



Regione Lombardia

DECRETO N. 14274

Del 25/10/2021

Identificativo Atto n. 740

DIREZIONE GENERALE WELFARE

Oggetto

DETERMINAZIONI IN MERITO ALLA NUTRIZIONE ARTIFICIALE DOMICILIARE (NAD) –
APPROVAZIONE DEL DOCUMENTO DI PERCORSO ASSISTENZIALE CONDIVISO.

L'atto si compone di _____ pagine

di cui _____ pagine di allegati

parte integrante



Regione Lombardia

IL DIRIGENTE DELLA UO POLO OSPEDALIERO

PREMESSO che la Nutrizione Artificiale Domiciliare (NAD), rappresenta l'insieme delle modalità organizzative della nutrizione artificiale condotta a domicilio del paziente, quando consentito dal suo stato clinico e dalla sussistenza di condizioni socio-familiari tali da assicurare sicurezza ed efficacia del trattamento al di fuori dell'ambiente ospedaliero;

DATO ATTO che la NAD oltre a rappresentare una terapia che determina per il malato un miglioramento della qualità della vita, realizza un contenimento della spesa sanitaria dovuta ad una più breve ospedalizzazione e ad una riduzione delle successive re-ospedalizzazioni;

VISTO il documento *“Linee Guida per la Nutrizione Artificiale Domiciliare”* del 20/08/2006 predisposto dall'Agenzia dei Servizi Sanitari Regionali (ASSR) incaricata dal Ministero della Salute di elaborare linee guida cliniche ed organizzative per la NAD al fine di includerle nel Manuale della Buona Pratica Clinica, da utilizzare per promuovere una più omogenea attuazione della NAD nelle varie regioni d'Italia;

DATO ATTO che Regione Lombardia ha affrontato il tema della NAD e della deospedalizzazione delle cure attraverso disposizioni sia dettate nei provvedimenti annuali di gestione del Sistema socio sanitario regionale (c.d. Regole di sistema), che in specifico, nei seguenti provvedimenti:

- DGR n. IV/20921 del 26/05/1987 che costituisce una Commissione di studio incaricata di elaborare un progetto di assistenza sanitaria mediante NAD;
- DGR n. V/22395 del 5/05/1992 che approva la proposta di deliberazione del Consiglio regionale avente ad oggetto: *“Nutrizione Artificiale Domiciliare”*;
- DGR n. X/4662 del 23/12/2015 *“Indirizzi regionali per la presa in carico della cronicità e della fragilità in Regione Lombardia 2016-2018”* - *“Piano Regionale della cronicità e fragilità”*;
- DGR n. X/6164 del 30/01/2017 *“Governo della domanda: avvio della presa in carico di pazienti cronici e fragili. Determinazioni in attuazione dell'art. 9 della legge n. 23/2015”* che definisce gli indirizzi per il governo della domanda nei percorsi di presa in carico;
- DGR n. 4662 del 23/12/2017 *“Indirizzi regionali per la presa in carico della cronicità e della fragilità in Regione Lombardia 2016-2018”*;



Regione Lombardia

CONSIDERATO che Regione Lombardia, attraverso la DG Welfare, si avvale dei professionisti esperti del Sistema Sociosanitario Regionale in base alle loro specifiche competenze cliniche, scientifiche e alla consolidata esperienza professionale, al fine di elaborare, condividere e diffondere tra gli operatori sociosanitari che trattano specifiche patologie, documenti e linee guida per assicurare che ciascun paziente riceva un trattamento di qualità, efficace ed appropriato, in modo omogeneo su tutto il territorio regionale;

VISTI il documento tecnico dal titolo: *“Nutrizione Artificiale Domiciliare: documento di percorso assistenziale condiviso”* e i relativi sub allegati prodotti dal Gruppo di Lavoro dedicato composto dai professionisti del Sistema Sociosanitario Regionale esperti in Farmaceutica e Dietetica e Nutrizione Clinica;

DATO ATTO, che i professionisti esperti sono stati coordinati dal Dirigente della DG Welfare competente per l'area delle reti clinico assistenziali ed organizzative al fine di assicurare la coerenza delle indicazioni clinico-organizzative del percorso delineato con le scelte e le priorità programmatiche di Regione Lombardia in tema di governo della salute;

RILEVATO che tale documento analizza alcuni aspetti dell'approccio terapeutico-assistenziale verso i pazienti che necessitano del trattamento NAD e rappresenta un'importante evoluzione al fine di garantire a tutti i cittadini/pazienti trattamenti nutrizionali di elevata qualità a partire dal ricovero fino alle cure domiciliari, con un conseguente efficientamento economico e un miglioramento dell'efficacia e della qualità dell'assistenza sanitaria;

DATO ATTO che il documento tecnico in questione è stato predisposto quale supporto tecnico-organizzativo, da destinare alle ATS e alle Strutture sociosanitarie pubbliche e private coinvolte nel percorso di assistenza dei pazienti che necessitano della NAD;

RITENUTO di approvare il documento tecnico *“Nutrizione Artificiale Domiciliare: documento di percorso assistenziale condiviso”* e i relativi sub allegati – che compongono gli allegati parti integranti del presente provvedimento;

RITENUTO di dare mandato al Gruppo di Lavoro che ha predisposto il documento di cui trattasi, e all'Azienda regionale per l'Innovazione e gli Acquisti - Aria S.p.A, con il coordinamento della Struttura *“Reti clinico assistenziali e organizzative e ricerca”* e della Struttura *“Farmaco e dispositivi medici”*, di predisporre l'attivazione di una scheda di prescrizione informatizzata sul web entro giugno 2022, facilitando così l'accesso alle terapie per i pazienti;



Regione Lombardia

STABILITO che nel periodo transitorio necessario per la piena applicazione delle indicazioni, di cui al documento allegato, le ASST devono garantire:

- la continuità di presa in carico dei pazienti per il tramite delle farmacie ospedaliere (o di altri servizi se diversamente individuati), erogando i prodotti richiesti sia con prescrizioni specialistiche, che dei MMG/PLS;
- la continuità di erogazione del servizio (comprensivo di prodotti e dispositivi medici) ai cittadini gestiti nelle RSA;
- l'attivazione di un percorso facilitato per il paziente e per i suoi famigliari per ridurre le attuali difficoltà che il cittadino può incontrare per l'attivazione del servizio;

RITENUTO che le azioni necessarie all'attuazione del percorso organizzativo condiviso dagli attori pubblici e privati accreditati coinvolti nel processo di trattamento dei pazienti che necessitano della NAD, saranno esplicitate e approvate con successivi provvedimenti della DG Welfare;

VISTE:

- la l.r. 20/2008 *“Testo Unico delle Leggi Regionali in materia di Organizzazione e Personale”*, nonché i provvedimenti organizzativi della IX legislatura;
- la l.r. 30 dicembre 2009, n. 33 *“Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità”* e s.m.i.;

DECRETA

1. **Di approvare** il documento tecnico *“Nutrizione Artificiale Domiciliare: documento di percorso assistenziale condiviso”* e i relativi sub allegati – che compongono gli allegati parti integranti del presente provvedimento.
2. **Di dare mandato** al Gruppo di Lavoro che ha predisposto il documento di cui trattasi, e all'Azienda regionale per l'Innovazione e gli Acquisti - Aria S.p.A, con il coordinamento della Struttura *“Reti clinico assistenziali e organizzative e ricerca”* e della Struttura *“Farmaco e dispositivi medici”*, di predisporre l'attivazione di una scheda di prescrizione informatizzata sul web entro giugno 2022, facilitando così l'accesso alle terapie per i pazienti.
3. **Di stabilire** che nel periodo transitorio necessario per la piena applicazione delle indicazioni, di cui al documento allegato, le ASST devono garantire:
 - la continuità di presa in carico dei pazienti per il tramite delle farmacie ospedaliere (o di altri servizi se diversamente individuati), erogando i



Regione Lombardia

- prodotti richiesti sia con prescrizioni specialistiche, che dei MMG/PLS;
- la continuità di erogazione del servizio (comprensivo di prodotti e dispositivi medici) ai cittadini gestiti nelle RSA;
 - l'attivazione di un percorso facilitato per il paziente e per i suoi familiari per ridurre le attuali difficoltà che il cittadino può incontrare per l'attivazione del servizio.
4. **Di stabilire** che le azioni necessarie all'attuazione del percorso organizzativo condiviso dagli attori pubblici e privati accreditati coinvolti nel processo di trattamento dei pazienti che necessitano della NAD, saranno esplicitate e approvate con successivi provvedimenti della DG Welfare.
5. **Di attestare** che il presente atto non è soggetto agli obblighi di pubblicazione di cui agli artt. 26 e 27 del D. Lgs 33/2013.

