

SURVEY NUTRIZIONALE

È stata svolta una SURVEY con lo scopo di indagare lo stato dell'arte nazionale circa la gestione della Nutrizione Artificiale in ambito ospedaliero. Sono stati inviati circa 150 questionari composti da 50 domande.

Il questionario è stato costruito da farmacisti ed è stato inviato a farmacisti, in modo tale che i risultati ottenuti potessero fornire una reale prospettiva del ruolo che il farmacista svolge attualmente in ambito Nutrizionale.

Il Farmacista Ospedaliero è una figura orientata efficacemente alla Farmacia Clinica (patologia e farmacoutilizzazione) e alla Pharmaceutical Care (presa in carico della terapia del malato, personalizzazione della terapia e allocazione delle risorse) già da tempo, ma si avverte sempre di più l'esigenza di un Farmacista di Reparto, a fianco del medico e al letto del paziente, come avviene in molte realtà a livello internazionale. Pertanto è stato reputato opportuno svolgere questa indagine, andando ad approfondire uno dei settori principali della Farmacia Ospedaliera: la Nutrizione.

Innanzitutto si è indagato a livello delle realtà territoriali, i questionari sono stati spediti su tutto il territorio nazionale; la distribuzione territoriale nazionale è stata rispettata, in quanto si è avuto riscontro da parte di tutte le regioni eccetto Molise e Trentino Alto Adige con prevalenza di responsi da parte di Sicilia (16%), Toscana (14%), Lombardia (14%), Piemonte (13%). Avendo ottenuto una buona distribuzione territoriale, i risultati si possono considerare significativi.

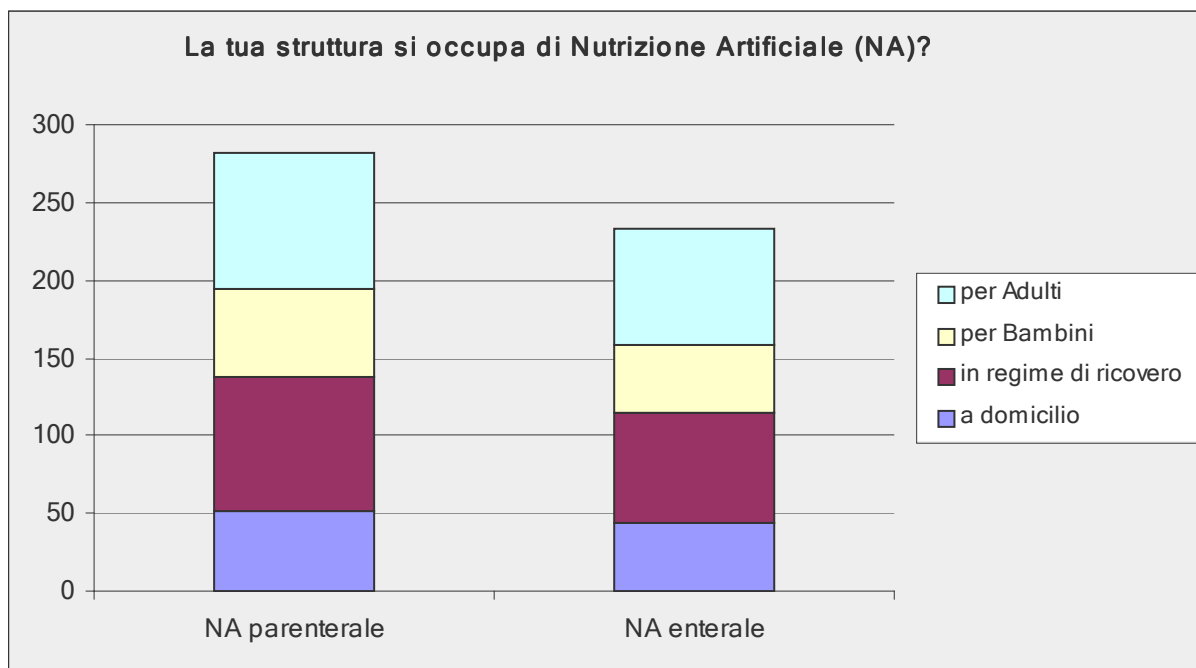
La maggior parte (76,8%) dei farmacisti che hanno risposto sono farmacisti strutturati, distribuiti tra Aziende Ospedaliere e ASL. Di media ci sono quattro farmacisti per struttura. Proprio in luce del ruolo in divenire di Farmacista di Dipartimento, è stato chiesto dove viene svolto il lavoro del Farmacista: il 20,4% esercita la propria professione in reparto, dato significativo in quanto questa realtà in Italia è sì presente, come dimostra questa indagine, ma non lo è in modo strutturato, quindi si tratta di figure professionali sperimentali rare, frutto di un'iniziativa individuale.

