

L' OTTIMIZZAZIONE DELLA TERAPIA NUTRIZIONALE

Sebastiano Giallongo

AZIENDA USL TOSCANA CENTRO
S.O.S.D. NUTRIZIONE CLINICA

La nutrizione clinica

- specialità dell'Area Medica i cui interventi sono finalizzati al mantenimento o recupero di un adeguato stato di nutrizione e alla correzione delle alterazioni metaboliche nelle patologie acute e croniche suscettibili di terapia nutrizionale
- disciplina trasversale rispetto alle altre aree specialistiche e ai vari setting assistenziali (ospedaliero, ambulatoriale, domiciliare e socio-assistenziale)
- si inserisce a pieno titolo in numerosi percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali

La malnutrizione per difetto

- è una vera e propria “malattia nella malattia”, in grado di condizionare pesantemente e talora indirizzare da sola gli esiti clinici delle varie patologie
- quasi il 30% dei pazienti affetti da tumore muore per le conseguenze della malnutrizione più che per la malattia di base
- nel paziente oncologico lo stato di malnutrizione determina una minore capacità di tollerare gli effetti collaterali legati al trattamento ed è spesso direttamente responsabile dell'interruzione delle terapie specifiche

La malnutrizione ospedaliera

- in ospedale spesso il paziente malnutrito non viene identificato e il periodo di degenza crea i presupposti per un ulteriore deterioramento dello stato nutrizionale
- uno studio del 2009 condotto in 13 ospedali italiani rappresentativi di varie regioni, ha registrato una prevalenza media di malnutrizione per difetto del 31%, con valori particolarmente elevati negli anziani e nei pazienti oncologici (Lucchin, 2009)
- nel 2012 uno studio condotto su 500 pazienti ricoverati presso un reparto ospedaliero di medicina interna mediante il Nutritional Risk Screening (NRS 2002) ha evidenziato uno score > 3 , indicativo di elevato rischio nutrizionale, nel 54% dei pazienti esaminati (Giallongo, D' Areglia, 2012)

La malnutrizione ospedaliera

- i consumi alimentari medi, rilevati su tre giorni consecutivi di degenza, hanno evidenziato apporti calorici giornalieri inferiori a 1000 Kcal nel 20 % dei pazienti e compresi tra 1000 e 1500 nel 35% dei casi
- ciò significa che nel 55% dei casi non veniva assicurata la copertura dei fabbisogni minimi
- dal gruppo esaminato erano stati esclusi i soggetti sottoposti a regime di digiuno o semidigiuno per necessità diagnostiche o terapeutiche.

Le “complicanze” della malnutrizione

- allungamento dei tempi di degenza
- più elevata morbilità e mortalità
- rischio relativo di infezioni tre volte superiore rispetto al paziente in buono stato nutrizionale
- alto tasso di reingresso
- riduzione della Q.O.L.

Identificazione del rischio

Prescrizione nutrizionale

appropriatezza



REGIONE TOSCANA
GIUNTA REGIONALE

ESTRATTO DAL VERBALE DELLA SEDUTA DEL 25-02-2008 (punto N. 22)

Delibera

N.135

del 25-02-2008

Proponente

ENRICO ROSSI

DIREZIONE GENERALE DIRITTO ALLA SALUTE E POLITICHE DI SOLIDARIETA'

Pubblicita'/Pubblicazione: Atto soggetto a pubblicazione su Banca Dati (PBD)

Dirigente Responsabile: Maria Giuseppina Cabras

Estensore: Maria Giuseppina Cabras

Oggetto:

Attestazione buone pratiche per la sicurezza del paziente. Integrazione della DGR 267/2007.

DELIBERA

1. di approvare, ad integrazione della D.G.R. n. 267 del 16 aprile 2007, gli indirizzi alle Aziende Sanitarie contenuti nelle schede di cui all'allegato A, che costituisce parte integrante e sostanziale del presente atto, relativi alle seguenti buone pratiche per la sicurezza del paziente, condivise o sperimentate nel servizio sanitario regionale:
 - la corretta identificazione del paziente
 - prevenzione e gestione emorragia post-partum
 - prevenzione e gestione distocia di spalla
 - prevenzione del rischio nutrizionale
 - prevenzione del rischio tromboembolico venoso in ortopedia e traumatologia;

Delibera n. 135 del 25 Febbraio 2008

- ogni Azienda Sanitaria deve dotarsi di una procedura che assicuri l'individuazione dei reparti in cui deve essere effettuata la valutazione del rischio nutrizionale dei pazienti, sulla base della probabilità che questo si manifesti e della gravità delle conseguenze sulle condizioni cliniche
- la procedura dovrà indicare anche le azioni da intraprendere in base al profilo individuale rilevato

Le sinergie in ospedale e sul territorio

- il medico nutrizionista
- il personale dietista
- il medico di reparto
- l' infermiere di reparto
- il medico di famiglia

IL PDTA

- strumento di “clinical governance” che, attraverso un approccio per processi, consente di strutturare e integrare attività e interventi multidisciplinari e multiprofessionali
- permette di contestualizzare le “linee guida” tenendo conto della realtà organizzativa locale

Le tappe del PDTA nutrizionale

- il counseling nutrizionale
- la valutazione dello stato nutrizionale
- l' "adattamento" dell' alimentazione naturale in base alle condizioni cliniche e metaboliche mediante:
 - fortificazione naturale della dieta basata sull'inserimento nell'alimentazione giornaliera di alimenti e condimenti ad elevato contenuto calorico e/o proteico
 - prescrizione di supplementi nutrizionali orali
- nutrizione artificiale enterale o parenterale

I Supplementi Nutrizionali Orali

- sono prodotti dietetici “a fini medici speciali”, quindi possono essere prescritti esclusivamente da un medico e non vanno confusi con gli “integratori”
- la prescrizione degli O.N.S. è appropriata solo quando, a causa delle patologie primarie o concomitanti, sia impossibile incrementare in misura sufficiente gli apporti di macro e micronutrienti attraverso la “fortificazione” della dieta per os
- oltre ai supplementi standard, sono disponibili anche supplementi disease-specific, la cui composizione risponde a precise esigenze legate a insufficienza di organo o apparato o a carenze nutrizionali specifiche (neoplasie, diabete mellito, ulcere da pressione ecc..)