IL DIRIGENTE

MATTEO CORRADIN

Atto firmato digitalmente ai sensi delle vigenti disposizioni di legge

Nutrizione Artificiale Domiciliare: Documento di percorso assistenziale condiviso

1. PREMESSA	1
2. CRITERI DI INCLUSIONE DEL PAZIENTE IN NAD	2
3. MODALITA' OPERATIVE.....	3
3.1. Avvio della Nutrizione Artificiale Domiciliare	5
3.2. Fornitura e tipologia dei prodotti e di eventuali dispositivi	6
3.3. Casi particolari.....	8
4. MONITORAGGIO CLINICO	9
4.1. Validità delle prescrizioni e loro rinnovo	9
5. PAZIENTI IN RSA	10
6. FORMAZIONE.....	10
7. REGISTRO NAD.....	10
8. ABBREVIAZIONI	11
9. RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI E NORMATIVI	11

1. PREMESSA

La **Nutrizione Artificiale (NA)** è un trattamento sostitutivo di funzione d'organo, nel corso del quale i nutrienti necessari sono forniti per via artificiale.

È indicata nei soggetti che non sono in grado di soddisfare interamente il fabbisogno nutrizionale e mantenere o raggiungere l'equilibrio utilizzando la nutrizione per via orale.

All'interno della NA si riconoscono la:

- **Nutrizione Parenterale**, ovvero la somministrazione di nutrienti tramite un idoneo accesso venoso. L'utilizzo della metodica deve consentire il soddisfacimento dei fabbisogni nutrizionali dei soggetti che non possono o non devono utilizzare l'apparato digerente.
- **Nutrizione Enterale**: come suggerito dalle linee guida della Società Europea di Nutrizione Clinica e Metabolismo (ESPEN), il termine è utilizzato per comprendere tutte le forme di supporto nutrizionale che implicino l'utilizzo di alimenti dietetici a fini medici speciali, indipendentemente dalla via di accesso, ovvero include sia la supplementazione di nutrienti per via orale che la somministrazione di nutrienti tramite idoneo accesso all'apparato digerente (sondino o stomia). L'utilizzo della metodica deve consentire il soddisfacimento dei fabbisogni nutrizionali di soggetti incapaci di assumere gli apporti necessari, nei quali permanga la possibilità di un uso, anche parziale, dell'intestino.

Il Servizio Socio-Sanitario Regionale (SSSR) ad oggi garantisce l'erogazione della NA oltre che in ambito ospedaliero, anche in ambito domiciliare nel rispetto delle riconosciute indicazioni; la realizzazione a livello domiciliare è complessa e richiede uno standard operativo di elevato livello.

La **Nutrizione Artificiale Domiciliare (NAD)**, con le sue varianti parenterale (NPD) ed enterale (NED), rappresenta l'insieme delle modalità organizzative della NA condotta a domicilio del paziente, quando consentito dal suo stato clinico e dalla sussistenza di condizioni socio-familiari tali da assicurare sicurezza ed efficacia del trattamento al di fuori dell'ambiente ospedaliero.

Nonostante la legislazione italiana, sia nazionale che regionale lombarda, presenti numerosi riferimenti che favoriscono o auspicano il trattamento sanitario domiciliare, molto scarsi sono i provvedimenti normativi specifici dedicati alla regolamentazione della NAD.

Regione Lombardia ha normato con DGR VI/22395 del 05/05/1992 l'accesso alla NAD.

Il presente documento si propone quale supporto tecnico-organizzativo d'indirizzo, da destinare alle ASST e agli Enti Sanitari pubblici e privati accreditati coinvolti nel processo di trattamento dei pazienti che necessitano di NAD.

2. CRITERI DI INCLUSIONE DEL PAZIENTE IN NAD

I soggetti per i quali è indicato il trattamento di NAD sono:

- pazienti malnutriti che non possono soddisfare le proprie richieste energetiche attraverso l'alimentazione;
- pazienti a rischio di malnutrizione che:
 - da almeno 5 giorni non riescono a soddisfare le proprie richieste energetiche attraverso l'alimentazione;
 - non potranno soddisfare le proprie richieste energetiche attraverso l'alimentazione per almeno 5 giorni;
- pazienti ipercatabolici;
- in una quota più limitata di pazienti l'indicazione alla NAD nasce dall'esigenza di mantenere un "riposo intestinale" o di somministrare substrati importanti per il supporto metabolico e il trofismo di organi o apparati (cosiddetta Farmaconutrizione).

La terapia nutrizionale, consentendo il trattamento della malnutrizione, migliora stabilmente il decorso clinico, la qualità di vita e la prognosi di numerose patologie, influenzandone significativamente morbidità e mortalità. In molte situazioni, inoltre, la NAD rappresenta un trattamento cronico capace di assicurare la sopravvivenza del malato.

Nella selezione dei pazienti candidabili alla NAD si devono valutare, oltre alle condizioni cliniche, la situazione domiciliare in cui la NAD dovrà essere gestita e gli eventuali problemi etici che la decisione comporta.

È possibile intraprendere un trattamento nutrizionale domiciliare **solo se sono soddisfatte contemporaneamente le seguenti condizioni:**

- quadro clinico stabile e possibilità di gestione della patologia di base a domicilio;
- il paziente deve essere in grado di gestire la terapia nutrizionale a domicilio; il domicilio del paziente deve essere idoneo e possedere adeguate caratteristiche che assicurino la possibilità di una gestione corretta e sicura della NAD e, nel caso di pazienti non autosufficienti, deve essere presente un caregiver in grado di garantirne la gestione;
- sopravvivenza attesa verosimilmente non inferiore a 3 mesi; performance status di partenza accettabile (es. per pazienti oncologici Karnofsky ≥ 50 , ECOG ≤ 2) e suscettibile di miglioramento/mantenimento da parte del trattamento nutrizionale.

L'età e la patologia di base non rappresentano un limite per la NAD.

La NAD rappresenta quindi una terapia extra-ospedaliera che consente:

- il globale reinserimento del malato nel proprio contesto familiare, sociale e possibilmente lavorativo (deospedalizzazione);
- il miglioramento della qualità di vita del malato e di quella del nucleo familiare;
- il contenimento della spesa sanitaria legata ad una più breve ospedalizzazione e ad una riduzione delle successive riospedalizzazioni.

3. MODALITA' OPERATIVE

La prescrizione per la fornitura di NAD a carico del SSSR non può essere effettuata in regime di libera professione.

La **prescrizione** di un trattamento nutrizionale domiciliare **in regime di SSSR** può essere effettuata **esclusivamente** da un Medico di struttura pubblica o privata accreditata (Es: ASST, altra Struttura Sanitaria accreditata, RSA, etc.) che, in assenza di unità già definita a ciò preposta (es: Unità Operativa Semplice o Complessa di Dietetica e Nutrizione Clinica), operi nel contesto di un **Team Nutrizionale Multidisciplinare (TNM)**.

Il TNM deve comprendere le seguenti figure sanitarie:

- Medici prescrittori, con comprovata e documentata conoscenze ed esperienza in nutrizione clinica e nutrizione artificiale anche domiciliare, evincibili, in primis, a livello curriculare;
- Dietiste/i e Infermiere/i dedicate/i opportunamente formati;
- Farmacista di riferimento, con comprovata e documentata conoscenza ed esperienza in nutrizione clinica e nutrizione artificiale anche domiciliare, evincibili, in primis, a livello curriculare.

Un Pediatra deve essere inoltre a disposizione del TNM per le prescrizioni di competenza.

Il TNM deve essere riconosciuto ufficialmente all'interno dell'Ente in cui opera; l'atto formale dovrà riportare, oltre ai singoli nominativi (quelli dei medici andranno a costituire un elenco di prescrittori di NAD a livello regionale), l'indicazione del monte ore specificamente dedicato alla attività dalle singole figure professionali coinvolte. Il numero delle figure e il monte ore dedicato dovrà tener conto del numero dei pazienti in carico.

È auspicabile l'istituzione di un coordinamento delle Unità di Dietetica e Nutrizione Clinica (UNC) e dei TNM regionali al fine di assicurare uniformità e qualità del servizio all'interno della rete regionale.

La prescrizione di NAD effettuata da centro fuori Regione, al fine della fornitura, deve sempre essere prima valutata dalla UNC o dal TNM della struttura erogatrice, anche utilizzando modalità di confronto a distanza/teleconsulto. La struttura prenderà in carico il paziente per le successive prescrizioni.

