

Regione Umbria

Giunta Regionale

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

N. 914 DEL 21/07/2014

OGGETTO: Linee di indirizzo per la gestione della malnutrizione

		PRESENZE
Marini Catuscia	Presidente della Giunta	Presente
Casciari Carla	Vice Presidente della Giunta	Presente
Bracco Fabrizio Felice	Componente della Giunta	Presente
Cecchini Fernanda	Componente della Giunta	Assente
Paparelli Fabio	Componente della Giunta	Assente
Riommi Vincenzo	Componente della Giunta	Presente
Rometti Silvano	Componente della Giunta	Assente
Vinti Stefano	Componente della Giunta	Presente

Presidente: Catuscia Marini

Segretario Verbalizzante: Catia Bertinelli

Efficace dal 23/07/2014

Il funzionario: FIRMATO

LA GIUNTA REGIONALE

Visto il documento istruttorio concernente l'argomento in oggetto e la conseguente proposta dell'Assessore alla Sanità

Preso atto:

- a) del parere favorevole di regolarità tecnica e amministrativa reso dal Responsabile del procedimento
- b) del parere favorevole sotto il profilo della legittimità espresso dal Dirigente competente
- c) della dichiarazione del Dirigente medesimo che l'atto non comporta oneri a carico del Bilancio regionale
- d) del parere favorevole del Direttore in merito alla coerenza dell'atto proposto con gli indirizzi e gli obiettivi assegnati alla Direzione stessa

Visto il PSR 2003-2005

Visto il PSR 2559-2011

Vista la DGR 1370 del 24 Settembre 2003 "Linee di indirizzo relative ai progetti del PSR 2003-2005: sangue, trapianti, diabete, salute immigrati e nutrizione artificiale", nella quale si prevedeva il modello organizzativo regionale

Vista la legge regionale del 1° Febbraio 2005, n. 2, e la normativa attuativa della stessa

Visto il Regolamento interno di questa Giunta

A voti unanimi espressi nei modi di legge,

DELIBERA

- 1) di fare proprio il documento istruttorio e la conseguente proposta dell'Assessore, corredati dei pareri e del visto prescritti dal Regolamento interno della Giunta, nonché dell'Allegato, che si allegano alla presente deliberazione, come parte integrante e sostanziale, rinviando alle motivazioni in essi contenute;
- 2) di approvare l'Allegato "Nutrizione Artificiale - Linee di indirizzo per la gestione della malnutrizione";
- 3) di notificare il presente atto ai Direttori Generali delle Aziende sanitarie regionali, per il tramite di competenza.

IL SEGRETARIO VERBALIZZANTE

f.to Catia Bertinelli

IL PRESIDENTE

f.to Catuscia Marini

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

Oggetto: Linee di indirizzo per la gestione della malnutrizione

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

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

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

La deliberazione della Giunta Regionale n. 1370, sopra richiamata, poneva già le basi di un modello articolato che prevedeva la presa in carico globale e continua dei pazienti, a oggi però applicata solo su una parte del territorio.

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

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

Le presenti linee di indirizzo per la gestione della malnutrizione, allegate, presentano alcuni aspetti rilevanti come la previsione dello *Screening Nutrizionale* (SN), che permette l'individuazione precoce del rischio nutrizionale del paziente da effettuarsi sia al momento del ricovero sia a domicilio. Inoltre, si prevede l'utilizzo omogeneo nel territorio e nelle aziende ospedaliere di due unici *test* (MUST o MNA) molto semplici e facili da somministrare. Negli ospedali lo SN deve essere somministrato a tutti i pazienti entro le 48 ore successive al ricovero. Ovviamente, il risultato del *test* è parte della cartella clinica del paziente.