Gli "adiuvanti" della deglutizione

- addensanti in polvere e acqua gelificata sono destinati ai pazienti affetti da disfagia di grado lieve o medio che non precluda in modo assoluto l'alimentazione per os
- l'appropriatezza prescrittiva può essere assicurata solo in presenza di una valutazione preliminare dell'otorino e del foniatra, a cui compete la diagnosi della tipologia, dello stadio e della gravità della disfagia

I Supplementi Nutrizionali Orali

- l' **uso appropriato** dei supplementi nutrizionali orali, è confortato da dati di efficacia e farmacoeconomia che ne giustificherebbero ampiamente l' erogazione gratuita o quanto meno la detraibilità fiscale
- uno studio retrospettivo effettuato su un gruppo di pazienti ultrasessantacinquenni malnutriti ricoverati in un reparto di riabilitazione ha evidenziato che l' assunzione di ONS riduce la durata della degenza di circa 3 giorni, con un abbattimento del rischio di reingresso nei soggetti che continuano la terapia nutrizionale a domicilio (*Philipson T.J. et al. American Journal Management Care 2013, 19*)
- in chirurgia oncologica per neoplasia del colon l' assunzione di supplementi arricchiti in immunonutrienti nella settimana precedente l' intervento ha assicurato un risparmio di 1250 euro per paziente grazie alla riduzione della durata della degenza e delle complicanze postoperatorie (*Braga M. et al. Nutrition 2005, 21*)

La Nutrizione Artificiale

- può essere effettuata per via enterale o parenterale, due tecniche che hanno la stessa finalità ed efficacia, precise indicazioni e controindicazioni
- la scelta deve essere effettuata sulla base di criteri di appropriatezza esclusivamente dettati dalla condizione clinica del paziente
- la via parenterale deve essere utilizzata solo quando sia preclusa la via gastrointestinale, o perché lo stomaco e l'intestino non sono raggiungibili, o a causa di precise situazioni anatomiche o funzionali

Indicazioni alla Nutrizione Parenterale

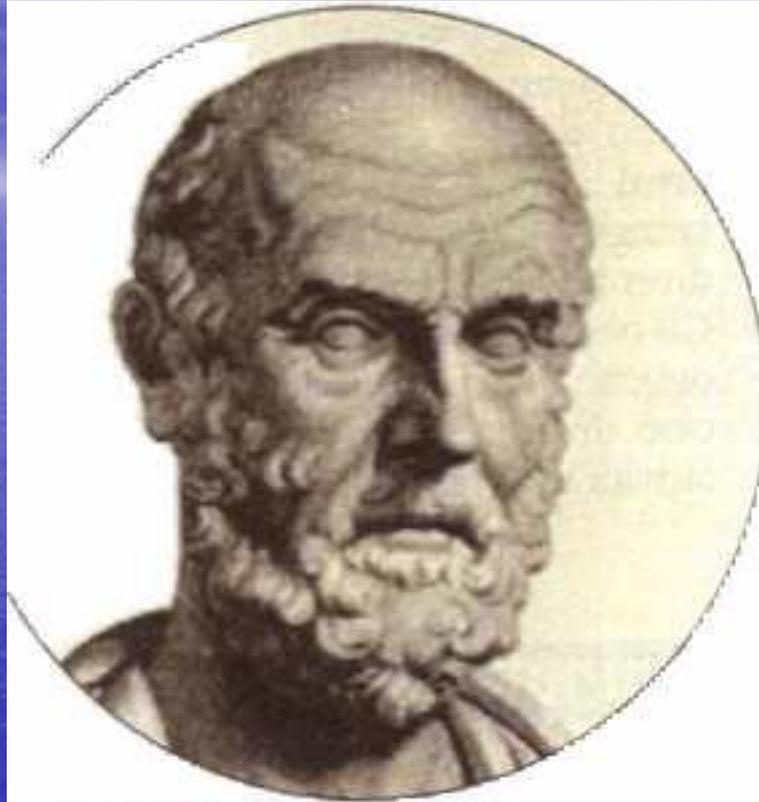
- occlusione intestinale cronica di origine meccanica
- ischemia intestinale
- fistole digiunali e ileali di alta portata (> 400 ml/die)
- malassorbimento intestinale grave, secondario a enteropatie o a insufficienza della superficie assorbente in caso di sindrome da intestino corto

False indicazioni alla Nutrizione Parenterale

- l' ***ileo paralitico***, per esempio in corso di pancreatite acuta, nel perioperatorio precoce, o nel post-trauma, situazioni in cui l' infusione di nutrienti per via enterale a livello digiunale a bassa velocità stimola la ripresa della peristalsi
- le ***fistole enteriche a bassa portata*** in cui la NE, con infusione di prodotti specifici, ha un effetto positivo sulla chiusura, tranne nei casi di fistole insorte su tessuto neoplastico o irradiato
- ***gastroparesi***, in cui deve essere confezionato un accesso postpilorico
- le ***fistole digestive alte***, in cui si deve ricorrere all'infusione digiunale

I costi della Nutrizione Clinica

- per una giornata di nutrizione enterale in Toscana in ospedale e sul territorio si spendono meno di **5 euro**, comprensivi oltre che del prodotto nutrizionale anche dei devices, cioè i deflussori e la nutripompa
- un piano terapeutico di supplementi nutrizionali orali standard costa intorno a **3 euro** al giorno
- il costo massimo giornaliero nel caso di ONS specifici per patologia oscilla intorno ai **10 euro**
- una nutrizione parenterale totale costa circa **25 euro al giorno**
- il costo della ristorazione assistenziale ospedaliera su tre pasti giornalieri varia **dai 13 ai 17 euro**
- un giorno di ricovero "costa" quanto trenta giorni di nutrizione enterale
- costi "sostenibili"?



"Il cibo sia la tua medicina e la tua medicina sia il cibo"
Ippocrate, 400 a.C.