Le UNC e i TNM sono deputati alle funzioni sottoelencate:

- valutazione dell'indicazione al trattamento nutrizionale e/o della a proposta di avvio alla NAD;
- elaborazione e prescrizione del programma nutrizionale domiciliare, della sua durata, dei monitoraggi programmati e della sua eventuale conclusione;
- contatto e condivisione del percorso terapeutico con i Medici di Medicina Generale (MMG) o Pediatri di Libera Scelta (PLS);
- addestramento alla gestione domiciliare della NAD del paziente o del familiare/caregiver;
- monitoraggio periodico programmato delle condizioni del paziente con supervisione del piano terapeutico nutrizionale;
- prevenzione, diagnosi e gestione delle eventuali complicanze del trattamento NAD;
- gestione della documentazione clinica.

Il personale delle UNC e dei TNM partecipa in maniera permanente e formalizzata alle attività dell'Ente in cui opera per i seguenti profili:

- definizione di protocolli interaziendali condivisi per i criteri di arruolamento, l'avvio e la gestione della NAD, il monitoraggio del paziente, la prevenzione, la diagnosi precoce e la gestione delle eventuali complicanze, nonché per la presa in carico del paziente, in una logica di continuità delle cure ospedale – territorio;
- monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva delle NAD;
- promozione del coinvolgimento dei MMG e dei PLS;
- promozione di percorsi formativi dedicati;
- promozione dell'attività di ricerca sul tema della nutrizione clinica;
- collaborazione con la Farmacia dell'ASST territorialmente competente per l'attivazione della fornitura di soluzioni nutrizionali, di eventuali farmaci attinenti e dei dispositivi medici necessari alla somministrazione.

Le UNC e i TNM partecipano pertanto attivamente nella gestione degli aspetti organizzativi e gestionali che permettono di espletare correttamente l'intero iter diagnostico-terapeutico assistenziale

della NAD, composto da:

- fase di avvio della terapia nutrizionale domiciliare;
- fase di fornitura delle miscele e del materiale necessario alla gestione della somministrazione;
- fase di monitoraggio clinico, anche mediante l'assistenza ambulatoriale o domiciliare;
- fase di rinnovo delle prescrizioni.

3.1. Avvio della Nutrizione Artificiale Domiciliare

L'attivazione di un trattamento NAD prevede i seguenti passaggi:

- **Proposta di avvio alla NAD da parte del medico** che ha in cura il paziente e che in quel momento opera all'interno del SSSR anche in regime di convenzione (Es: MMG/PLS, Medico di struttura di ricovero e cura del SSSR o privata accreditata, medico di RSA/RSD, Medico ADI/UCPDom, etc.) su apposita modulistica (Allegato 1), compilata, ove possibile, su supporto elettronico. La proposta va indirizzata all'UNC o al TNM dell'Ente in cui opera il medico, se presente, o, in alternativa, della ASST di riferimento territoriale del paziente, entro 10 gg dalla sua emissione, accompagnata da eventuale prescrizione di visita specialistica, con opportuna indicazione di priorità, laddove necessario, per il completamento del passaggio successivo.
- **Valutazione della proposta e conseguente prescrizione/richiesta di fornitura** da parte dell'UNC o del TNM, a seguito della valutazione clinica del paziente, ove applicabile anche in modalità a distanza/televisita. La prescrizione, redatta su apposita modulistica distinta (Allegati 2,3,4,5,6 a seconda della tipologia di trattamento) e compilata, ove possibile, su supporto elettronico, va recapitata, eventualmente anche per il tramite del paziente, al distretto territoriale di afferenza di quest'ultimo per il successivo inserimento dei dati in piattaforma. In tal modo la prescrizione è resa visibile e disponibile alla Farmacia della ASST territorialmente competente per la conseguente attivazione della fornitura.
- **Definizione del programma nutrizionale domiciliare**. L'UNC o il TNM comunica infine l'attivazione della terapia NAD e il relativo piano assistenziale al MMG/PLS del paziente. La ASST territorialmente competente prende quindi in carico il paziente sotto il profilo assistenziale nutrizionale e organizza le attività di approvvigionamento secondo i protocolli condivisi. Si veda il percorso di presa in carico (Allegato 7).

Nel caso di paziente ricoverato, costituendo la tempistica una criticità per rispondere alle esigenze del malato e dell'organizzazione sanitaria, è necessario che,

- la proposta di attivazione della NAD e la prescrizione siano effettuate almeno 3 giorni lavorativi prima della dimissione e, entro tale termine, avvenga la presa in carico del paziente da parte della ASST di riferimento per la successiva fornitura;
- alla dimissione sia accertata da parte della struttura dimettente la disponibilità di tutto quanto necessario all'avvio della nutrizione al domicilio.

È opportuno che il modello organizzativo di distribuzione individuato dalla ASST di riferimento per la fornitura sia tale da garantire al meglio il paziente ed il suo caregiver sulla possibilità di disporre di tutto quanto necessario in tempi ed in modi adeguati, prediligendo la consegna domiciliare.

3.2. Fornitura e tipologia dei prodotti e di eventuali dispositivi

La fornitura dei prodotti nutrizionali prescritti e del materiale accessorio necessario per la loro somministrazione avviene per il tramite della Farmacia della ASST di riferimento territoriale secondo le modalità adottate localmente, privilegiando la consegna a domicilio.

Si suggeriscono consegne con frequenze mensili per la NED e settimanali per la NPD, salvo diverse necessità gestionali dei pazienti.

- **NED** – I prodotti prescrivibili sono ricompresi in apposito elenco condiviso e periodicamente aggiornato dal tavolo tecnico che riporta le caratteristiche principali della tipologia di miscela e non i singoli nomi commerciali (Allegato 8). A fronte della prescrizione in termini generici sarà privilegiata la dispensazione dei prodotti oggetto di convenzione regionale, ove disponibili, corrispondenti alle singole tipologie.
- **NPD** – La NPD è concessa previo accertamento della sua tolleranza in regime di ricovero. Le miscele prescrivibili sono ricomprese in apposito elenco condiviso dal tavolo tecnico che riporta le caratteristiche principali della tipologia di miscela e non i singoli nomi commerciali (Allegato 9). A fronte della prescrizione in termini generici sarà privilegiata la dispensazione dei prodotti oggetto di convenzione regionale, ove disponibili, corrispondenti alle singole tipologie. In linea generale, le sacche con formulazione standard possono essere utilizzate nella maggior parte dei pazienti. Qualora le esigenze cliniche rendano necessario modulare ulteriormente gli apporti nutrizionali, possono essere richieste le sacche personalizzate (NPPD). In tal caso la prescrizione del preparato galenico deve corredare la modulistica prevista per la fornitura di NPD. La prescrizione di NPPD deve essere oggettivamente motivata e deve essere effettuata dal Medico prescrittore di UNC o TNM della struttura pubblica o privata accreditata cui si rivolge il paziente o della ASST territorialmente competente.

- **Supplementi nutrizionali orali (ONS)** – Rientrano nel gruppo degli alimenti a fini medici speciali e servono ad integrare l'alimentazione naturale, quando questa non permette un sufficiente apporto calorico e/o proteico. I prodotti prescrivibili, secondo le modalità di seguito riportate, sono ricompresi in appositi elenchi condivisi dal tavolo tecnico che riportano le caratteristiche principali espresse in termini di tipologia di miscela e non i singoli nomi commerciali (Allegato 10). A fronte della prescrizione in termini generici sarà privilegiata la dispensazione dei prodotti oggetto di convenzione regionale, ove disponibili, corrispondenti alle singole tipologie.

Regione Lombardia approva la fornitura in regime di SSSR di ONS nei seguenti casi:

1. **su prescrizione di medici afferenti ad un'UNC o di un TNM**: limitatamente a pazienti con insufficiente apporto calorico, per ritardare o evitare il ricorso alla NED via sonda o alla NPD, affetti da una delle seguenti patologie:

- neurologica associata a disfagia;
- oncologica in fase di trattamento attivo;
- correlata all'età pediatrica;

e limitatamente a prodotti liquidi o creme, ipercalorici, ipercalorici iperproteici e normocalorici iperproteici. Il paziente deve avere un documentato rischio nutrizionale (punteggio NRS 2002 ≥ 3 o STRONG kids ≥ 4).

2. **su prescrizione di medici afferenti ad un'UNC o di medici afferenti ad un TNM solo previo teleconsulto/valutazione congiunta documentati con un'UNC**: limitatamente a pazienti con insufficiente apporto calorico, per ritardare o evitare il ricorso alla NED via sonda o alla NPD anche per tutte le altre patologie severamente impattanti sullo stato di nutrizione e per tutte le altre formulazioni (polveri, prodotti modulari, etc). Il paziente deve avere un documentato rischio nutrizionale (punteggio NRS 2002 ≥ 3 o STRONG kids ≥ 4).

Al di fuori delle condizioni riportate al punto 1, i TNM possono quindi prescrivere la fornitura di ONS esclusivamente attivando un teleconsulto/valutazione congiunti documentati con un medico afferente ad una UNC per una valutazione collegiale del paziente.