Il 26,1% svolge il proprio lavoro in Laboratorio occupandosi di Galenica, Nutrizione e Chemioterapia.

Il 53,5% invece dichiara di esercitare la propria professione né in Reparto né in Laboratorio, ma specifica di lavorare in Farmacia Territoriale, Farmacia di Dimissioni, Distribuzione Diretta, Magazzino Farmaceutico.

Nello specifico la Survey pone l'attenzione sull'esistenza di un servizio di Nutrizione Clinica o NAD a livello strutturale, facendo emergere un dato abbastanza significativo: solo il 45% offre questa prestazione (cui si aggiunge un 12% presente ma non formalizzato) e solo il 35,5% dei farmacisti ne fa parte.

È stato chiesto quindi se la struttura si occupa di Nutrizione Artificiale, specificando se si tratta di NA parenterale o enterale e se essa viene effettuata per Adulti o per Bambini, in regime di ricovero o a domicilio. Dando i seguenti risultati:



Si indaga circa il Come viene gestita la Nutrizione Artificiale, se esiste un Team Nutrizionale e quale è il ruolo del Farmacista: il 47,9% afferma che è presente un Team Nutrizionale strutturato e il 42,4% è parte di questo team. Lo Screening Nutrizionale viene effettuato da uno staff che non per forza fa parte del team nutrizionale, pertanto è utile sapere in che modo è formato e aggiornato lo staff che si occupa dello Screening Nutrizionale. Il 18,5% è formato per mezzo di workshop, il 15,7% utilizza testi accademici, il 9,3% si aggiorna per e-learning, mentre il dato preponderante indica che nel 63% dei casi si ha una formazione autogestita dai singoli componenti.

La Nutrizione Artificiale prevede una specifica gestione del paziente, si parte effettuando uno Screening Nutrizionale, sistema adottato dal 39,0% delle strutture, attività cui però il 60,2% dei farmacisti strutturati non partecipa.

Lo Screening Nutrizionale può prevedere diverse metodologie: 18,5% utilizza routinariamente il metodo MUST, il 13% il MNA, l'8,3% il NRS, il 25% il metodo locale, (il 18,5% utilizza altri metodi, il 25% non utilizza nessun metodo).

Lo Screening nutrizionale iniziale deve comprendere la valutazione del peso del paziente e le sue variazioni, l'altezza, la patologia di base e le patologie associate; dovrebbe essere effettuato di regola a tutti i pazienti ambulatoriali, al momento del ricovero in ospedale, nelle riabilitazioni, nelle case di riposo e a domicilio. Alla valutazione nutrizionale deve seguire la stesura di un programma nutrizionale e di monitoraggio.

Con questa Survey abbiamo voluto analizzare in modo specifico quale fosse il livello dello Screening nutrizionale svolto presso le strutture indagate. Per quanto riguarda l'indicazione sul peso emerge che solo il 42,6% dei pazienti viene pesato al momento dell'ospedalizzazione e il 34,3% viene pesato e registrato routinariamente, ma questo dato non può considerarsi realistico a tutti gli effetti in quanto il 36,1% di coloro che hanno risposto non lo sa.

Dopo aver effettuato lo Screening Nutrizionale le Linee guida prevedono una procedura operativa per quei pazienti a rischio di malnutrizione e/o sottopeso; dalla survey emerge che nel 39,8% dei casi esiste una procedura operativa, nel 13% no, e il 47,2% dei farmacisti intervistati non è a conoscenza.

Dopo avere identificato lo stato nutrizionale si procede per il calcolo dei fabbisogni nutrizionali che sono in stretta correlazione con il programma terapeutico (via di somministrazione e durata della NA). La determinazione qualitativa e quantitativa del supporto nutrizionale ha come punto di partenza l'identificazione dei fabbisogni del singolo soggetto in condizioni normali, e valuta le modificazioni necessarie per tenere conto delle particolari condizioni cliniche in grado di modificare la tolleranza ai vari substrati. Al fine di non incorrere in sovra-

sotto- stime, il calcolo dei fabbisogni deve riferirsi al peso reale del paziente, considerando il peso ideale solo nei casi che si discostano nettamente dalla normalità.

Una volta impostata la terapia si deve procedere con l'informazione nutrizionale del paziente a rischio, in quanto senza un'adeguata informazione del soggetto interessato è difficile ottenere un successo terapeutico. Solo nel 30,6% dei casi analizzati è prevista l'informazione nutrizionale, nel 22,2% qualche volta, nel 2,8% non è prevista e il 44,4% degli intervistati non lo sa.

