Regione del Veneto

UNITÀ • LOCALE SOCIO • SANITARIA ULSS 5 OVEST VICENTINO

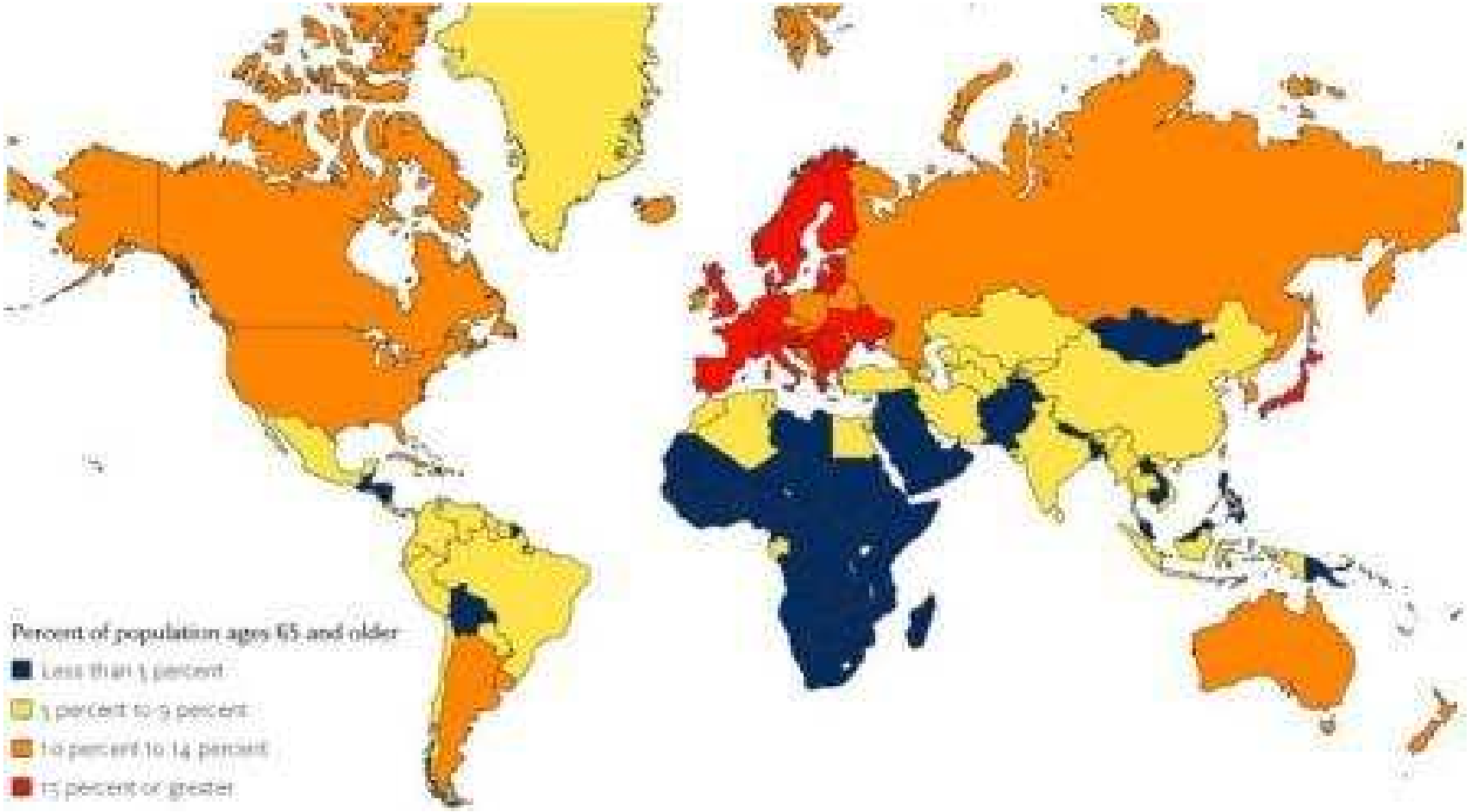
La Nutrizione Clinica fra Prevenzione, Diagnosi e Cura