In tutti i casi è indispensabile, prima della prescrizione e della conseguente fornitura, accertare la tolleranza all'assunzione mediante preventiva somministrazione in regime di ricovero, per pazienti ricoverati, o di assunzione al domicilio dei prodotti per un periodo di almeno 5 giorni.

La fornitura degli ONS non può essere effettuata a pazienti in trattamento NED via sonda: in caso di necessità, si dovrà correggere l'insufficiente apporto calorico modificando la stessa.

In casi selezionati e opportunamente giustificati dai medici prescrittori, gli ONS potranno essere abbinati alla NED via sonda per periodi circostanziati, utili allo svezzamento dei pazienti dalla NED via sonda stessa.

La fornitura degli ONS, qualora abbinata a una NPD, deve essere giustificata in dettaglio dai clinici e limitata ad eventuali casi particolari per periodi circostanziati.

Tutte le forniture dei prodotti nutrizionali prescritti dovranno garantire quali-quantitativamente i dispositivi medici necessari all'erogazione della terapia, secondo quanto richiesto e valutato dalla UNC e dal TNM. Sarà privilegiata la dispensazione dei prodotti disponibili in convenzioni regionali corrispondenti alle singole tipologie.

3.3. Casi particolari

Formule per neonati

Ai pazienti pediatrici alimentati esclusivamente con sondino naso gastrico o PEG ai quali viene già garantita la fornitura dei dispositivi medici necessari, possono essere prescritte formule speciali solo qualora abbiano esigenze che non possono essere soddisfatte con formule normali.

Addensanti

La prescrizione standard deve prevedere l'utilizzo di polveri addensanti e riservare l'utilizzo di acqua gelificata ai soli casi di particolare criticità gestionale accertata dai medici prescrittori (es. intolleranza, pazienti pediatrici) e/o nei pazienti che mantengono attività al di fuori di casa.

4. MONITORAGGIO CLINICO

Al fine di assicurare un'adeguata assistenza domiciliare, nonché la continuità della stessa, l'UNC o il TNM garantisce un follow-up specialistico di concerto ed in accordo con il medico che ha in cura il paziente e/o il MMG/PLS del paziente (Allegato 11).

Il follow-up potrà avvenire attraverso la collaborazione diretta del medico che ha in cura il paziente e/o il MMG/PLS, anche con l'ausilio di personale dedicato della ASST/Struttura Sanitaria cui afferisce l'UNC o il TNM, in ragione di diversi modelli organizzativi presenti sul territorio regionale. Inoltre, tale attività potrà realizzarsi, nei casi più critici, anche mediante accessi a domicilio da parte di Medico specialista, Dietista e Infermiere dell'UNC/TNM, secondo modalità condivise nei diversi contesti territoriali.

Le UNC/TNM collaborano costantemente con il medico che ha in cura il paziente e/o il MMG/PLS e con il Presidio Territoriale di appartenenza per permettere la migliore gestione possibile della NAD, anche attraverso la prevenzione, il controllo e la gestione domiciliare delle eventuali complicanze legate alla NAD stessa, ricorrendo anche al ricovero in strutture specialistiche qualora necessario. Collaborano inoltre costantemente con la Farmacia che eroga le forniture per un'ottimizzazione delle stesse.

È auspicabile, compatibilmente con la libera scelta del cittadino e con le condizioni cliniche del paziente, favorire l'eventuale trasferimento ai riferimenti (UNC, TNM) territorialmente competenti. Ai pazienti che abbiano necessità di trasferimento temporaneo di domicilio deve comunque essere garantita, compatibilmente con le regole di fornitura, la continuità della NAD, previa valutazione del caso specifico da parte dell'UNC/TNM.

4.1. Validità delle prescrizioni e loro rinnovo

Si prevedono i seguenti tempi di validità delle prescrizioni:

- fino a 6 mesi se si tratta di NED;
- fino a 3 mesi se si tratta di ONS/addensanti;
- fino a 3 mesi se si tratta di NPD e NPPD.

La fase di rinnovo delle prescrizioni richiede una stretta collaborazione tra l'UNC o il TNM e il medico della struttura che ha in carico il paziente e/o il MMG o PLS. Il rinnovo rimane in carico al Medico prescrittore dell'UNC/TNM di riferimento del paziente e comporta sempre la preliminare rivalutazione clinica del paziente stesso, che può essere effettuata anche tramite strumenti di valutazione a distanza documentati (modulo di monitoraggio), avvalendosi della collaborazione del medico della struttura che ha in carico il paziente e/o del MMG o PLS.

5. PAZIENTI IN RSA

Come previsto dalla DGR X/4702 del 29/12/2015 la fornitura della NAD è garantita anche agli assistiti in RSA e RSD. A seconda della dimensione e dell'organizzazione della struttura la fornitura può esser prescritta dal medico del TNM della struttura stessa o validata dall'UNC/TNM di riferimento del paziente, anche in modalità a distanza/televisita. Il medico della struttura garantisce la propria collaborazione all'UNC/TNM di riferimento del paziente per l'attività di gestione e monitoraggio.

6. FORMAZIONE

Le ASST e le Strutture Sanitarie accreditate, tramite le UNC/TNM e le Farmacie, promuovono la formazione specifica accreditata a favore del personale della rete di offerta, in sinergia con Regione Lombardia e la Rete Lombarda della Nutrizione Clinica.

La formazione e l'aggiornamento del personale componente i TNM sarà garantito mediante un programma di formazione specifico sostenuto dal gruppo di lavoro in collaborazione con Regione Lombardia.

È auspicabile che i componenti dei TNM partecipino periodicamente a programmi formativi specifici.

7. REGISTRO NAD

Si prevede la realizzazione di una piattaforma informatica regionale dedicata alla prescrizione della NAD e al monitoraggio dell'andamento dei volumi delle prescrizioni, anche per consentire valutazioni relative all'appropriatezza prescrittiva e all'analisi di costo-efficacia.

8. ABBREVIAZIONI

ADI	Assistenza Domiciliare Integrata
ASST	Azienda Socio Sanitaria Territoriale
ESPEN	Società Europea di Nutrizione Clinica e Metabolismo
MMG	Medico di Medicina Generale
NA	Nutrizione artificiale
NAD	Nutrizione artificiale domiciliare
NED	Nutrizione enterale domiciliare
NPD	Nutrizione parenterale domiciliare
NPPD	Nutrizione parenterale personalizzata domiciliare
ONS	Supplementi nutrizionali orali
PLS	Pediatra di libera scelta
RSA	Residenza Sanitaria Assistenziale
RSD	Residenza Sanitaria per Disabili
SSSR	Servizio Socio Sanitario Regionale
TNM	Team Nutrizionale Multidisciplinare
UCPDom	Unità Cure Palliative Domiciliari
UNC	Unità di dietetica e nutrizione clinica

9. RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI E NORMATIVI

- Deliberazione del consiglio regionale del 6 agosto 1992 n° V/0557 “Nutrizione artificiale domiciliare”.
- GdL Ministero della Salute “Relazione sulla situazione attuale della Nutrizione Artificiale Domiciliare (NAD) in Italia”, marzo 2004
- DDL S.857 “Disciplina nazionale della nutrizione artificiale parenterale ed enterale, ospedaliera e domiciliare” Senato della Repubblica XVIII Legislatura, dicembre 2018
- Lochs H, Allison SP, Meier R, Pirlich M, Kondrup J, Schneider S, van den Berghe G, Pichard C. Introductory to the ESPEN “Guidelines on Enteral Nutrition: Terminology, definitions and general topics”, Clin Nutr. 2006;25(2):180-6.
- DGR 4702 DEL 29/12/2015 “Regole di Sistema 2016”
- Delibera della Giunta Regionale n. XI/913 del 3 dicembre 2018, in materia di “Determinazioni in merito all’organizzazione dell’offerta sociosanitaria: approvazione delle linee guida per l’attivazione e il consolidamento delle reti clinico-assistenziali regionali”.
- Società Italiana di Nutrizione Parenterale ed Enterale (SINPE), Linee Guida per l’impiego della Nutrizione Parenterale ed Enterale nei pazienti adulti a domicilio, Revisione ULTIMA 20 AGOSTO 2006; Basics in Clinical Nutrition, Edited for ESPEN Courses. Third Edition, 2004.
- ASSR – Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali, Linee Guida sulla: Nutrizione Artificiale Domiciliare, 2006.
- Accordo Stato-Regioni su “Linee di indirizzo sui percorsi nutrizionali nei pazienti oncologici” n. 224/csr del 14 dicembre 2017.
- Delibera della Giunta Regionale n. 4662 del 23 dicembre 2017 ad oggetto “Indirizzi regionali per la presa in carico della cronicità e della fragilità in Regione Lombardia 2016-2018”.