Altro aspetto qualificante, che ha l'obiettivo anche di poter calmierare la spesa farmaceutica, è relativo all'attività dei MMG/PLS, i quali possono effettuare lo SN ma non possono prescrivere prodotti o presidi (attualmente, sul territorio, solo una realtà lascia prescrivere prodotti e presidi ai MMG/PLS; tale territorio ha un'alta spesa farmaceutica). Gli stessi, assieme al nutrizionista territoriale e al Centro di Salute, programmeranno tutti gli interventi necessari per la stesura del "Piano terapeutico nutrizionale".

Gli esperti del gruppo regionale estensori delle linee di indirizzo di nomina aziendale (farmacisti, nutrizionisti, aziende ospedaliere e territoriali, MMG, direttori di distretto) convergono, così come concordano SIFO e SINPE, sul fatto che le sacche preconfezionate industrialmente e con regolare AIC sono in grado di ricoprire ben oltre il 90% delle richieste dei pazienti clinicamente stabili. Nel territorio, addirittura il 100% delle richieste. Tali sacche hanno un costo ridotto rispetto a quelle invece di preparazione galenica. Infatti, SINPE, a titolo di confronto, riporta che le sacche *standard* per la nutrizione parenterale costano dai 30 ai 60 euro, mentre sale fino a 120 euro il costo per le sacche personalizzate.

Altro punto qualificante delle linee di indirizzo deriva dal riferimento al **Prontuario Unico regionale sia per la nutrizione enterale che per la nutrizione parenterale** e, grazie a questo, dall'uniformare su tutto il territorio regionale il trattamento del paziente.

Di seguito si riportano gli obiettivi da raggiungere nel biennio

- Ridurre la prevalenza e la gravità della malnutrizione.
- Migliorare la qualità di vita, soprattutto in quei soggetti dichiarati fragili e /o portatori di patologie che inducono uno stato di malnutrizione.
- Abbassare la spesa farmaceutica per prodotti e presidi.
- Garantire il superamento delle disomogeneità territoriali nell'erogazione delle prestazioni sanitarie.

- Ridurre le complicitanze e le giornate di degenza.
- Garantire l'applicazione di un sistema omogeneo per la gestione della nutrizione artificiale.
- Promuovere l'integrazione, l'interazione, la cooperazione e la collaborazione dei professionisti coinvolti, in particolare i MMG e i PdL, anche attraverso la costituzione di gruppi multidisciplinari.
- Promuovere programmi di ricerca scientifica e di studio di interesse multidisciplinare.
- Promuovere piani formativi integrati per la formazione, l'aggiornamento e la riqualificazione delle varie figure professionali, inclusi anche i MMG/PLS, nonché per la ricerca e per la sperimentazione clinica.
- Garantire, attraverso l'individuazione di adeguati sistemi di indicatori, il monitoraggio dell'offerta dei servizi, la verifica continua dell'appropriatezza delle prestazioni erogate e il livello di efficienza dei servizi.

Perugia, lì 04/06/2014

L'istruttore
Kathryn Mary Mahan
FIRMATO

PARERE DI REGOLARITÀ TECNICA E AMMINISTRATIVA

Ai sensi del vigente Regolamento interno della Giunta: si esprime parere favorevole in ordine alla regolarità tecnica e amministrativa del procedimento e si trasmette al Dirigente per le determinazioni di competenza.

Perugia, lì 09/07/2014

Il Responsabile del procedimento
Michaela Chiodini
FIRMATO

PARERE DI LEGITTIMITÀ

Ai sensi del vigente Regolamento interno della Giunta

Visto il documento istruttorio

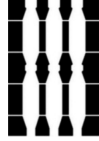
Atteso che sull'atto è stato espresso

- il parere favorevole in ordine alla regolarità tecnica e amministrativa reso dal Responsabile del procedimento

Si esprime parere favorevole in merito alla legittimità dell'atto
e si dichiara che l'atto non comporta oneri a carico del Bilancio regionale.