Le miscele nutrizionali per uso parenterale possono essere allestite solo in un Servizio di Farmacia, come preparati galenici magistrali, in base ad una prescrizione medica destinata ad un determinato assistito ("personalizzate"); oppure reperite e fornite da un Servizio di Farmacia come preparazioni galeniche officinali (allestite presso un'officina industriale), su specifica formulazione medica, secondo la normativa vigente; o, infine, reperite e fornite da un Servizio di Farmacia come specialità medicinali.

I dati ottenuti dalla Survey ci indicano che l'86,1% utilizza sacche commerciali per l'80% dei casi, il 7,4% non le utilizza e il 6,5% non sa.

In alcune condizioni, nelle quali non è possibile affidarsi a miscele precostituite industriali, quali le patologie d'organo, le nutrizioni destinate ai neonati o ai pazienti particolarmente compromessi, che richiedono uno stretto monitoraggio ed una frequente variazione della miscela, diventa essenziale poter preparare delle miscele personalizzate in Farmacia.

Trattandosi di preparazioni galeniche magistrali vanno seguite delle regole di ordine farmaceutico se si vuole garantire un prodotto di miscelazione sicuro in nutrizione parenterale (NP), queste norme riguardano: - il comportamento e la qualificazione del personale, - il controllo dell'ambiente operativo, - la verifica dei prodotti impiegati, - le pratiche di miscelazione, - la confezione e l'etichetta, - la stabilità e la conservazione, - il controllo di qualità, - la documentazione.

La preparazione di una miscela per NP è di diretta responsabilità di un farmacista esperto e tutto il personale deve essere accreditato da corsi certificati.

Di media dalla survey emerge che nel laboratorio di nutrizione lavora un farmacista (1,17) e solo il 16,3% dei farmacisti si occupa dell'allestimento, contro l'83,7% che si occupa della validazione.

Le miscele per NP sono preparati obbligatoriamente sterili e pertanto devono soddisfare i requisiti di sterilità, poiché la sterilità è un processo garantito anche dalle condizioni strutturali ed ambientali, le preparazioni devono essere eseguite in locali appositi e classificati in funzione del rischio microbiologico e particellare.

La Survey investiga le varie realtà circa l'allestimento di sacche per la nutrizione parenterale: il 48,1% di esse predispone di un laboratorio centralizzato dedicato all'allestimento. Si evince comunque, che la produzione di sacche avviene in modi diversi: spesso non c'è un laboratorio galenico, alcune sacche vengono preparate all'interno dell'unità di Neonatologia, in altri casi presso Aziende Ospedaliere limitrofe dotate di laboratorio certificato, nei reparti di Anestesia e Rianimazione sotto cappa a flusso laminare, presso le Unità Operative, in alcune farmacie ospedaliere dell'Asl.

Le ipotesi di lavoro prevedono diverse procedure e devono essere adattate alle singole realtà operative. Per qualsiasi metodo va eseguita una convalida da parte di un farmacista esperto. Per preparare le sacche per NP ci si può avvalere di tre tecniche: - Manuale per gravità ("a caduta"); - Manuale assistita da aspirazione ("a vuoto"); - Automatizzata (uso di macchine riempitrici), la Survey mostra che per il 46,7% è operativa una macchina riempitrice. Le tecniche preparative si avvalgono nel 67,4% di procedure di allestimento (lavaggio, tecnica asettica) che si rifanno per il 79,7% alle NBP, per il 30,5% alle GMP e per il 5,1 ad altro (ad esempio Standard SIFO). Una volta predisposto il prodotto finito si deve provvedere ad una valutazione della stabilità e ai controlli qualità, i quali variano a seconda del metodo che si utilizza. Ad ogni modo esistono semplici controlli di qualità che dovrebbero essere effettuati in ogni circostanza: prove di tenuta, peso, presenza di precipitati visibili, aggregazione visibile di particelle lipidiche. Il 52,8% effettua procedure di controllo del prodotto finito, che per l'85,1% si rifanno alle NBP e per il 27,7% alle GMP.