- Delibera della Giunta Regionale n. X/3993 del 04/08/2015, in materia di “Ulteriori determinazioni in ordine alla gestione del S.S.R. per l’esercizio 2015”.
- Legge Regionale n. 23 dell’11 agosto 2015 ad oggetto “Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009 n.33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)”.
- Arends J., Bachmann P., Baracos V., Barthelemy N., Bertz H., Bozzetti F., Fearon K., Hütterer E., Isenring E., Kaasa S., Krznaric Z., Laird B., Larsson M., Laviano A., Mühlebach S., Muscaritoli M., Oldervoll L., Ravasco P., Solheim T., Strasser F., De van der Schueren M., Preiser J.C. ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients. Clin Nutr. 2017; 36:11-48.
- August D.A., Huhmann M.B.; American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (A.S.P.E.N.) Board of Directors. A.S.P.E.N. clinical guidelines: nutrition support therapy during adult anticancer treatment and in hematopoietic cell transplantation. J Parenter Enteral Nutr 2009; 33:472-500.
- Caccialanza R., Pedrazzoli P., Cereda E., Gavazzi C., Pinto C., Paccagnella A., Beretta G.D., Nardi M., Laviano A., Zagonel V. Nutritional Support in Cancer Patients: A Position Paper from the Italian Society of Medical Oncology (AIOM) and the Italian Society of Artificial Nutrition and Metabolism (SINPE). J Cancer. 2016; 7:131-5.
- Hebuterne X, Bozzetti F, Moreno Villares JM, Pertkiewicz M, Shaffer J, Staun M, Thul P, Van Gossum A, Home enteral nutrition in adults: a European multicentre survey, in Clin Nutr, 2003 Jun;22(3):261-6
- Prevalenza della NAD in Italia nel 2012: indagine epidemiologica SINPE. Nutritional Therapy & Metabolism - SINPE News / Luglio-Settembre, 2014, pp.1-4.
- 8° Rapporto FAVO sulla condizione assistenziale dei malati oncologici 2016.
- Commissione ad hoc della Società Italiana di Nutrizione Parenterale ed Enterale (SINPE) e dell'Associazione Italiana di Dietetica e Nutrizione Clinica (ADI, D.Boggio – Bertinet, M.G. Gentile, L. Lucchin, A. Palmo, L. Pironi, C. Salis, A. Vannucci). Linee guida per l'accreditamento dei centri di nutrizione artificiale domiciliare, Rivista Italiana di Nutrizione Parenterale ed Enterale 2000;18:173-182.
- Elaborato nell’ambito del Progetto Radici (www.radici.regione.lombardia.it) “Nutrizione Artificiale Domiciliare in Lombardia – Questionario su dati 2007” ottobre 2009 – dati raccolti dalle ASL relativi alla situazione NAD in Regione Lombardia

GRUPPO DI LAVORO:

Riccardo Caccialanza, Direttore U.O.C. Dietetica e Nutrizione Clinica IRCCS Policlinico San Matteo, Pavia

Lucia Canclini, Direttore S.C. Farmacia ASST Valtellina

Ettore Corradi, Direttore S.C. Dietetica e Nutrizione Clinica ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, Milano

Maristella Ghiringhelli, Dirigente S.C. Farmacia ASST Valle Olona P.O. di Gallarate

Anna Malesci, Direttore S.C. Farmacia Aziendale ASST Sette Laghi distacco c/o U.O. Programmazione Regione Lombardia, Segretario CoDiFO

Fac-simile di modulistica da riportare su carta intestata

PROPOSTA DI AVVIO ALLA NAD (Allegato I)

Spett. UNC/TNM

Data/...../.....

☐ prima prescrizione

☐ rinnovo

☐ variazione

DATI PAZIENTE:

COGNOME E NOME.....

DATA NASCITA..... COD. FISCALE.....

INDIRIZZO RESIDENZA.....

INDIRIZZO DOMICILIO.....

TELEFONO CELLULARE

E-MAIL

INDICAZIONI AL TRATTAMENTO

Diagnosi:

Peso: (kg)

Altezza:(m)

BMI (kg/m²):

Prognosi : ☐ ≤ 3 MESI

☐ > 3 MESI

Allergie alimentari note:

MOTIVAZIONI CLINICHE

		SI	NO
1	Calo ponderale involontario ≥ 10% negli ultimi 6 mesi o ≥ 5% nell'ultimo mese		
2	Mancato accrescimento pondero-staturale		
3	Alimentazione insufficiente		
4	Malassorbimento		
5	Disfagia		
6	Altro:		

Fac-simile di modulistica da riportare su carta intestata

PROPOSTA DI PRESCRIZIONE

<u>Nutrizione Enterale tramite:</u>	☐ SNG	☐ SND	☐ PEG	☐ PEJ	☐ Altro _____
<u>Nutrizione Parenterale tramite:</u>	☐ Groshong	☐ Hickman/ Broviac	☐ Port-a-cath	☐ PICC	☐ Altro _____
<u>Supplementazione nutrizionale orale con:</u>	☐ Liquidi	☐ Creme	☐ Polveri	☐ Gel	☐ Altro _____

PRODOTTO:

POSOLOGIA:

Data presunta domiciliazione (se applicabile)/...../.....

- ☐ Il prodotto proposto è tollerato dal paziente in quanto già assunto in regime ospedaliero per ≥ 5 giorni.
- ☐ Il prodotto proposto è tollerato dal paziente in quanto già assunto a domicilio per ≥ 5 giorni.
- ☐ il prodotto proposto non è stato ancora testato (limitatamente a NE per sonda)

MEDICO PROPONENTE

COGNOME E NOME..... COD. FISCALE

LUOGO DI LAVORO/ STRUTTURA SANITARIA

TELEFONOCELLULARE.....

E-MAIL

MONITORAGGIO DOMICILIARE A CARICO DEL MEDICO PROPONENTE

☐ SI

☐ NO

Timbro e firma del Medico proponente

.....

PROPOSTA APPROVATA	☐ SI	☐ NO
Se NO, perché:		
.....		
.....		
Data/...../.....		Proposta n°
Timbro e firma del Medico Prescrittore dell'UNC/TNM		
.....		

Fac-simile di modulistica da riportare su carta intestata dell'ente

PRESCRIZIONE/RICHIESTA FORNITURA (NED) (Allegato 2)

(La prescrizione è valida per massimo 6 mesi di fornitura)

Spett. Farmacia

Data/...../.....

☐ **prima prescrizione**

☐ **rinnovo (semestrale)**

☐ **variazione**

Proposta n° (se applicabile) _____

DATI PAZIENTE:

COGNOME E NOME.....

DATA NASCITA..... COD. FISCALE.....

INDIRIZZO RESIDENZA.....

INDIRIZZO DOMICILIO.....

TELEFONO CELLULARE.....

E-MAIL

INDICAZIONI AL TRATTAMENTO

PATOLOGIA:

<u>Nutrizione Enterale</u> <u>tramite</u>	☐ SNG	☐ SND	☐ PEG	☐ PEJ	☐ Altro _____
Modalità di somministrazione	☐ Pompa (deflussore dedicato)		☐ Gravità : ☐ deflussore ☐ regolatore di flusso ☐ sacca con deflussore (solo per infusione notturna)		
	☐ Bolo				
Tipologia di prodotto (Allegato 8)					
Fabbisogno giornaliero					
Tempistica di somministrazione	☐ 24 ore		☐ Diurna in h _____		☐ Notturna in h _____

Data presunta dimissione (se applicabile)/...../.....

Nome commerciale del prodotto _____

Richiesta fornitura per mesi: _____

Fac-simile di modulistica da riportare su carta intestata dell'ente

MEDICO PRESCRITTORE

COGNOME E NOME..... COD. FISCALE

LUOGO DI LAVORO/ STRUTTURA SANITARIA

TELEFONO CELLULARE.....

RUOLO ☐ Medico Prescrittore di UNC

☐ Medico Prescrittore di TNM

E-MAIL

Timbro e firma del Medico Prescrittore dell'UNC /TNM

.....

AUTORIZZAZIONE DA PARTE DEL DISTRETTO DI

DATA

Timbro e firma del Medico

Da compilare da parte della Farmacia:

Prodotto disponibile

Se il prodotto è diverso da quello già testato, e' stata formalmente accettata dal clinico la sostituzione? **si** ☐ **no** ☐
(allegare documentazione)

Fabbisogni mensili

Data attivazione fornitura Scadenza

Annotazioni

Firma del Farmacista Data

Fac-simile di modulistica da riportare su carta intestata dell'ente

PRESCRIZIONE/RICHIESTA FORNITURA (NPD) (Allegato 3)

(La prescrizione è valida per massimo 3 mesi di fornitura)

Spett. Farmacia _____

Data/...../.....