Perugia lì 18/07/2014

Il dirigente di Servizio
Gianni Giovannini
FIRMATO



Regione Umbria

Giunta Regionale

DIREZIONE REGIONALE SALUTE, COESIONE SOCIALE

OGGETTO: Linee di indirizzo per la gestione della malnutrizione

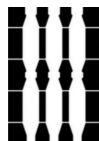
PARERE DEL DIRETTORE

Il Direttore, ai sensi e per gli effetti degli articoli 6, l.r. n. 2/2005, e 13 del Regolamento approvato con Deliberazione di G.R., 25 Gennaio 2006, n. 108:

- riscontrati i prescritti pareri del vigente Regolamento interno della Giunta
 - verificata la coerenza dell'atto proposto con gli indirizzi e gli obiettivi assegnati alla Direzione
- esprime parere favorevole alla sua approvazione.

Perugia, li 18/07/2014

IL DIRETTORE
EMILIO DUCA
FIRMATO



Regione Umbria

Giunta Regionale

Assessorato regionale “Programmazione strategica generale, controllo strategico e coordinamento delle Politiche Comunitarie. Rapporti con il Governo e con le Istituzioni dell’UE. Intese Istituzionali di programma e accordi di programma quadro. Riforme Istituzionali e coordinamento delle politiche del federalismo. Coordinamento delle politiche per l’Innovazione, la *Green Economy* e l’Internazionalizzazione. Coordinamento per gli interventi per la sicurezza dei cittadini. Rapporti con le Università e i Centri di Ricerca. Agenzie regionali. Relazioni internazionali, cooperazione allo sviluppo, politiche per la pace. Politiche di parità di genere e antidiscriminazione. Protezione civile, programmi di ricostruzione e sviluppo delle aree colpite dagli eventi sismici. Programmazione e organizzazione delle risorse finanziarie. Affari istituzionali e semplificazione della P.A. Tutela della salute. Programmazione e organizzazione sanitaria, ivi comprese gestione e valorizzazione del patrimonio sanitario, sicurezza dei luoghi di lavoro e sicurezza alimentare”

OGGETTO: Linee di indirizzo per la gestione della malnutrizione

PROPOSTA ASSESSORE

L’Assessore, ai sensi del vigente Regolamento della Giunta Regionale,

propone

alla Giunta Regionale l’adozione del presente atto

Perugia, lì 21/07/2014

Presidente Catuscia Marini
FIRMATO

Si dichiara il presente atto urgente

Perugia, lì 21/07/2014

Presidente Catuscia Marini
FIRMATO

Linee di indirizzo per la gestione della malnutrizione

Bisogni di salute

Una corretta alimentazione è un fattore fondamentale per un buono stato di salute; la Nutrizione Clinica deve, dunque, essere inserita a pieno titolo nei percorsi di diagnosi e cura, sia del paziente ospedalizzato che del paziente ambulatoriale. Come documentato da numerosi dati scientifici, l'alimentazione e la nutrizione svolgono un ruolo fondamentale nell'ambito della terapia e della prevenzione di numerose patologie.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Obiettivi da raggiungere:

- ridurre la prevalenza e la gravità della malnutrizione;
- migliorare la qualità di vita soprattutto in quei soggetti dichiarati fragili e/o portatori di patologie che inducono uno stato di malnutrizione;
- abbassare la spesa farmaceutica su prodotti e presidi per la nutrizione;
- garantire il superamento delle disomogeneità territoriali nell'erogazione delle prestazioni sanitarie;
- ridurre le complicanze e le giornate di degenza;
- garantire l'applicazione di un sistema omogeneo per la gestione della nutrizione artificiale;

- promuovere l'integrazione, l'interazione, la cooperazione e la collaborazione dei professionisti coinvolti, in particolare i MMG e i PdL, anche attraverso la costituzione di gruppi multidisciplinari;
- promuovere programmi di ricerca scientifica e di studio di interesse multidisciplinare;
- promuovere piani formativi integrati per la formazione, l'aggiornamento e la riqualificazione delle varie figure professionali, inclusi anche i MMG/PLS, nonché per la ricerca e per la sperimentazione clinica;
- garantire, attraverso l'individuazione di adeguati sistemi di indicatori, il monitoraggio dell'offerta dei servizi, la verifica continua dell'appropriatezza delle prestazioni erogate e il livello di efficienza dei servizi.