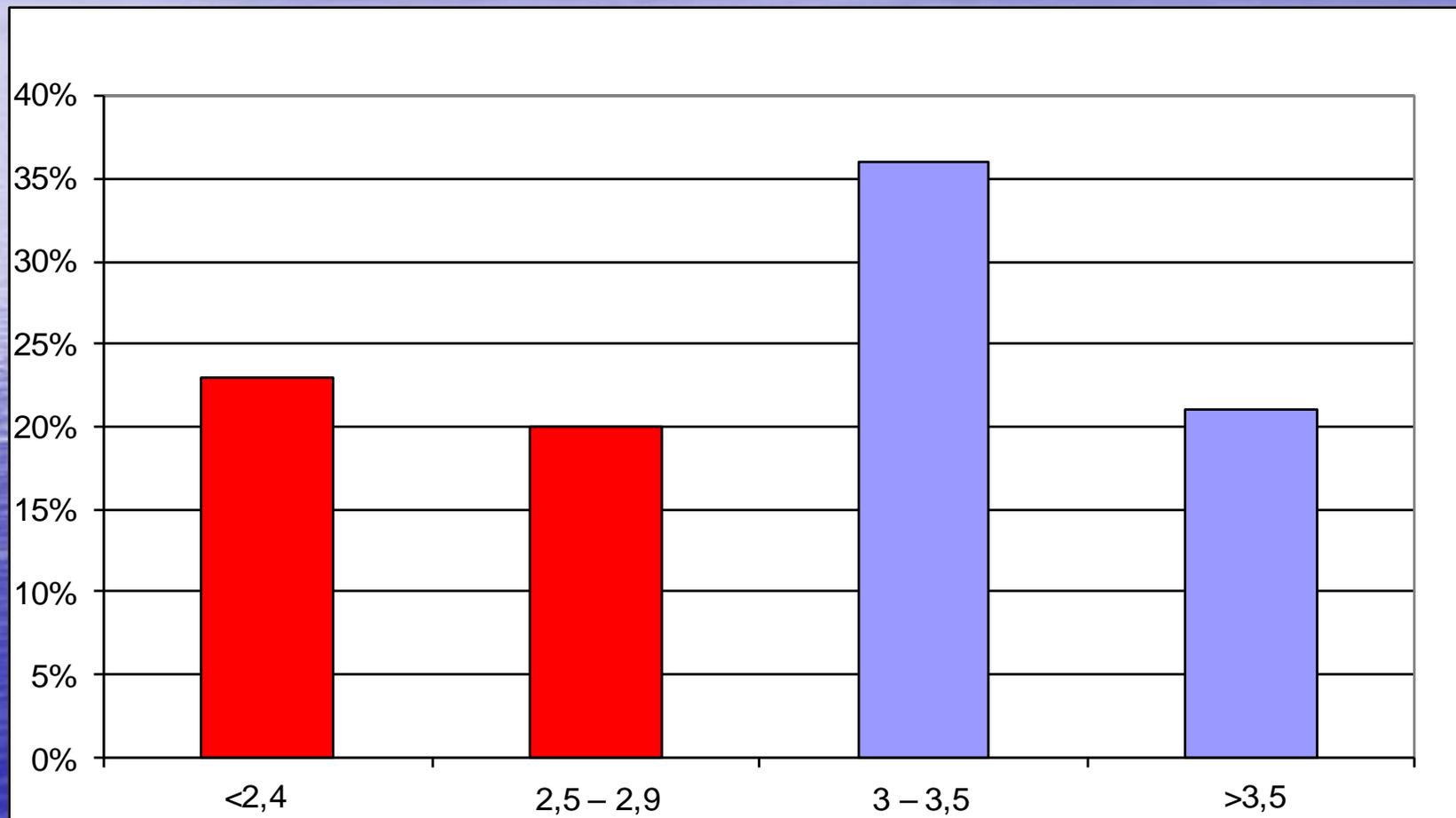
I DETERMINANTI DELL' APPROPRIATEZZA IN NUTRIZIONE CLINICA

- Valutazione dello stato nutrizionale del paziente effettuata routinariamente all'atto del ricovero nei reparti ospedalieri
- Prescrizioni nutrizionali che si traducano in un PDTA che preveda sia la fase ospedaliera che quella territoriale dell'assistenza
- Struttura organizzativa di Nutrizione Clinica in grado di gestire in modo unitario le due fasi del percorso assistenziale.

LA MALNUTRIZIONE PER DIFETTO NELLA POPOLAZIONE GENERALE E IN OSPEDALE

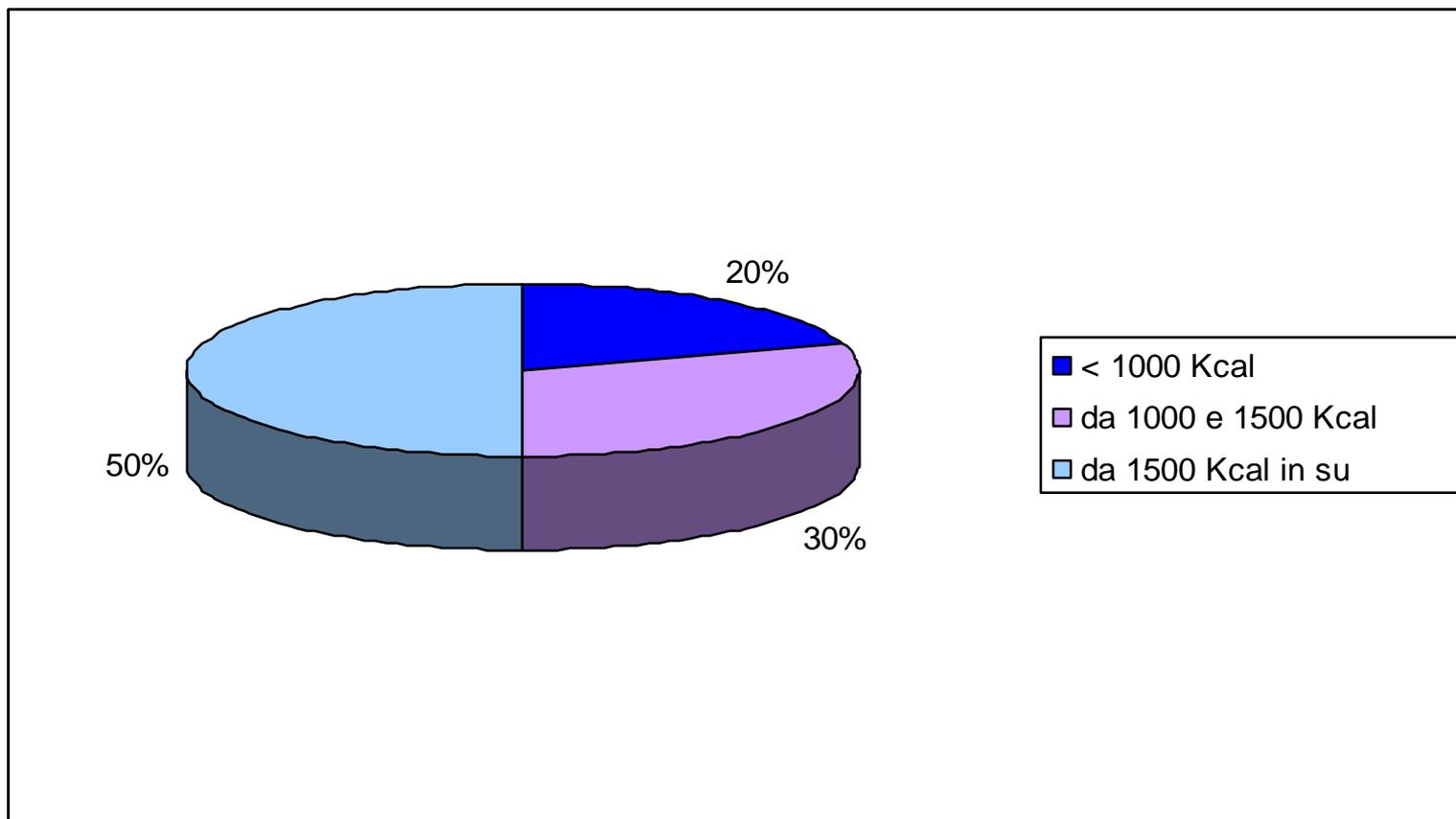
- Estrapolando i dati di uno studio condotto nel Regno Unito è possibile stimare in 33 milioni il numero di adulti malnutriti o a rischio di malnutrizione in Europa (20 milioni nel territorio dell'Unione)
- La malnutrizione nasce sul territorio e "incide" soprattutto su alcuni sottogruppi di popolazione, ma in ospedale si aggrava sensibilmente
- Uno studio del 2009 condotto in 13 ospedali italiani rappresentativi di varie regioni ha registrato una prevalenza media del 31% con valori più elevati negli anziani e nei pazienti oncologici (L. Lucchin 2009)
- Nel 2012 uno studio condotto su 500 pazienti ricoverati presso un reparto ospedaliero di medicina interna mediante il Nutritional Risk Screening (NRS 2002) ha evidenziato uno score > 3 nel 54% dei pazienti esaminati (S. Giallongo, E. D'Areghia 2012)