☐ **prima prescrizione**

☐ **rinnovo (trimestrale)**

☐ **variazione**

Proposta n° (se applicabile) _____

DATI PAZIENTE:

COGNOME E NOME.....

DATA NASCITA..... COD. FISCALE.....

INDIRIZZO RESIDENZA.....

INDIRIZZO DOMICILIO.....

TELEFONOCELLULARE.....

E-MAIL

INDICAZIONI AL TRATTAMENTO

PATOLOGIA:

<u>Nutrizione Parenterale</u>	☐ PORT	☐ PICC	☐ Groshong	☐ Altro _____
Modalità di infusione	Pompa (deflussore dedicato)			
Miscela nutrizionale (Allegato 9)	☐ due comparti (senza lipidi)		☐ tre comparti (con lipidi)	
	☐ con elettroliti		☐ senza elettroliti	
	Volume (ml):			
	Velocità di somministrazione ml/h			
	Kcal			
	Frequenza settimanale di somministrazione			
Si chiede fornitura aggiuntiva di:				
Oligoelementi	☐ si	☐ no	Posologia:	
Supplemento multivitaminico	☐ si	☐ no	Posologia:	

Fac-simile di modulistica da riportare su carta intestata dell'ente

Qualora si tratti di prescrizione di NPPD, allegare la prescrizione per l'allestimento del prodotto galenico

Data presunta dimissione (se applicabile)

Nome commerciale del prodotto in uso _____

Richiesta fornitura per mesi: _____

MEDICO PRESCRITTORE

COGNOME E NOME COD. FISCALE

LUOGO DI LAVORO/ STRUTTURA SANITARIA

TELEFONO CELLULARE

RUOLO ☐ Medico Prescrittore di UNC

☐ Medico Prescrittore di TNM

E-MAIL FAX

Timbro e firma del Medico Prescrittore dell'UNC/TNM

.....

AUTORIZZAZIONE DA PARTE DEL DISTRETTO DI _____

DATA _____

Timbro e firma del Medico _____

Da compilare da parte della Farmacia:

Prodotto commerciabile disponibile _____

Se il prodotto è diverso da quello già testato, e' stata formalmente accettata dal clinico la sostituzione? **si** ☐ **no** ☐
(allegare documentazione)

Fabbisogni mensili _____

Data attivazione fornitura _____ Scadenza _____

Annotazioni _____

Firma del Farmacista _____ Data _____

Fac-simile di modulistica da riportare su carta intestata dell'ente

PRESCRIZIONE PER LA FORNITURA SUPPLEMENTI NUTRIZIONALI ORALI (ONS)

(Allegato 4) (La prescrizione è valida per massimo 3 mesi di fornitura)

Spett. Farmacia _____

Data/...../.....

☐ **prima prescrizione**

☐ **rinnovo (trimestrale)**

☐ **variazione**

Proposta n° (se applicabile) _____

DATI PAZIENTE:

COGNOME E NOME.....

DATA NASCITA..... COD. FISCALE.....

INDIRIZZO RESIDENZA.....

INDIRIZZO DOMICILIO.....

TELEFONO CELLULARE.....

E-MAIL

INDICAZIONI AL TRATTAMENTO

PATOLOGIA:

RISCHIO NUTRIZIONALE NRS

Screening preliminare		SI	NO	Screening preliminare		SI	NO
1	Il BMI (Kg/m ²) è < 20?			3	Il Paziente ha ridotto l'alimentazione?		
2	Il Paziente ha perso peso negli ultimi 3 mesi?			4	Il paziente è molto grave?		

Se almeno una risposta è "SI" passare allo **screening completo**

Alterazione dello stato nutrizionale

Punteggio	Stato nutrizionale		Alimentazione nell'ultima settimana
0	Normale	Perdita di peso < 5% negli ultimi 3 mesi e BMI ≥ 20	e Invariata o solo leggermente diminuita
1	Lieve	Perdita di peso ≥ 5% negli ultimi 3 mesi e BMI ≥ 20	o Diminuita moderatamente
2	Moderata	Perdita di peso ≥ 5% negli ultimi 3 mesi o BMI 18.5-19.9 in paziente debilitato	o Diminuita sensibilmente
3	Grave	Perdita di peso ≥ 5% nell'ultimo mese o ≥10% negli ultimi 3 mesi o BMI < 18.5 in paziente debilitato	o Quasi nulla

Gravità e Malattia (fabbisogni aumentati)

Punteggio	Esempi di patologie
0	Normale Patologie assente
1	Lieve Paziente con patologia cronica (cirrosi, BPCO, dialisi, diabete, oncologici) o con complicanze acute di grado moderato
2	Moderato Chirurgia addominale maggiore, stroke, polmonite grave
3	Grave Trauma cranico, Trapianto di midollo osseo

Valutazione finale NRS 2002:

A.	Valutazione dello stato nutrizionale (0 -3)	
B.	Gravità di malattia (0 – 3)	
Aggiungere 1 punto se età > 70 anni		
		Punteggio Totale

Fac-simile di modulistica da riportare su carta intestata dell'ente

Caratteristiche del supplemento (Allegato 7)	Fabbisogno giornaliero (KCal)
☐ Liquido ipercalorico ☐ Liquido ipercalorico iperproteico ☐ Liquido normocalorico iperproteico	1.
☐ Crema ipercalorica ☐ Crema ipercalorica iperproteica ☐ Crema normocalorica iperproteico	2.
☐ Altro _____	3.

Data presunta dimissione (se applicabile)/...../.....

Il paziente ha già assunto per ≥ 5 giorni la terapia nutrizionale prescritta dimostrando tollerabilità **si** ☐ **no** ☐

Se sì, indicare il nome commerciale del prodotto _____

Richiesta fornitura per mesi: _____

MEDICO PRESCRITTORE

COGNOME E NOME..... COD. FISCALE

LUOGO DI LAVORO/ STRUTTURA SANITARIA

TELEFONO CELLULARE.....

RUOLO ☐ Medico Prescrittore di UNC ☐ Medico Prescrittore di TNM

E-MAIL

Timbro e firma del Medico Prescrittore dell'UNC/TNM

.....

AUTORIZZAZIONE DA PARTE DEL DISTRETTO DI _____

DATA _____

Timbro e firma del Medico _____

Da compilare da parte della Farmacia:

Prodotto commerciabile disponibile _____

Se il prodotto è diverso da quello già testato, e' stata formalmente accettata dal clinico la sostituzione? **si** ☐ **no** ☐
(allegare documentazione)

Fabbisogni mensili _____

Data attivazione fornitura _____ Scadenza _____

Annotazioni _____

Firma del Farmacista _____ Data _____

Fac-simile di modulistica da riportare su carta intestata dell'ente

PRESCRIZIONE PER LA FORNITURA SUPPLEMENTI NUTRIZIONALI ORALI (ONS)

A PAZIENTI PEDIATRICI (Allegato 5)

(La prescrizione può essere fatta per massimo 3 mesi di fornitura)

Spett. Farmacia _____

Data/...../.....

☐ **prima prescrizione**

☐ **rinnovo (trimestrale)**

☐ **variazione**

Proposta n° (se applicabile) _____

DATI PAZIENTE:

COGNOME E NOME.....

DATA NASCITA..... COD. FISCALE.....

INDIRIZZO RESIDENZA.....

INDIRIZZO DOMICILIO.....

TELEFONO CELLULARE.....

E-MAIL

INDICAZIONI AL TRATTAMENTO

PATOLOGIA:

RISCHIO NUTRIZIONALE STRONGKIDS (1-18 anni)

Punteggio		SI	NO
2	È presente una patologia sottostante che determina un rischio nutrizionale * o è in programma un intervento di chirurgia maggiore?		
* condizioni cliniche che possono determinare un rischio nutrizionale: anoressia nervosa, cardiopatie croniche, celiachia, chirurgia maggiore, dismaturità/prematurità, displasia broncopulmonare, fibrosi cistica, fistole digestive, malattie infiammatorie intestinali, malattie infettive (AIDS), malattie metaboliche, neoplasia, pancreatite, patologie epatiche croniche, patologie muscolari, patologie renali croniche, ritardo mentale, sepsi/infezione, sindrome dell'intestino corto, traumi, ustioni, altro specificato dal medico.			
1	Nel corso dell'esame obiettivo, il paziente rivela i segni clinici di uno stato nutrizionale povero?		
1	È presente una delle seguenti condizioni? - Frequenti episodi di diarrea (5 scariche/die) e/o vomito (> 3 volte/die) - Intake nutrizionale ridotto negli ultimi giorni - Preesistente intervento nutrizionale - Incapacità di assumere un intake nutrizionale adeguato a causa del dolore		
1	Nel corso degli ultimi mesi/settimane è stata registrata una perdita di peso o un ritardo di crescita?		

