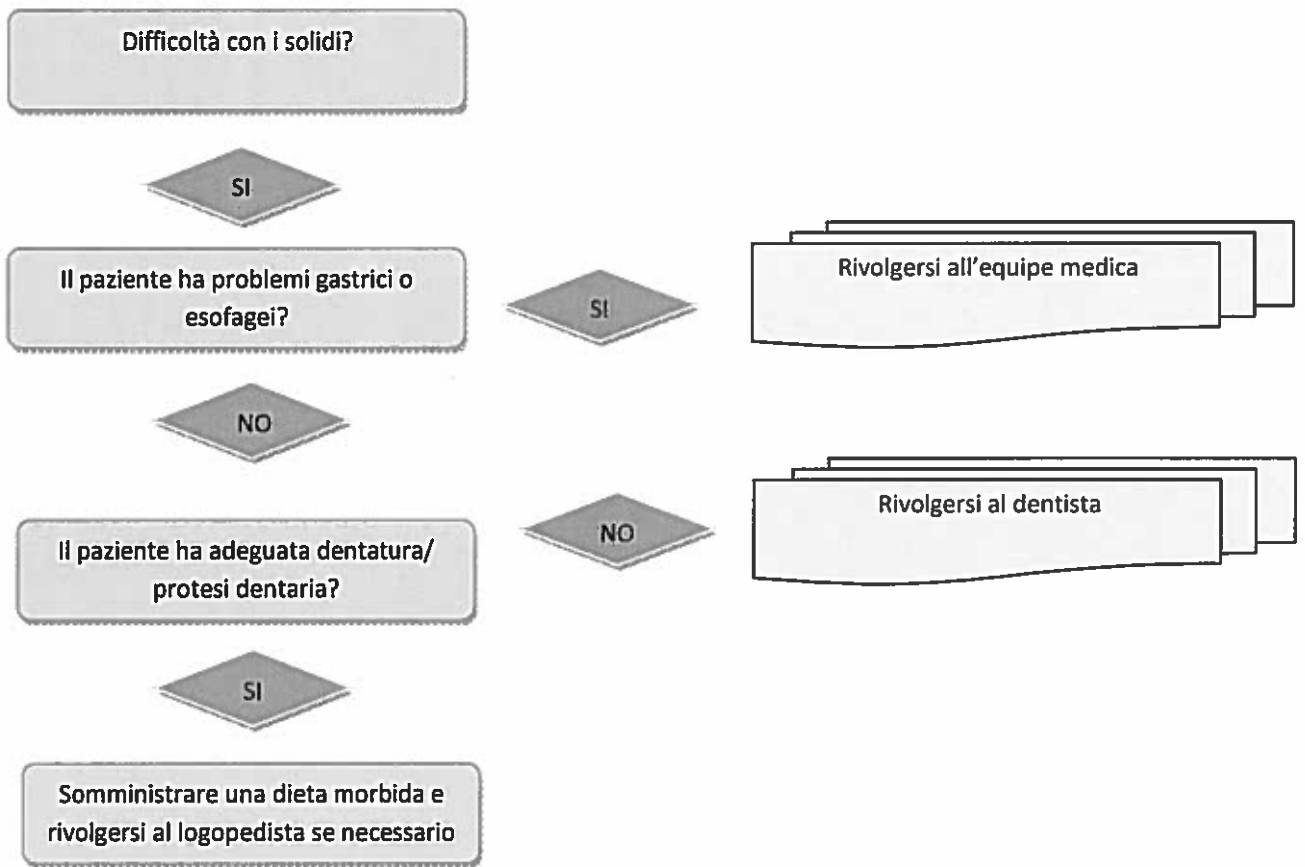
PERCORSO DEL PAZIENTE DISFAGICO



Appendice 9

ESEMPI DI PROCEDURE DI SCREENING DELLA DEGLUTIZIONE





PRODOTTI PER N.A.