Definizione della Dietetica e Nutrizione Clinica

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

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

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

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

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

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

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

- riduzione dell'apporto orale di nutrienti (anoressia, vomito, dolore, ostruzioni gastro intestinali, ecc.);
- perdita di nutrienti (malassorbimento, diarrea, emorragia, fistole digestive, drenaggi, ecc.);
- aumentati fabbisogni (sepsi, ustioni, traumi, neoplasie, interventi chirurgici, malattie infiammatorie),
- alterata utilizzazione dei nutrienti (neoplasie, AIDS, sepsi, insufficienza renale ed epatica);

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

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

Valutazione

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

Da ciò si evince che acquista particolare importanza l'effettuazione dello **Screening Nutrizionale (SN)** che permetta la valutazione precoce del rischio nutrizionale del paziente e da effettuarsi sia al momento del ricovero sia a domicilio, laddove le condizioni cliniche del paziente comportino una compromissione dello stato di nutrizione.

I test di SN impiegabili sia per i pazienti ospedalizzati che per i pazienti a domicilio si basano tutti sull'uso di tre aspetti, la storia del paziente (perdita di peso nel tempo, valutazione dell'appetito, presenza di nausea, cibo introdotto), le misurazioni (peso, altezza, BMI) e la presenza di una patologia acuta. Si possono utilizzare i test MUST o MNA più semplici da utilizzare. La prima valutazione del rischio nutrizionale deve costituire la prassi ed essere effettuata tempestivamente da personale appositamente identificato in ciascuna struttura sanitaria.

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

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

Nutrizione artificiale

Per quelle patologie che inibiscono completamente o in parte l'alimentazione spontanea e nella nutrizione sostitutiva nell'insufficienza cronica di funzione o d'organo; le modalità di intervento sono rappresentate dall'alimentazione orale assistita che utilizza specifiche variazioni della composizione e della consistenza dei pasti e la fornitura di integrazioni dietetiche specificamente formulate e dalla nutrizione artificiale enterale e parenterale.

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

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

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

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

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

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

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

- è un trattamento medico
- non è una misura di ordinaria assistenza;
- non è una terapia eziologica né sintomatica;
- non è una terapia palliativa.

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

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

La NA costituisce, quindi, un **elemento terapeutico "centrale"** in un'ampia gamma di situazioni patologiche, che va

garantito da parte del SSN con il più appropriato *standard* di qualità clinica e organizzativa nelle seguenti situazioni cliniche:

1. Gravi turbe della deglutizione (disfagia) da cause neurologiche (malattie cerebrovascolari, malattia di Alzheimer, SLA, sclerosi multipla)
2. SIC anatomico (chirurgia) o funzionale (MICI, insufficienza intestinale funzionale da raggi) che rende impossibile l'assorbimento dei nutrienti
3. Fistole enteriche
4. Neoplasie del capo e del collo con grave ostacolo al transito degli alimenti in pazienti con lunga aspettativa di vita e/o sensibilità a chemio e a radioterapia
5. Altre neoplasie che richiedono NA ove si riconoscano le condizioni di cui al punto precedente
6. Anoressia nervosa o da documentata causa organica
7. Ostruzioni o pseudo ostruzioni intestinali da cause benigne
8. Pazienti con AIDS conclamato

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

Modello organizzativo

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

Le articolazioni organizzative si esplicitano in:

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

Area Ospedaliera (sia presidi ospedalieri territoriali che aziende ospedaliere)

Ogni presidio ospedaliero deve avere un'*equipe* multiprofessionale anche non esclusivamente dedicata, formata da medico esperto in nutrizione clinica e nutrizione artificiale, infermiere e dietista integrato con altre eventuali figure specialistiche. Nelle due aziende ospedaliere, oltre alla presenza di un'*equipe* dedicata, deve essere strutturato un Servizio specifico di dietetica e Nutrizione Clinica che possa essere in grado di prendere in carico pazienti degenti altamente complessi. Le figure professionali fondamentali di tali servizi sono i medici Specialisti in Scienza dell'alimentazione, i dietisti e gli infermieri.