I LIVELLI DI ALBUMINEMIA



(S. Giallongo, E. D'areglia 2012)

GLI APPORTI CALORICI GIORNALIERI



(S. Giallongo, E. D'areglia 2012)

LE COMPLICANZE DELLA MALNUTRIZIONE OSPEDALIERA

- allungamento dei tempi di degenza
- più elevata morbilità e mortalità
- rischio relativo di infezioni tre volte superiore rispetto al paziente in buono stato nutrizionale
- alto tasso di reingresso
- riduzione della QOL

I COSTI SANITARI DELLA MALNUTRIZIONE

- Nel Regno Unito è stato stimato un costo della malnutrizione per difetto di circa 8,6 miliardi di euro l'anno, di cui 4,5 miliardi spesi per l'ospedalizzazione, 3,1 per le necessità di lungodegenza e 0,79 per le prestazioni di medici di famiglia e specialisti ambulatoriali
- Aggiungendo anche i costi delle Residenze Sanitarie Assistenziali la stima sale a 15 miliardi l'anno
- I costi Europei stimati a partire dai dati del Regno Unito ammontano a 170 miliardi (M. Elia -2009)
- Considerando quanto perde il paziente malnutrito in termini di qualità di vita e di "utilità sociale", i costi salgono a 305 miliardi di euro (A. Inotai – 2012)

LA NUTRIZIONE ARTIFICIALE DOMICILIARE

GLI STANDARD ORGANIZZATIVI E OPERATIVI MINIMI

- Esistenza di una Struttura Organizzativa Aziendale di Nutrizione Clinica, coordinata da un responsabile medico con specifica formazione ed esperienza in Nutrizione Clinica con un mandato aziendale chiaro
- Attribuzione di un centro di costo e di risorse che permettano di coordinare i livelli ospedaliero e territoriale dell'intervento terapeutico-assistenziale
- Disponibilità di procedure aziendali che disciplinino le fasi di diagnosi e prescrizione, la tempistica della dimissione e della presa in carico territoriale, il ruolo delle varie figure professionali coinvolte nel PDTA
- Sufficiente livello di sensibilizzazione dei medici ospedalieri sui temi nutrizionali, in modo da disporre di un efficace filtro per l'identificazione dei pazienti malnutriti o a rischio di malnutrizione
- Dimissione di pazienti stabili che possano realisticamente essere assistiti a domicilio in modo da limitare il fenomeno delle riammissioni
- Organizzazione territoriale che assicuri la presa in carico domiciliare dei pazienti identificati nei reparti ospedalieri attraverso l'attivazione di un team multiprofessionale "dedicato" composto oltre che dal nutrizionista, anche da dietisti, infermieri e farmacisti consulenti in numero proporzionale alla popolazione assistita e alla prevalenza dei pazienti in NAD
- Ambiente familiare adatto e disponibilità di care-giver in grado di gestire la terapia

LA STRUTTURA ORGANIZZATIVA DI NUTRIZIONE CLINICA

- La Struttura Organizzativa di Nutrizione Clinica deve assicurare un coordinamento forte dei livelli ospedaliero e territoriale dell'intervento terapeutico-assistenziale
- Il D.M. 70 del 2 Aprile 2015, che ridefinisce l'organizzazione della rete ospedaliera italiana, prevede una unità di nutrizione clinica ogni 600.000 - 1.200.000 abitanti
- Le scelte delle varie Aziende Sanitarie sono state estremamente variabili da caso a caso e spesso il servizio di nutrizione clinica non è stato creato o, quando realizzato, non è stato articolato in maniera proporzionata ai bisogni, con conseguenti iniziative estemporanee legate alla buona volontà senza alcuna connotazione di costo-efficacia
- Delibere di Giunta Regionale Toscana: n. 1020 del 1996, n. 618 del 2001, n. 580 del 2010
- Solo 3 ASL su 12 (Firenze, Arezzo e Massa) hanno attivato strutture organizzative dedicate
- Struttura organizzativa ospedaliera o territoriale?

L' IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE MALNUTRITO O A RISCHIO DI MALNUTRIZIONE

- Gli screening nutrizionali raccomandati da ESPEN sono il Malnutrition Universal Screening Tool (MUST), Nutritional Risk Screening (NRS 2002) e il Mini Nutritional Assessment (MNA).
- Si tratta di strumenti molto semplici, basati su associazioni standardizzate di indicatori di vario tipo, che consentono la formulazione di un punteggio in base al quale il paziente sarà avviato ad una valutazione più approfondita e al protocollo di trattamento
- Gli indicatori più frequentemente utilizzati sono il BMI, il calo ponderale involontario negli ultimi 3-6 mesi, la presenza di una malattia associata ad un apporto alimentare insufficiente, parametri bioumorali

LA GESTIONE OSPEDALIERA DEL PAZIENTE MALNUTRITO O A RISCHIO DI MALNUTRIZIONE

- In presenza di un MUST- score indicante rischio di malnutrizione o malnutrizione franca il paziente viene indirizzato ad una valutazione di secondo livello effettuata dall'U.O. Dietetica Professionale e dalla U.O. di Nutrizione Clinica
- Al personale dietista sarà affidata la prescrizione di una dieta per os personalizzata mediante il dietetico ospedaliero ed eventualmente fortificata o integrata con supplementi nutrizionali orali
- All' U.O. Nutrizione clinica oltre alle prescrizioni dietetiche, compete la prescrizione dei piani terapeutici enterali e parenterali

LA DIMISSIONE E LA PRESA IN CARICO TERRITORIALE

- Solo in presenza di un'adeguata continuità assistenziale ospedale-territorio e di un percorso domiciliare multidisciplinare integrato e ben pianificato la prescrizione nutrizionale ospedaliera si potrà tradurre in un reale guadagno di salute
- Al momento della dimissione i pazienti non devono essere persi di vista e a livello domiciliare devono continuare ad essere seguiti dall'U.O. di Nutrizione Clinica e dall' U.O. di Dietetica Professionale, venendo affidati ai servizi territoriali per gli aspetti infermieristici e di fornitura di prodotti e presidi
- In assenza di un coordinamento forte del servizio questi pazienti vengono semplicemente affidati al medico curante