Trattandosi di preparati obbligatoriamente sterili, è stato reputato significativo vedere se esistono delle procedure interne a garanzia della qualità del preparato (stabilità chimico/fisica)

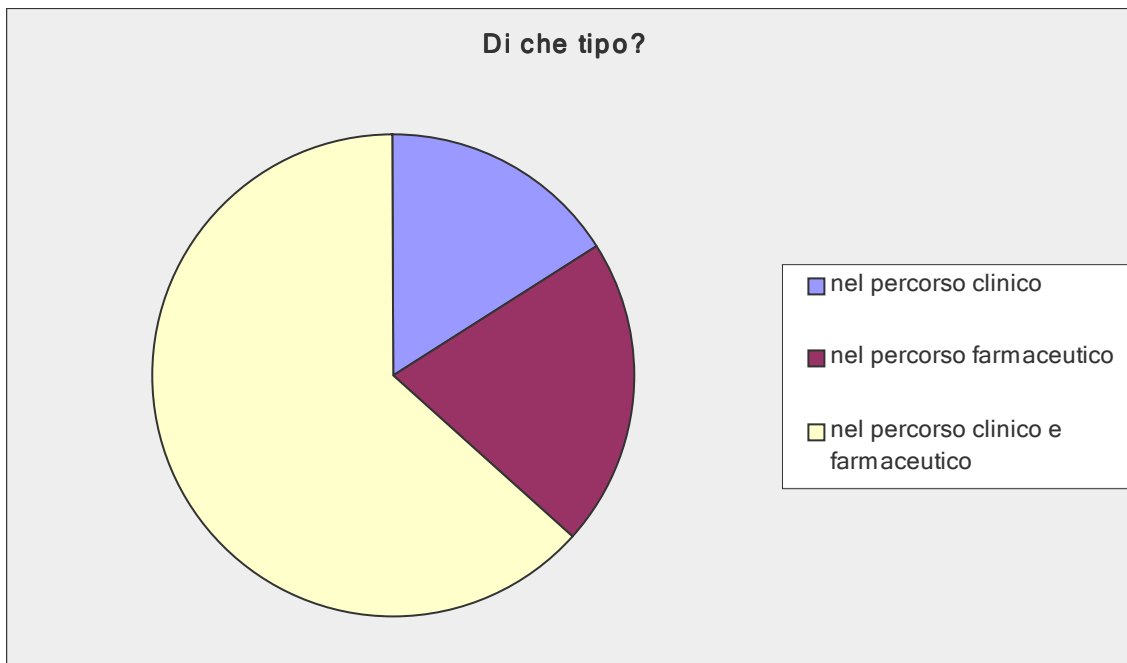
e della sua conservazione; nel 69,6% dei casi esistono delle procedure interne a garanzia di ciò.

A monte dell'allestimento di una sacca per nutrizione parenterale c'è la PRESCRIZIONE del medico, il quale solo nel 26,4% dei casi si avvale di un sistema informatizzato (Software interno dedicato, abamix, sistemi impostati dal neonatologo, software autocostruiti, fogli excel, areas). La firma del medico nella prescrizione nel 7,1% dei casi è elettronica, nell'11,8% si utilizza un codice di accesso, nel 16,5% da una conferma via fax e nel 64,7% dei casi si ha la firma manuale apposta sulla prescrizione che eventualmente viene inviata via fax. Il medico nel 59,8% dei casi è anche garante dell'appropriatezza della prescrizione nutrizionale, per il 41,4% è il farmacista ad essere garante, per il 23,0% è il team nutrizionale e per l'8% l'Unità Operativa di Nutrizione Clinica.

Per quanto riguarda invece l'idoneità e la correttezza dell'allestimento vediamo che è il farmacista il maggiore responsabile nonché garante (78,2%), seguito da un 9,2% di medici e 9,2% team nutrizionale e solo 3,4% di U.O. di Nutrizione Clinica.

Una volta definito il fabbisogno del paziente in NP, la scelta della formulazione va eseguita tenendo conto della composizione dei singoli preparati disponibili, commerciali o magistrali. È opportuno avvalersi di una scheda cartacea o elettronica di sviluppo o di un software dedicato che, partendo dalla esigenza formulata dal clinico, trasformi tale composizione teorica in volumi da prelevare per ciascun preparato. Nel 47,8% dei casi indagati si utilizza un software dedicato in grado anche di allertare l'operatore per quanto riguarda i limiti relativi ai componenti nella sacca (osmolarità, elettroliti) i quali per il 57,6% si rifanno a linee guida nazionali o internazionali.

Poiché è noto che sin dalla prescrizione è fondamentale una collaborazione tra medico e farmacista, la survey ha permesso di analizzare anche questo aspetto, facendo risaltare che per l'89,4% dei casi esiste una collaborazione tra medico e farmacista, prevalentemente nel percorso clinico e farmaceutico (63,2%).