Realtà di un Territorio

Dr.G.Ronzani
Resp. UOSD di Dietetica e Nutrizione Clinica
ULSS n° 5 <Ovest Vicentino>

Distribuzione della popolazione anziana nel mondo

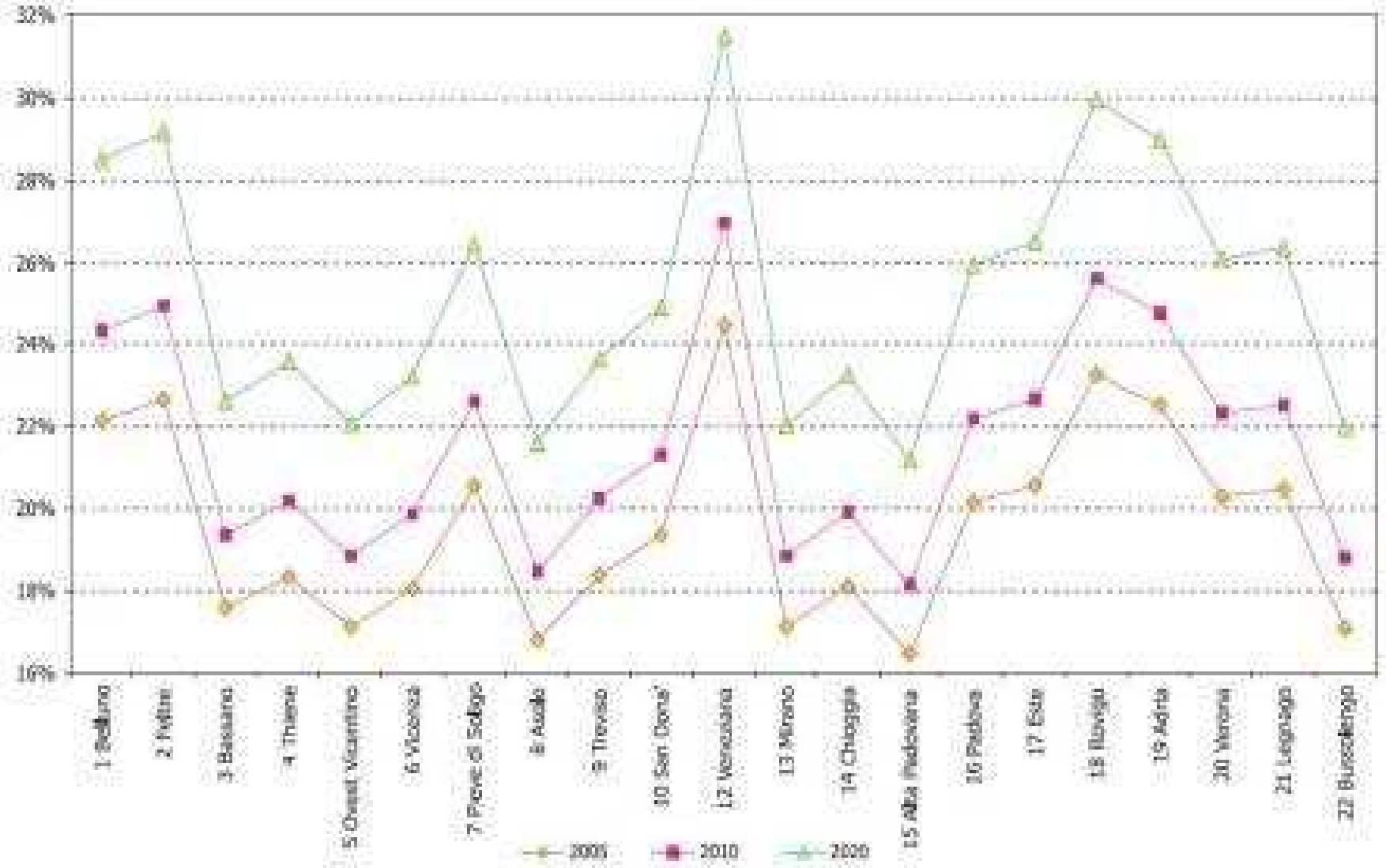
Population Age 65 and Older, by Country



Source: Carl Haub, *2007 World Population Data Sheet*.