IL RUOLO DELLE FIGURE PROFESSIONALI

- (Giunta Regionale Toscana, delibera n. 618/2001)
Il medico nutrizionista definisce il piano nutrizionale e ne cura l'aggiornamento continuo attraverso il monitoraggio periodico delle condizioni del paziente
- Il personale dietista collabora alla stesura del piano nutrizionale, valuta lo stato nutrizionale del paziente e ne monitora l'aderenza al programma individualizzato
- L'infermiere territoriale completa l'addestramento dei care-giver iniziato in ambito ospedaliero, attua la terapia nutrizionale prescritta secondo protocolli infermieristici validati, gestisce i presidi, controlla gli accessi enterali e parenterali, previene le complicanze locali, monitorandone il trattamento, compila la cartella infermieristica e cura la tenuta della cartella clinica a livello domiciliare
- Il Farmacista collabora con il medico nutrizionista alla definizione delle formule nutrizionali personalizzate, fornisce le miscele, i presidi e le attrezzature necessarie e svolge una funzione di farmacovigilanza
- Il medico di famiglia

Presidio: Azienda Sanitaria di Firenze

Struttura organizzativa: S.S. Nutrizione Clinica

Data	Responsabile Redazione	Responsabile Convalida	Persona o Organismo che approva
08/03/10	Dott. Sebastiano Giallongo	Dott.sa Maria Teresa Mechi	Dott. Carlo Cappelletti

Sintesi delle modifiche apportate:

I Responsabili delle strutture organizzative sono responsabili operativi dell'applicazione della procedura.

Finalità

Garantire la presa in carico territoriale e la continuità assistenziale per i pazienti che necessitano di nutrizione artificiale.

Applicabilità

- Struttura Semplice Dipartimentale Nutrizione Clinica
- Presidi Ospedalieri dell' Azienda Sanitaria Firenze
- Distretti Socio-Sanitari dell' Azienda Sanitaria Firenze

Oggetto e Modalità Operative

PREMESSA

L'Azienda Sanitaria di Firenze ha istituito con Deliberazione del Direttore Generale 1097 del 8 Dicembre 2008 la Struttura Semplice Dipartimentale Nutrizione Clinica, diretta dal Dott. Sebastiano Giallongo, affidandole le seguenti funzioni:

- a. definizione del piano nutrizionale enterale e parenterale mediante attività di consulenza nutrizionale ai reparti ospedalieri aziendali;
- b. coordinamento della continuità assistenziale ospedale/territorio dei pazienti in nutrizione artificiale con presa in carico domiciliare dopo la dimissione;
- c. coordinamento dei percorsi assistenziali per il paziente a domicilio in collaborazione con l' U.O. Infermieristica e l' U.O. Dietetica Professionale (solo per la N.E.D.);
- d. coordinamento del monitoraggio ambulatoriale e domiciliare dello stato nutrizionale in collaborazione con l'U.O. Dietetica Professionale (solo per la N.E.D.);
- e. aggiornamento periodico dei piani nutrizionali in relazione ad eventuali cambiamenti della situazione clinica e nutrizionale dei pazienti (in collaborazione con l' U.O. Dietetica Professionale solo per la N.E.D.);
- f. attività di consulenza al medico di famiglia per la gestione clinica del paziente;
- g. coordinamento delle attività di formazione e aggiornamento in tema di Nutrizione Artificiale.

Per l'espletamento delle suddette funzioni la struttura coordina personale a competenza multidisciplinare (medici, farmacisti, dietisti, infermieri) di volta in volta individuato. La Struttura Semplice Nutrizione Clinica risponde a quanto previsto dalla Delibera di Giunta Regionale n. 618 del 11 Giugno 2001 e dai Piani Sanitari Regionali 2005/2007 e 2008/2010 che richiedono la creazione da parte delle Aziende UUSLL di Strutture o Team dedicati alle attività di nutrizione artificiale domiciliare. Le richieste di nutrizione artificiale provengono sia dal territorio (medici di medicina generale, familiari dei pazienti...), sia dai Presidi Ospedalieri Aziendali, dall' Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi, dalle

LA CARTELLA CLINICA INFORMATIZZATA IN RETE

NAD 2012 S.O.S Nutrizione Clinica ASL 10 di Firenze

[Menu'](#)

1. Anagrafica Paziente 3971

Cognome	Nome
XXXXX	XXXXX
Sesso:	Data di nascita
<input type="checkbox"/>	
Decesso	
0	

2. Provenienza

Provenienza
P.O. Nuovo San Giovanni di Dio
Reperto
CHIRURGIA
RSA di prov.

3. Destinazione

Destinazione:	RSA	Tel	Fax
Residenza A.M. Ponticelli	Via di Pescille 110, Panzano in ch	055852284	0558560898
città	via	Tel.:	

4. Gestione NAD

Presa in carico	Farmacia: Tel. 0556936537	Distretto: anna.delmastio@asf.toscana.it
20/03/2013	Servizio Farmaceutico OSMA	10

[Controllo Distretto](#)

[Anagrafe](#)

[Visualizza mappa](#)

5. Nutrizione Clinica

<input type="checkbox"/> Sospensione	<input type="checkbox"/> Svezzamento	<input type="checkbox"/> Rinnovo Piano Terapeutico
--------------------------------------	--------------------------------------	--

diagnosi nutrizionale	diagnosi clinica	Karnofsky Performance Status:
disfagia	esiti di ictus cerebrale	50

Tipo di Terapia	via di somministrazione	mod. di infusione	Note prodotto
ENTERALE	PEG	nutripompa	
<input type="radio"/> Inappropriata	<input type="checkbox"/> Induzione	<input type="checkbox"/> Cambio Nutrizione	

note

Il paziente si alimenta parzialmente per os (950 Kcal)

Data:	Prodotto 1	Volur	Prodotto2:	Volur	Apporto idrico:	Note:	Prescrittore:	Piano terapeutico
20/03/2013	Prodotto 1	500	Prodotto 2	500	1000	Primo Piano Nutrizionale	Medico Osp Careggi	
02/05/2013	Prodotto 1	1000		1	1000	Cambio piano nutrizionale		
*				1				

[6. Nuovo Piano Terapeutico](#)

[7.Cambio Piano Nutrizionale](#)

[8. Scheda Paziente](#)

LA CARTELLA CLINICA INFORMATIZZATA IN RETE

Dati Paziente Indicatori Nutrizionali

NAD 2012 Ambulatorio di Nutrizione Clinica

[Menu'](#)