Un altro dato significativo che emerge dalla Survey è che il 94,1% dei soggetti intervistati ha esternato necessità di ulteriori approfondimenti e aggiornamenti in questo campo, per il 52,5% in ambito tecnico-farmaceutico, per il 52,5% in ambito gestionale-organizzativo e per il 67,5% in ambito clinico. Inoltre il 97,4% degli intervistati ritiene che la propria Azienda debba occuparsi del problema relativo alla nutrizione.

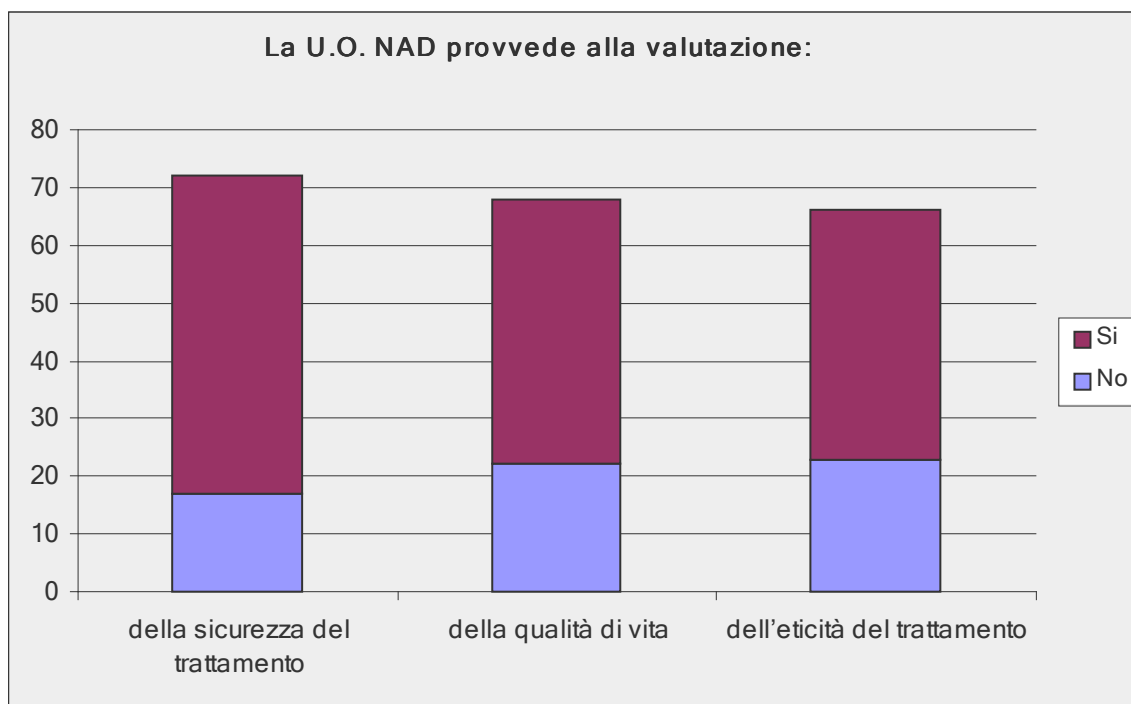
Ciò dimostra l'estrema attualità di questa tematica e l'esigenza di un progresso.

Altro argomento di attualità è quello che riguarda la Nutrizione Artificiale Domiciliare (U.O. NAD), dal 1992 con Delibera del Consiglio regionale è stata indetta in Lombardia una Commissione di studio incaricata di elaborare un progetto di assistenza sanitaria mediante nutrizione artificiale domiciliare. La Survey si è posta anche questo obiettivo, con la volontà di indagare a livello territoriale la presenza di un gruppo referente NAD: nel 44,7% delle realtà locali esiste un gruppo referente, nel 31,6% non esiste, il 22,4% non lo sa.

Nell'ambito della U.O. NAD la figura professionale preposta all'addestramento del paziente è: per il 40,8% il medico, per il 51,3% l'infermiere, per il 3,9% il farmacista.

La U.O. NAD provvede alla gestione di tutte le fasi del trattamento ed utilizza protocolli clinici ed organizzativi per la fase di avvio del protocollo nutrizionale in 58 casi su 72, per la fase di cura e monitoraggio clinico in 47 casi su 70.

La U.O. NAD provvede alla valutazione della sicurezza del trattamento, della qualità della vita e dell'eticità del trattamento secondo questa distribuzione:



Inoltre è stato possibile verificare se la U.O. NAD valuti o preveda nel corso del trattamento degli indicatori di efficacia e sicurezza quali: la misurazione delle complicanze, la misurazione dei principali parametri nutrizionali e questionari per valutare la qualità della vita e l'efficacia.