Punteggio	Rischio nutrizionale	Intervento e follow up
4 - 5	Rischio elevato	Si raccomanda un piano di supporto nutrizionale. Considerare la prescrizione di supplementi nutrizionali orali nell'attesa di una conferma dello stato clinico del paziente
1 - 3	Rischio medio	Considerare la necessità di un supporto nutrizionale. Controllare il peso due volte alla settimana e fare una valutazione settimanale dello stato nutrizionale del paziente.
0	Rischio basso	Nessun intervento nutrizionale necessario. Controllare il peso regolarmente e fare una rivalutazione settimanale del paziente

Fac-simile di modulistica da riportare su carta intestata dell'ente

Caratteristiche del supplemento (Allegato 7)	1. Fabbisogno giornaliero (KCal)
☐ Liquido ipercalorico ☐ Liquido ipercalorico iperproteico ☐ Liquido normocalorico iperproteico	2.
☐ Crema ipercalorica ☐ Crema ipercalorica iperproteica ☐ Crema normocalorica iperproteico	3.
☐ Altro _____	4.

Data presunta dimissione (se applicabile)/...../.....

Il paziente ha già assunto per ≥ 5 giorni la terapia nutrizionale prescritta dimostrando tollerabilità **si** ☐ **no** ☐

Se sì, indicare il nome commerciale del prodotto _____

Richiesta fornitura per mesi: _____

MEDICO PRESCRITTORE

COGNOME E NOME..... COD. FISCALE

LUOGO DI LAVORO/ STRUTTURA SANITARIA

TELEFONO CELLULARE.....

RUOLO ☐ Medico Prescrittore di UNC

☐ Medico Prescrittore di TNM

E-MAIL

Timbro e firma del Medico Prescrittore dell'UNC/TNM

.....

AUTORIZZAZIONE DA PARTE DEL DISTRETTO DI _____

DATA _____

Timbro e firma del Medico _____

Da compilare da parte della Farmacia:

Prodotto commerciabile disponibile _____

Se il prodotto è diverso da quello già testato, e' stata formalmente accettata dal clinico la sostituzione? **si** ☐ **no** ☐
(allegare documentazione)

Fabbisogni mensili _____

Data attivazione fornitura _____ Scadenza _____

Annotazioni _____

Firma del Farmacista _____ Data _____

Fac-simile di modulistica da riportare su carta intestata dell'ente

PRESCRIZIONE/RICHIESTA DI FORNITURA ADDENSANTI (Allegato 6)

(La prescrizione può esser fatta per massimo 3 mesi di fornitura)

Spett. Farmacia

Data/...../.....

☐ prima prescrizione

☐ rinnovo (trimestrale)

☐ variazione

Proposta n° (se applicabile) _____

DATI PAZIENTE:

COGNOME E NOME.....

DATA NASCITA..... COD. FISCALE.....

INDIRIZZO RESIDENZA.....

INDIRIZZO DOMICILIO.....

TELEFONO TELEFONO

E-MAIL

INDICAZIONI AL TRATTAMENTO

IL PAZIENTE E' DISFAGICO

La prescrizione standard deve prevedere l'utilizzo di polveri addensanti e riservare l'utilizzo di acqua gelificata ai soli casi di particolare criticità gestionale accertata dai prescrittori (es. intolleranza, pazienti pediatrici) e nei pazienti che mantengono attività al di fuori di casa e/o dei luoghi di cura

EVENTUALI ALTRE OSSERVAZIONI

Caratteristiche del supplemento (Allegato 8)	Fabbisogno giornaliero (grammi/ml)
1.	1.
2.	2.
3.	3.

Fac-simile di modulistica da riportare su carta intestata dell'ente

Data presunta dimissione (se applicabile)

Il paziente ha già assunto per ≥ 5 giorni la terapia nutrizionale prescritta dimostrando tollerabilità **si** ☐ **no** ☐

Se sì, indicare il nome commerciale del prodotto

Richiesta fornitura per mesi:

MEDICO PRESCRITTORE

COGNOME E NOME..... COD. FISCALE

LUOGO DI LAVORO/ STRUTTURA SANITARIA

TELEFONO CELLULARE.....

RUOLO ☐ Medico Prescrittore di UNC

☐ Medico Prescrittore di TNM

E-MAIL

Timbro e firma del Medico Prescrittore dell'UNC/TNM

.....

AUTORIZZAZIONE DA PARTE DEL DISTRETTO DI

DATA

Timbro e firma del Medico

Da compilare da parte della Farmacia:

Prodotto commerciabile disponibile

Se il prodotto è diverso da quello già testato, e' stata formalmente accettata dal clinico la sostituzione? **si** ☐ **no** ☐
(allegare documentazione)

Fabbisogni mensili

Data attivazione fornitura Scadenza

Annotazioni

Firma del Farmacista Data

PERCORSO DI PRESA IN CARICO NAD (Allegato 7)

Proposta di avvio

Il medico che ha in cura il paziente propone all'Unità di Dietetica e Nutrizione Clinica/Team Nutrizionale Multidisciplinare il paziente candidato all'attivazione della NAD



Valutazione e prescrizione

L'Unità di Dietetica e Nutrizione Clinica/Team Nutrizionale Multidisciplinare valuta la proposta di attivazione e prescrive la NAD in base alla valutazione clinica



Informazione e condivisione

L'Unità di Nutrizione Clinica/Team Nutrizionale Multidisciplinare si raccorda con la ASST territorialmente competente per definire e condividere con tutti gli attori della rete di offerta e la famiglia il piano terapeutico nutrizionale.



Fornitura

Il Servizio deputato all'erogazione della NAD garantisce, di intesa con l'Unità di Nutrizione Clinica/Team Nutrizionale Multidisciplinare, l'avvio del trattamento nei tempi previsti, garantendo la fornitura delle soluzioni/miscele nutrizionali e dei dispositivi medici necessari e un eventuale percorso di dimissioni protette dall'ambiente di ricovero



Follow-up

L'Unità di Nutrizione Clinica/Team Nutrizionale Multidisciplinare, in raccordo con la ASST territorialmente competente del paziente ed il MMG/ PLS, garantisce il monitoraggio e una rivalutazione periodica del piano terapeutico nutrizionale, intervenendo in particolare nella gestione delle complicanze

ELENCO TIPOLOGIE DI MISCELE PRESCRIVIBILI PER NUTRIZIONE ENTERALE

(Allegato 8)

1. DIETE PER PAZIENTI ADULTI

DIETA POLIMERICA NORMOCALORICA (1KCal/ml) PER SONDA
DIETA POLIMERICA IPERPROTEICA (1,2KCal/ml) PER SONDA
DIETA POLIMERICA IPERCALORICA (1,5KCal/ml) PER SONDA
DIETA POLIMERICA IPERPROTEICA (1KCal/ml) CON FIBRE PER SONDA
DIETA POLIMERICA NORMOCALORICA (1KCal/ml) CON FIBRE PER SONDA
DIETA POLIMERICA NORMOCALORICA (1KCal/ml) CON FIBRE SOLUBILI PER SONDA
DIETA POLIMERICA IPERCALORICA (1,5KCal/ml) CON FIBRE PER SONDA
DIETA POLIMERICA IPERCALORICA (1,5KCal/ml) CON FIBRE SOLUBILI PER SONDA
DIETA POLIMERICA IPERCALORICA IPERPROTEICA (2KCal/ml) CON FIBRE PER SONDA
DIETA POLIMERICA NORMOCALORICA (1KCal/ml) CON PROTEINE DELLA SOYA
DIETA POLIMERICA NORMOCALORICA IPERPROTEICA (1KCal/ml) ARRICCHITA CON IMMUNONUTRIENTI
DIETA POLIMERICA NORMOCALORICA IPERPROTEICA (1KCal/ml) CON ARGININA E FIBRE
DIETA ELEMENTARE O SEMIELEMENTARE NORMOCALORICA IPOLIPIDICA (1KCal/ml) CON MCT
DIETA ELEMENTARE O SEMIELEMENTARE IPERCALORICA IPERPROTEICA (1,5KCal/ml)
DIETA POLIMERICA NORMOCALORICA (1KCal/ml) PER DIABETICI
DIETA POLIMERICA IPERCALORICA IPERPROTEICA (1KCal/ml) PER DIABETICI
DIETA NORMOCALORICA A BASE DI COMPONENTI NATURALI OMOGENIZZATI PER SONDA