1. MISCELE PER SONDA

- polimerica standard normocalorica priva di fibre e glutine con lattosio clinicamente ininfluyente;
- polimerica normocalorica arricchita di fibre priva di glutine con lattosio clinicamente ininfluyente;
- polimerica iperproteica priva di glutine e di fibre con lattosio clinicamente ininfluyente (particolarmente indicato per pazienti oncologici e in prima fase di impianto PEG);
- polimerica iperproteica priva di glutine ad elevato contenuto di fibre con lattosio clinicamente ininfluyente (particolarmente indicato per pazienti oncologici);
- polimerica ipercalorica e normoproteica priva di fibre e di glutine e lattosio clinicamente ininfluyente (indicato nei pazienti con maggiore richiesta calorica e ridotto introito di volumi);
- polimerica ipercalorica e normoproteico ad elevato contenuto di fibre priva di glutine e lattosio clinicamente ininfluyente;
- polimerica normocalorica ad elevato contenuto di fibre solubili ed insolubili priva di glutine e lattosio clinicamente ininfluyente (indicato come supporto del trofismo della mucosa intestinale e come prevenzione/trattamento della diarrea);
- polimerica moderatamente ipercalorica iperproteica con fibre solubili priva di glutine e lattosio clinicamente ininfluyente (indicato come supporto del trofismo della mucosa intestinale e come prevenzione/trattamento della diarrea);
- polimerica ipercalorica ed iperproteica con fibra solubile (indicato come supporto del trofismo della mucosa intestinale);
- polimerica normocalorica per *diabetici* con fibra totalmente solubile priva di glutine e lattosio clinicamente ininfluyente;
- iperproteica per *diabetici* con fibra totalmente solubile priva di glutine con lattosio clinicamente ininfluyente;
- normocalorica per pazienti con *iperglicemia da stress* con fibra priva di glutine e lattosio clinicamente ininfluyente;
- alimento naturale normocalorico omogeneizzati con fibra priva di glutine e lattosio clinicamente ininfluyente;
- polimerica normocalorica iperproteica per immunonutrizione arricchita con immunomodulanti (RNA, Omega3, Arginina) con MCT, priva di glutine e lattosio clinicamente ininfluyente;
- semi-elementare a base di peptidi a catena corta priva di glutine e fibre con quantità di lipidi ridotta e con MCT e lattosio clinicamente ininfluyente (indicato con pazienti con Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali (MICI));
- semi-elementare bilanciata a base di peptidi a catena corta priva di glutine priva di fibre, normolipidica, con MCT e lattosio clinicamente ininfluyente (indicato con pazienti con MICI);
- semi-elementare ipercalorica iperproteica a base di peptidi a catena corta e con MCT priva di fibre e glutine e lattosio clinicamente ininfluyente (indicata per pazienti ustionati con SLA o stress respiratorio);
- polimerica ipoproteica ipercalorica priva di glutine e fibre con lattosio clinicamente ininfluyente per pazienti con *insufficienza renale non dializzati* (somministrabile anche per os come supplemento in quanto palatabile);
- polimerica iperproteica ipercalorica priva di glutine e fibre con lattosio clinicamente ininfluyente per pazienti con *insufficienza renale dializzati* (somministrabile anche per os come supplemento in quanto palatabile);
- polimerica normocalorica iperproteica arricchita in arginina, zinco, vit. C per lesioni da decubito priva di glutine e lattosio clinicamente ininfluyente;
- polimerica ipercalorica, iperproteica, ipoglicidica ad elevato contenuto di lipidi (indicato per pazienti polmonari, SLA, BPCO, sepsi).

2. DISFAGIA

- Addensante istantaneo in polvere con fibre totalmente solubili. Gusto neutro;
- Addensante istantaneo in polvere a base di gomme di xanthan e maltodestrine privo di amido di mais. Gusto neutro.



**RICHIESTA PERSONALIZZATA
ALLA FORNITURA DI PRODOTTI NUTRIZIONALI**

Alla C.A. Direttore di Distretto di _____
E, p.c. Al Resp. Farmacia
Area Territoriale e/o Ospedaliera

Si richiede fornitura personalizzata per il paziente _____
di _____
ad uso esclusivo come da motivata prescrizione specialistica , in allegato e/o di seguito specificato.

Quantità mensili _____ per la durata di mesi _____

Prima prescrizione Prosecuzione

Data _____

Lo specialista

Si autorizza

Il Direttore di Distretto