2856

Cognome	Nome	Sesso:	Data di nascita	città	via	Tel.:
XXXXX	XXXXX	M	21/01/1947	Firenze	Via delle torri	39/3
Presenza in carico	diagnosi nutrizionale	diagnosi clinica		Tipo di Terapia	mod. di infusione	
27/12/2011	disfagia e malnutrizione	etp polmonare operato, etp base lingua, pregressa broncopolmonite ab ingestis		ENTERALE	nutripompa in continuo	
				via di somministrazione	Farmacia:	
				PEG	Servizio Farmaceutico Scandicci	

note

visitato a domicilio il 12.01.12: buone condizioni nutrizionali, con prevalente perdita di massa grassa
cambio piano nutrizionale
21/11/2012: Visita ambulatorio, cambio piano
03/12/2012: 64 Kg.
13/12/2012: 63 Kg

Misure Antropometriche-C1

Percentili-C1

BIA-C1

Referto antropimpedenz1:

Controllo 1 21/11/2012

Peso1	64	Circ. polso1:	0	Circ. braccio 1:	28	WHR-1	AMA-1	40,9	P-AMA1	85
BMI-1	21,384	Circ. vita 1:	0	Plica sottoscapolare1:			AFA-1	21,5	P-AFA1	75
Altezza1	173	Circ. fianchi 1:		Plica tricipitale1:	17		TAA-1	62,4	P-2SF1	
MB1	1500	Circ. coscia1:		Plica medianacoscia1:			2SF-1			

Rx 1:	69
Rz 1:	596
pH 1:	6,6
BCM min	21,9
BCM1:	26,00

L'esame obiettivo, la valutazione antropometrica e il tracciato impedenziometrico evidenziano un recupero dello stato nutrizionale pienamente soddisfacente, con ottimo reintegro anche della massa magra.
Ottima risulta la distribuzione dei fluidi nei compartiri intra ed extracellulari.
Considerato il recupero ponderale riscontrato, si procede alla riduzione degli apporti; il nuovo piano nutrizionale prevede la somministrazione giornaliera di Nutrison Energy 1000 ml.

Misure Antropometriche-C2

Percentili-C2

BIA-C2

Referto antropimpedenz2:

Controllo 2: 27/03/2013

Peso2	61	Circ. polso 2:	16	Circ. braccio 2:	28	WHR-2	AMA-2	44,4	P-AMA2	85
BMI-2	20,38	Circ. vita 2:		Plica sottoscapolare2:	15		AFA-2	18,1	P-AFA2	50
Altezza2	173	Circ. fianchi 2:		Plica tricipitale 2:	14		TAA-2	62,4	P-2F2	50
MB2	1470	Circ. coscia 2:	44,5	Plica medianacoscia 2:	25		2SF-2	29		

Rx 2:	71
Rz 2:	620
pH 2:	6,6
BCM min	21,9
BCM2:	25

Gli esami antropometrico e bioimpedenziometrico evidenziano uno stato nutrizionale soddisfacente. Rispetto allo scorso esame di novembre 2012 si riscontra un calo ponderale ascrivibile quasi esclusivamente alla perdita di massa grassa; la quota di massa magra risulta pressochè invariata.

Prescrizione:

Attività fisica: **Leggera**

Analisi sangue richiesta

Al piano nutrizionale attuale si aggiunge Nutrison Multifibre 500 ml/die per 5 giorni alla settimana.

Data:	Prodotto 1	Volu	Prodotto2:	Volu	Apporto idrico:	Note:	Prescrittore:	Piano terap	DataT:
27/12/2011	Prodotto 1	1000	Prodotto 2	500	1000	Primo piano terap.	Medico Osp Careggi		12/01/2012
12/01/2012	Prodotto 2	1000	Prodotto 1	500		Cambio piano	Struttura		
21/11/2012	Prodotto 1	1000		1		Cambio piano dopo visita	Struttura	isoft Word	
27/03/2013	Prodotto 2	1000	Prodotto 1	500		Cambio piano dopo visita	Struttura		
*				1					

LE MODALITA' DI EROGAZIONE

- In Toscana l'erogazione dei prodotti e dei dispositivi per la nutrizione enterale e parenterale è gratuita, con costi a carico della Azienda Sanitaria di residenza del paziente
- Per i supplementi nutrizionali orali il comportamento delle varie Aziende Sanitarie non è univoco
- L' Azienda Sanitaria di Firenze eroga gratuitamente questi prodotti esclusivamente attraverso le farmacie aziendali, quindi non presso le farmacie private, solo su prescrizione della U.O. di Nutrizione Clinica che vaglia ed autorizza anche eventuali richieste provenienti da altri prescrittori
- I prodotti prescrivibili sono elencati in un prontuario aziendale che scaturisce da una gara di appalto.

I COSTI DELLA NUTRIZIONE ARTIFICIALE

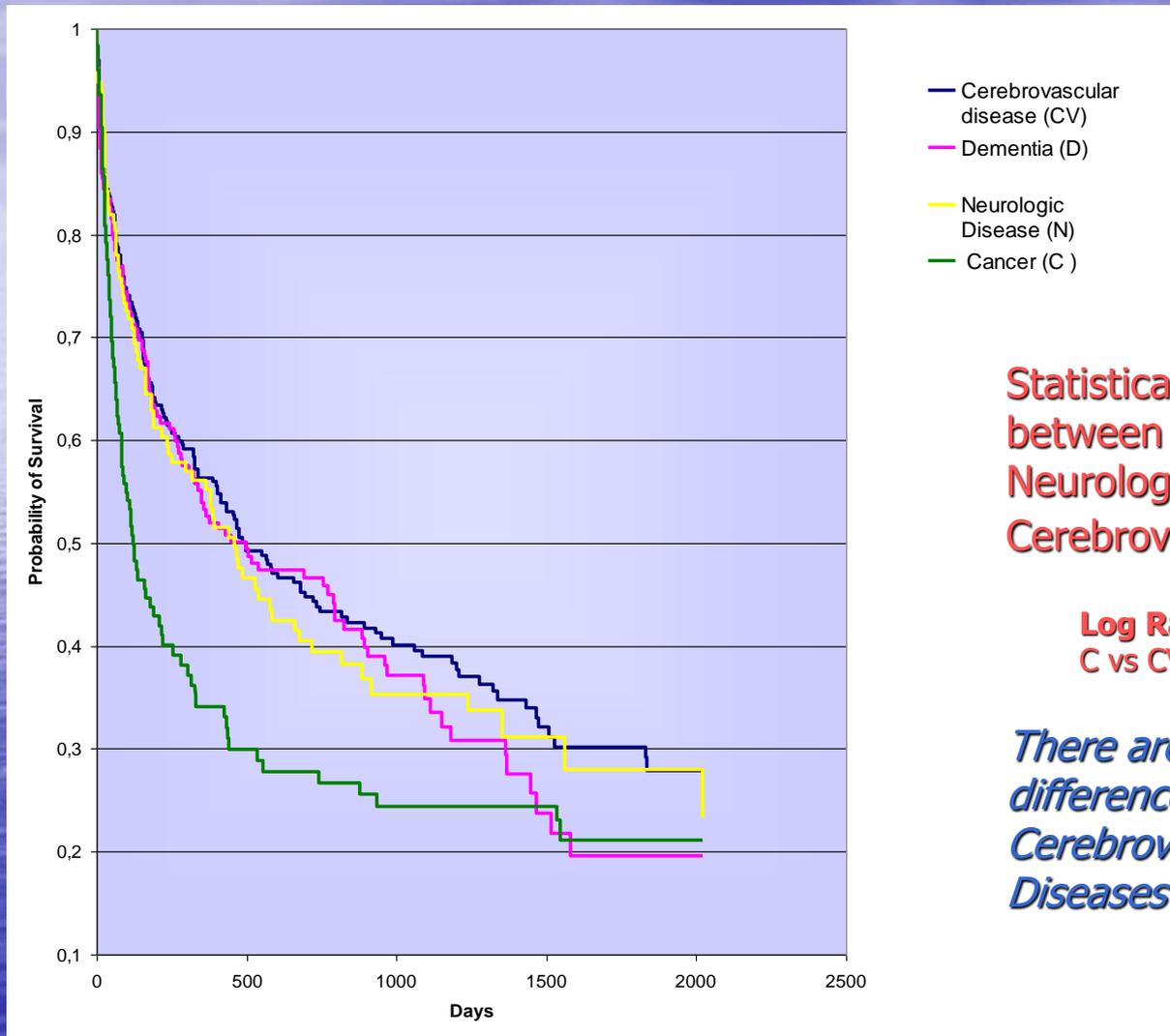
- Per una giornata di nutrizione enterale l'Area Vasta Centro spende attualmente ***meno di cinque euro***, comprensivi del prodotto nutrizionale e dei devices, cioè nutripompa (che viene fornita in comodato d'uso) e deflussore
- Un piano nutrizionale di supplementi nutrizionali orali ipercalorico-iperproteici costa intorno a ***due euro al giorno***; la spesa massima nel caso di ONS specifici per patologia supera raramente i 10 euro
- Il range di spesa per la ristorazione assistenziale ospedaliera su tre pasti giornalieri varia ***dai 13 ai 17 euro a giornata***
- Considerando che la NAD permette anche una dimissione precoce, sarà opportuno ricordare che ***una giornata di ricovero ospedaliero costa quanto 25 giorni di nutrizione enterale***