Le funzioni sono quelle elencate nella Tabella sopra indicata.

È vincolante per le aziende formalizzare la costituzione dei servizi di dietetica e Nutrizione Clinica ospedalieri con le relative funzioni e il personale presente.

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

Valutazione

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

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

Organizzativi:

- tempistica di presa in carico del paziente con necessità di NA da altri reparti o dal territorio (attesa per una visita ambulatoriale o per una consulenza interna, 2 gg.)
- tempistica di esecuzione di accessi nutrizionali (PEG, digiunostomia, CVC, PICC)
- adeguata modulistica per attivazione del Servizio o del *Team* o per procedure interventistiche
- tempistica di contatto con referente territoriale per dimissione protetta (24 ore)
- tempi di attesa per visite ambulatoriali di monitoraggio o controllo
- degenza media per posizionamento PEG e digiunostomia
- degenza media per posizionamento CVC o PICC.

Clinici:

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

Di performance:

- presenza di protocolli e procedure aziendali ufficiali per lo *screening* nutrizionale
- evidenza che protocolli e procedure siano ben noti ai membri del *Team*
- evidenza di applicazione degli stessi (documentazione in cartella clinica, stesura di cartella nutrizionale o altre modalità di registrazione dei dati).

Area territoriale

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

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

Le funzioni e le attività vengono descritte nella Tabella sopra indicata.

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

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

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

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

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

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

Percorso assistenziale

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

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

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

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

- richiesta ed effettuazione di esami ematochimici domiciliari in assenza di referti recenti
- formulazione del Piano Terapeutico Nutrizionale (supplementazione mediante cibi naturali o supporto nutrizionale e valutazione e monitoraggio circa la necessità di ricorso a tecniche di supporto nutrizionale più invasive come la nutrizione enterale o parenterale)
- in caso di mancato raggiungimento dell'obiettivo nutrizionale per via orale, organizzazione e realizzazione, insieme agli specialisti ospedalieri, dell'accesso nutrizionale più appropriato
- inoltro dell'eventuale prescrizione del nutrizionista al Servizio Farmaceutico della ASL di riferimento per l'approvvigionamento necessario di prodotti e presidi, la prescrivibilità dei quali sarà legata da una parte alla risposta clinica e dall'altra alla *compliance* del paziente rispetto al loro utilizzo
- rivalutazione domiciliare dello stato nutrizionale ogni volta che sia necessario modificare qualitativamente e/o quantitativamente la prescrizione in base allo stato clinico-laboratoristico
- nel caso della NE il medico nutrizionista rivaluta il paziente ogni 3/4 mesi, rinnovando/aggiornando la prescrizione per il ritiro presso i magazzini farmaceutici, che erogano con cadenza di 15/30 gg. i prodotti
- nel caso della NP, la valutazione con esami ematochimici si effettua ogni 10/20 gg. o secondo necessità. Il piano terapeutico può avere durata massima di 2 mesi.

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

La dimissione ospedaliera di un paziente in NA è da considerare sempre una **dimissione protetta**, per cui è necessaria la segnalazione in tempi congrui da parte del Reparto ospedaliero dimettente al Centro di Salute di riferimento/MMG/PLS del

paziente, tale da permettere la valutazione multidimensionale e l'elaborazione del Programma assistenziale individuale. Il percorso di dimissione protetta è specificato nel PSR in vigore.