2. DIETE PER PAZIENTI PEDIATRICI

DIETA COMPLETA NORMOCALORICA 0-18 MESI
DIETA COMPLETA NORMOCALORICA 1-6 anni
DIETA COMPLETA NORMOCALORICA 1-6 anni CON FIBRE
DIETA COMPLETA NORMOCALORICA 7-12 anni
DIETA COMPLETA NORMOCALORICA 7-12 anni CON FIBRE
DIETA COMPLETA IPERCALORICA 1-6 anni
DIETA COMPLETA IPERCALORICA 1-6 anni CON FIBRE
DIETA COMPLETA IPERCALORICA 7-12 anni CON FIBRE
DIETA SEMIELEMENTARE NORMOCALORICA C/PEPTIDI ARRICCHITA MCT 1-6 anni o 8-20Kg
DIETA SEMIELEMENTARE NORMOCALORICA C/PEPTIDI ARRICCHITA MCT 0-18 mesi o fino 9Kg
LATTE C/AMINOACIDI LIBERI X PZ ALLERGICI PROTEINE LATTE > 1 ANNO
LATTE C/AMINOACIDI LIBERI X PZ ALLERGICI PROTEINE LATTE <1 ANNO

ELENCO TIPOLOGIE DI MISCELE PRESCRIVIBILI PER NUTRIZIONE PARENTERALE

(Allegato 9)

SACCA A DOPPIO COMPARTO VARI VOLUMI
SACCA A DOPPIO COMPARTO CON ELETTROLITI VARI VOLUMI
SACCA A TRIPLO COMPARTO VARI VOLUMI
SACCA A TRIPLO COMPARTO CON ELETTROLITI VARI VOLUMI

ELENCO TIPOLOGIE DI SUPPLEMENTI NUTRIZIONALI ORALI

(Allegato 10)

1. ONS PER PAZIENTI ADULTI

SUPPLEMENTO ORALE CREMOSO IPERCALORICO IPERPROTEICO
SUPPLEMENTO ORALE CREMOSO IPERCALORICO IPERPROTEICO A BASSO INDICE GLICEMICO
SUPPLEMENTO ORALE LIQUIDO IPERCALORICO
SUPPLEMENTO ORALE LIQUIDO IPERCALORICO PER INSUFFICIENZA RENALE IN DIALISI (anche per sonda)
SUPPLEMENTO ORALE LIQUIDO IPERCALORICO PER INSUFFICIENZA RENALE NON IN DIALISI (anche per sonda)
SUPPLEMENTO ORALE LIQUIDO IPERCALORICO PER PAZIENTI CON INSUFFICIENZA RESPIRATORIA
SUPPLEMENTO ORALE LIQUIDO IPERCALORICO IPERPROTEICO
SUPPLEMENTO ORALE LIQUIDO IPERCALORICO IPERPROTEICO A VOLUME RIDOTTO
SUPPLEMENTO ORALE LIQUIDO IPERCALORICO IPERPROTEICO A VOLUME RIDOTTO CON FIBRE
SUPPLEMENTO ORALE LIQUIDO IPERCALORICO IPERPROTEICO CON EPA PER PAZIENTI ONCOLOGICI
SUPPLEMENTO ORALE LIQUIDO NORMOCALORICO IPERPROTEICO
SUPPLEMENTO ORALE LIQUIDO NORMOCALORICO IPERPROTEICO PER DIABETICI
SUPPLEMENTO ORALE LIQUIDO NORMOCALORICO IPERPROTEICO IMMUNOMODULANTE
SUPPLEMENTO ORALE LIQUIDO SEMIELEMENTARE NORMOCALORICO IPERPROTEICO
SUPPLEMENTO ORALE PRIVO DI LIPIDI
SUPPLEMENTO ORALE PER EPATOPATICI
SUPPLEMENTO ORALE C/EMULSIONE LIPIDI
SUPPLEMENTO ORALE IN POVERE NORMOCALORICO IMMUNOMODULANTE
SUPPLEMENTO ORALE IN POLVERE MODULARE GLUCIDICO
SUPPLEMENTO ORALE IN POLVERE MODULARE PROTEICO
ADDENSANTE IN POLVERE
BEVANDA GELIFICATA
BEVANDA GELIFICATA SENZA ZUCCHERO

2. DIETE PER PAZIENTI PEDIATRICI

SUPPLEMENTO ORALE CREMOSO IPERCALORICO IPERPROTEICO > 1 anno
SUPPLEMENTO ORALE LIQUIDO IPERCALORICO IPERPROTEICO CON FIBRE > 1 anno
SUPPLEMENTI PER DIETA CHETOGENICA IN EPILESSIA REFRATTARIA

Fac-simile di modulistica da riportare su carta intestata

MODULO DI MONITORAGGIO DOMICILIARE

(Allegato 11)

Data/...../.....

DATI PAZIENTE:

COGNOME E NOME.....

DATA NASCITA..... COD. FISCALE.....

INDIRIZZO RESIDENZA.....

INDIRIZZO DOMICILIO.....

TELEFONO CELLULARE

E-MAIL

PATOLOGIA:.....

MONITORAGGIO DELLA TERAPIA NUTRIZIONALE IN ATTO

Data prima prescrizioneData ultima prescrizioneScadenza prescrizione.....

Data ultimo controllo.....

Annotazioni.....

<u>NUTRIZIONE ENTERALE</u> <u>PER OS</u>		☐ si ☐ no	Tipologia ☐ liquida ☐ cremosa ☐ polvere				
Quantità/die							
Prodotto in uso							
<u>NUTRIZIONE ENTERALE</u>		☐ si ☐ no	Tipologia di accesso ☐ SNG ☐ SND ☐ PEG ☐ PEJ ☐ ALTRO				
Prodotto in uso							
Volume (ml)/die							
Velocità di somministrazione (ml/h)							
Modalità di somministrazione		☐ bolo	☐ pompa		☐ deflussore a gravità		
<u>NUTRIZIONE PARENTERALE</u>		☐ si ☐ no	Tipologia di accesso vascolare ☐ PORT ☐ PICC ☐ Groshong ☐ Altro				
Prodotto in uso							
Volume (ml)/die							
Velocità di infusione (ml/h)							

Fac-simile di modulistica da riportare su carta intestata

Modalità di somministrazione	pompa (deflussore dedicato)		
Oligoelementi	☐ si ☐ no	Supplemento vitaminico	☐ si ☐ no
Quantità mensile		Quantità mensile	
Altre soluzioni o supplementazioni	☐ si ☐ no		

COMPLICANZE	☐ si ☐ no	Se si, quali:
AZIONI CORRETTIVE	☐ si ☐ no	Se si quali:
COMPLIANCE ALLA PRESCRIZIONE	☐ si ☐ no	% di adesione

MONITORAGGIO DELLA CONDIZIONI CLINICHE DEL PAZIENTE

Peso (kg)	Altezza (cm)	BMI(Kg/m ²)
Il paziente ha perso peso dalla precedente valutazione del? ☐ si ☐ no		
Il paziente ha ridotto l'alimentazione? ☐ si ☐ no	Se si quanto: ☐ Invariata o diminuita leggermente	☐ Diminuita moderatamente ☐ Diminuita sensibilmente ☐ Quasi totalmente
SINTOMATOLOGIA		
Anoressia ☐ si ☐ no	☐ no	
Disfagia ☐ si ☐ no	☐ no	☐ solidi ☐ liquidi
Odinofagia ☐ si ☐ no	☐ no	
Disguesia ☐ si ☐ no	☐ no	
Nausea ☐ si ☐ no	☐ no	
Vomito ☐ si ☐ no	☐ no	Se si, quante volte?
Diarrea ☐ si ☐ no	☐ no	Se si, quante volte?
Stipsi ☐ si ☐ no	☐ no	
Consistenza feci ☐ liquide ☐ semiliquide ☐ solide		

PARAMETRI BIOCHIMICI		Data
HGB (g/dl)	Glicemia (mg/dl)	Urea (mg/dl)
RBC (x10 ⁶ /ul)	Na (mEq/l)	GGT (mU/ml)
HCT (%)	K (mEq/l)	ALT (mU/ml)
MCV (fl)	Cl (g/dl)	AST (mU/ml)
MCH (pg)	Ca (mg/dl)	PCR (mg/dl)
RDWCV EMO (%)	Mg (mg/dl)	Folati (ng/ml)
WBC (x10 ³ /ul)	P (mg/dl)	Trigliceridi (mg/dl)
Neutrofili (x10 ³ /ul)	Sideremia (mcg/dl)	PAB (mg/dl)
Linfociti (x10 ³ /ul)	Ferritina (ng/ml)	Albumina (g/dl)
Monociti (x10 ³ /ul)	Vitamina B12 (pg/ml)	Bilirubina totale (mg/dl)
Eosinofili (x10 ³ /ul)	Creatinina (mg/dl)	
Basofili (x10 ³ /ul)	eGRF (ml/min/1.73m ²)	

Nome, Cognome e Firma dell'operatore sanitario

.....