L' ATTESA DI VITA DEI PAZIENTI PORTATORI DI PEG

Disease (n. patients)	Survival (% patients)				
	3 months	6 months	12 months	24 months	36 months
Dementia	75	64	53	47	35
Cerebrovascula r Disease	76	65	56	44	39
Neurologic Disease	74	65	55	39	35
Cancer	57	44	34	28	24

Patients treated over January 2006 – January 2016

LE CURVE DI SOPRAVVIVENZA PER PATOLOGIA DEI PAZIENTI PORTATORI DI PEG



Statistically significant differences between Cancer and Dementia + Neurologic Disease + Cerebrovascular Disease.

Log Rank test:
C vs CV + D + N $p < ,005$

There are no statistically significant differences between Cerebrovascular, Neurological Diseases and Dementia.

Patients treated over January 2006 – January 2016

CONCLUSIONI

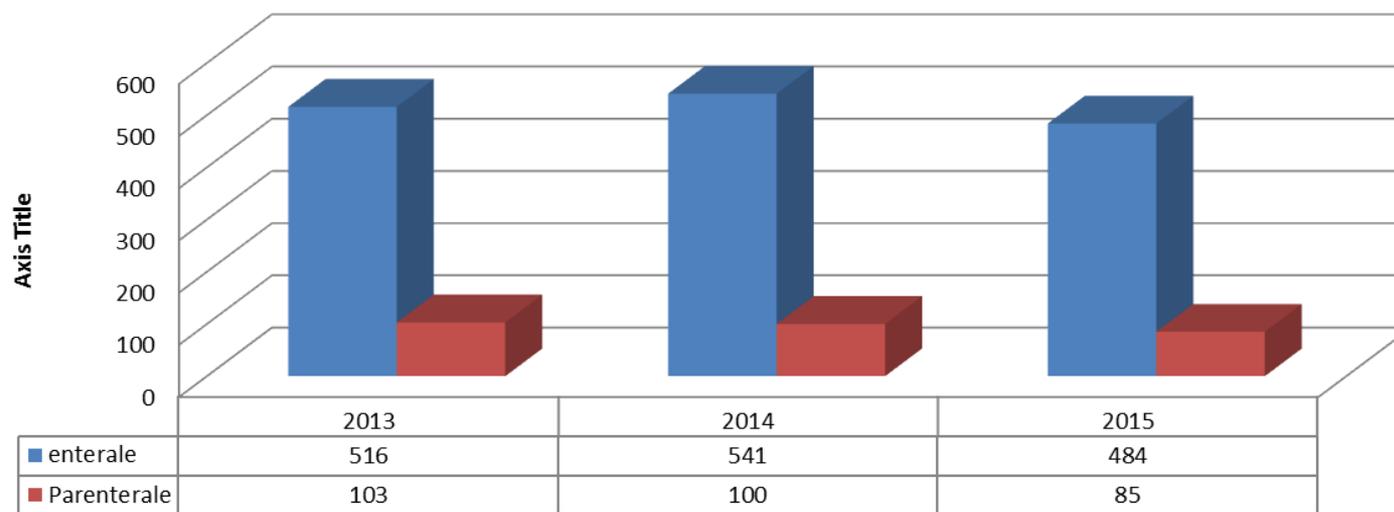
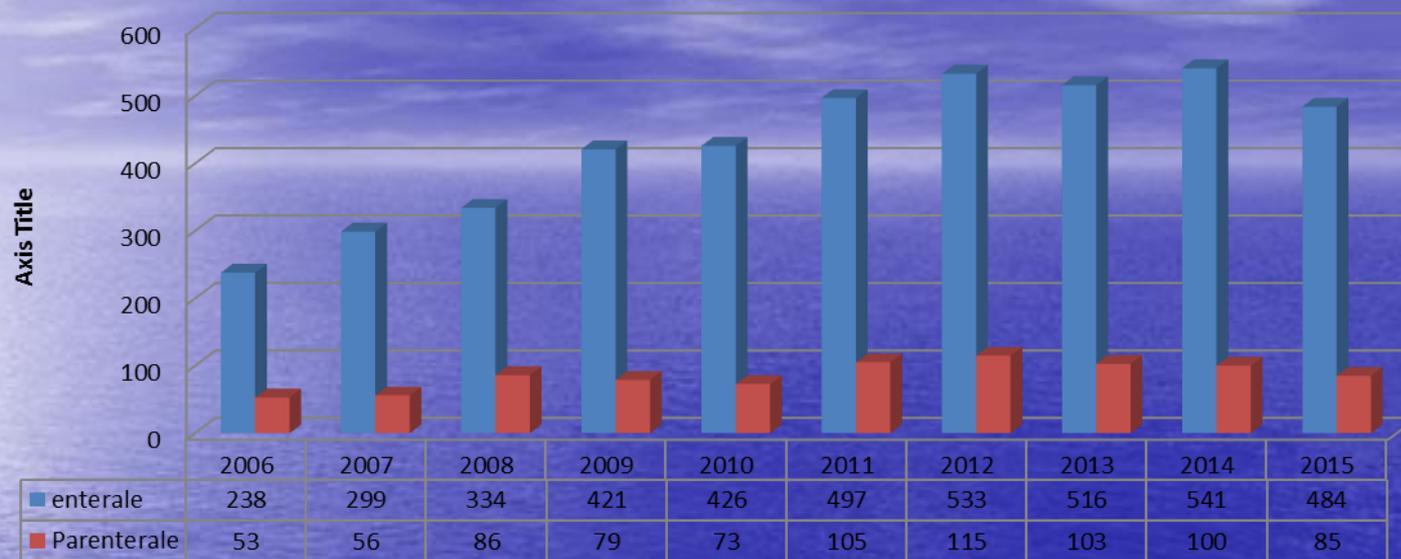
- La presa di coscienza da parte di coloro a cui competono le decisioni strategiche in sanità, l'informazione dell'opinione pubblica e la formazione della classe medica sulla malnutrizione, sulle sue conseguenze e sulle terapie disponibili sono urgenze non differibili sia dal punto di vista sanitario che etico
- In Ospedale una buona parte dei degenti presenta problematiche nutrizionali che devono essere identificate sottoponendo routinariamente tutti i pazienti a screening di rischio all'atto del ricovero
- La diagnosi e il trattamento della malnutrizione costituiscono atti clinici aventi pari dignità rispetto alla molteplicità di interventi diagnostici e terapeutici che ogni giorno vengono effettuati nei reparti