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

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

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

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

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

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

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

Allegato A - Condizione Clinica Richiedente Nutrizione Artificiale in Base al Prontuario Regionale Enterale

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

Insufficienza Pancreatica	<i>Mct Oil Module</i> <i>Nutrison Advanced Peptisorb</i> <i>Alitraq</i>	<i>Nutricia Italia spa</i> <i>Nutricia Italia spa</i> <i>Abbott</i>	- Olio costituito da acidi grassi a catena media - Dieta semielementare normocalorica, ipolipidica, liquida, per sonda - Dieta elementare normocalorica ipolipidica in polvere, arricchita con arginina e glutammina, per sonda
Insufficienza intestinale	<i>Nutrison Advanced Peptisorb</i> <i>Jevity Plus</i> <i>Novasource G I Control</i>	<i>Nutricia Italia spa</i> <i>Abbott</i> <i>Nestlé spa</i>	- Dieta semielementare normocalorica, ipolipidica, liquida, per sonda - Dieta a contenuto calorico e proteico aumentato, con fibre solubili, insolubili e prebiotiche, per sonda - Dieta liquida normocalorica per sonda con fibra solubile
Sindrome da Intestino Corto	<i>Elemental 028 Extra</i> <i>Alitraq</i>	<i>Nutricia Italia spa</i> <i>Abbott</i>	- Dieta elementare liquida completa per via orale moderatamente ipocalorica - Dieta elementare normocalorica ipolipidica in polvere arricchita con arginina e glutammina, per sonda
Malassorbimento	<i>Elemental 028 Extra</i> <i>Nutrison Advanced Peptisorb</i>	<i>Nutricia Italia spa</i> <i>Nutricia Italia spa</i>	- Dieta elementare liquida completa per via orale moderatamente ipocalorica - Dieta semielementare normocalorica, ipolipidica, liquida, per sonda
Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali	<i>Modulen</i> <i>Nutrison Advanced Peptisorb</i>	<i>Nestlé spa</i> <i>Nutricia Italia spa</i>	- Alimento proteico in polvere ricco di TGF-B2, per la terapia di malattie infiammatorie croniche intestinali (MICI) - Dieta semielementare normocalorica, ipolipidica, liquida, per sonda
Ridotta Tolleranza Glucidica e Diabete	<i>Glucerna Sr</i> <i>Nutricomp Standard Fibra</i> <i>Novasource Diabetes</i>	<i>Abbott</i> <i>B. Braun Milano spa</i> <i>Nestlé spa</i>	- Dieta liquida per diabetici, per via orale - Dieta liquida per pazienti diabetici, per sonda - Dieta liquida per pazienti diabetici, per sonda
Aumentato Fabbisogno Calorico	<i>Isosurce Energy</i> <i>Nutridrink</i> <i>Maltodex Up (Novamedisan)</i>	<i>Nestlé spa</i> <i>Nutricia Italia spa</i>	- Dieta liquida ipercalorica per sonda - Dieta liquida ipercalorica per via orale - Moduli ipercalorici in polvere solubile a base di maltodestrine
Aumentato Fabbisogno Proteico	<i>Prosure</i> <i>Abound</i> <i>Fortimel</i> <i>Isosource Protein</i> <i>Resource Istant Protein</i> <i>Resource Rapair</i> <i>Nutrison Advanced Cubison</i>	<i>Abbott</i> <i>Abbott</i> <i>Nutricia Italia spa</i> <i>Nestlé spa</i> <i>Nestlé spa</i> <i>Nestlé spa</i> <i>Nutricia Italia spa</i>	- Formula ipercalorica e iperproteica con antiossidanti per pazienti oncologici con EPA per via orale - Miscela di aminoacidi (glutammina e arginina) in polvere per sonda e per via orale per pazienti ipercatabolici e immunodepressi - Dieta liquida iperproteica normocalorica per via orale - Dieta liquida ipercalorica e iperproteica per sonda - Modulo iperproteico in polvere - Supplemento liquido e iperproteico arricchito in arginina e oligoelementi antiossidanti per via orale, per pazienti affetti da lesioni da decubito - Formula iperproteica arricchita in arginina

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

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

Allegato B - Percorso nutrizionale assistenziale in ambito ospedaliero

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

L'offerta di Servizi di Dietetica e Nutrizione Clinica in Umbria è rappresentata solo dal Servizio di dietetica dell'Azienda ospedaliera di Terni. Risulta quindi importante prevedere un'unità anche presso l'Azienda ospedaliera di Perugia.