CONCLUSIONI

- La presa in carico del paziente con problematiche nutrizionali sarà costo-efficace e risponderà a requisiti di appropriatezza solo in presenza di PDTA che permettano di governare sia la fase ospedaliera che quella territoriale dell'assistenza e in presenza di una struttura organizzativa di Nutrizione Clinica che assicuri *l'unitarietà della gestione del paziente*
- Deve essere chiaro a tutti i livelli, decisionali e operativi, che non affrontare questo problema in maniera organica costituisce a tutti gli effetti **“cattiva pratica clinica”**, causa non solo di una ulteriore **“perdita di salute”** per moltissimi pazienti, ma anche di un **incremento evitabile dei costi sanitari**



LA NAD NELL' AZIENDA SANITARIA DI FIRENZE

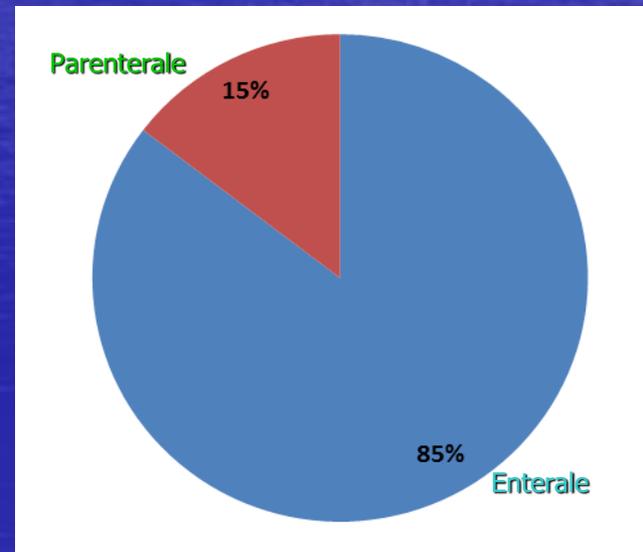


LA NAD NELL'AZIENDA SANITARIA DI FIRENZE: I DATI DI PREVALENZA

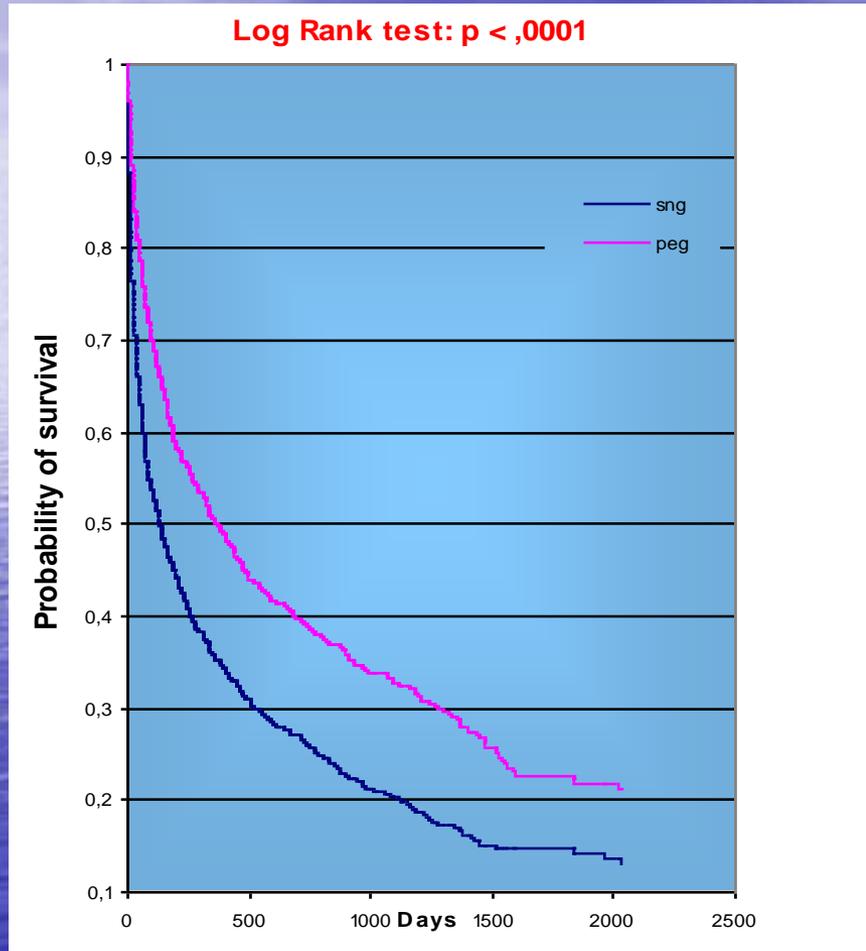
Totale: 427 pazienti

Nutrizioni Enterali: 363

Nutrizioni Parenterali: 64



L' ATTESA DI VITA DEI PAZIENTI IN NUTRIZIONE ENTERALE DOMICILIARE (SNG vs PEG)



Survival Time (mean)

SNG: 163.4 gg

$p < 0.05$

PEG : 279 gg

Patients treated over January 2006 – June 2013