Tappe del percorso

Screening - Valutazione nutrizionale - Monitoraggio e valutazione di outcome - Comunicazione - Audit

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

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

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

Malnutrition Universal Screening Tool (MUST)

Nutritional Risk Screening (NRS)

Subjective Global Assessment (SGA)

Mini Nutritional Assessment (MNA) nell'anziano

L'identificazione di soggetti a rischio di malnutrizione dovrebbe essere seguita dalla segnalazione all'U.O. di Dietetica e Nutrizione clinica, che, a sua volta, predisporrà il tipo di intervento nutrizionale: coloro che secondo lo *screening* risultano a rischio di malnutrizione, infatti, devono essere sottoposti a un'ulteriore e più approfondita valutazione dello stato nutrizionale

e, ove necessario, devono essere trattati con la terapia nutrizionale più opportuna. Pertanto, lo *screening* nutrizionale, insieme alla valutazione dello stato di nutrizione, rappresenta la base su cui impostare e gestire l'intervento nutrizionale.

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

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

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

La nutrizione Enterale è preferita per:

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

Indicazioni alla Nutrizione Artificiale S.I.N.P.E./ESPEN 2012

Stato nutrizionale normale ma:

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

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

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

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

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

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

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

Attività in regime di Degenza ordinaria e DH	Descrizione delle modalità operative e di controllo	Operatore/Responsabile	Documenti
Screening nutrizionale	Raccolta dati necessari	Personale sanitario del reparto di degenza	Screening
Richiesta di consulenza al Team Nutrizionale o U.O. Dietetica	Compilazione richiesta (comunicazione telefonica, via mail, fax o posta interna)	Medico di U.O.	Modulo di richiesta consulenza
Individuazione del soggetto con Malnutrizione Calorico-Proteica o a rischio di MPE	Valutazione clinica: - anamnesi mirata per calo ponderale involontario - E.O. comprendente misurazione del peso corporeo - Valutazione esami comprendente elettroliti e pre-albumina - Valutazione del grado di catabolismo legato alla patologia - Previsione di digiuno protratto	Professionale Dietista Medico di U.O. Medico del Team	Cartella clinica Scheda nutrizionale
Consulenza per i soggetti ricoverati (degenze ordinarie e DH)	Valutazione stato nutrizionale e registrazione in cartella clinica e/o relazione al curante	Medico e/o Dietista del Team	Diario clinico o relazione al Medico curante
	Richiesta esami	Medico di U.O. Medico del Team	Richieste per laboratorio anche per monitoraggio
	Compilazione scheda nutrizionale	Medico e/o Dietista del Team	Scheda nutrizionale
	Verifica di indicazione a NA e scelta della via di accesso e tipo di miscela	Medico di U.O. Medico del Team	
	Ottenimento del consenso informato	Personale sanitario del reparto di degenza	Diario clinico
	Prescrizione nutrizione artificiale enterale	Medico di U.O. Medico del Team Farmacista	
	Prescrizione nutrizione artificiale parenterale <i>standard</i> o personalizzata:	Medico di U.O. Medico del Team Farmacista	
	Valutazione efficacia e tolleranza del trattamento nutrizionale ed eventuale revisione	Medico e/o Dietista del Team	
Passaggio continuità assistenziale (ospedale e territorio)	Prosecuzione terapia nutrizionale artificiale domiciliare	Medico nutrizionista del territorio	
	Monitoraggio clinico	Team nutrizionale del territorio e MMG/PLS	