© 2007 **POPULATION REFERENCE BUREAU**

Previsione andamento percentuale delle persone di 65 anni e più sula totale della popolazione dal 2005 al 2020 nella Regione del Veneto



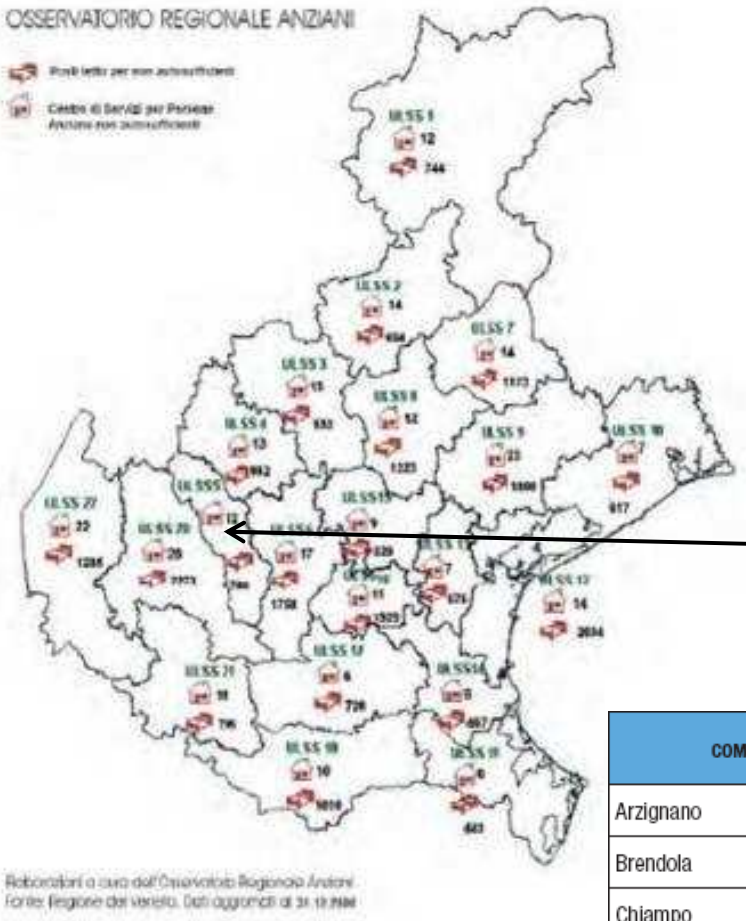
AZIENDA ULSS N. 5 OVEST VICENTINO
Via Trento 4 - 36071 Arzignano VI
Tel. 0444-479111
sito Internet: www.ulss5.it
e-mail: info@ulss5.it
UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO
Tel. 0444-479580 Fax 0444-479615
e-mail:urp@ulss5.it

ALONTE, ALTISSIMO, ARZIGNANO, BRENDOLA, BROGLIANO, CASTELGOMBERTO, CHIAMPO, CORNEDO VICENTINO, CRESPADORO, GAMBELLARA, GRANCONA, LONIGO, MONTEBELLO VICENTINO, MONTECCHIO MAGGIORE, MONTORSO VICENTINO, NOGAROLE VICENTINO, RECOARO TERME, SAN PIETRO MUSSOLINO, SAREGO, TRISSINO, VALDAGNO, ZERMEGHEDO

INCIDENZA POPOLAZIONE ANZIANA

	TOTALE	M	F
Popolazione AULSS 5 Ovest Vicentino	173.827	87.787	86.040
Popolazione +65 anni AULSS	28.807	11.685	17.122
% +65 anni su totale popolazione AULSS	16,57%	13,31%	19,90%
Popolazione Veneto	4.699.950	2.301.528	2.398.422
Popolazione +65 anni Veneto	888.836	359.509	529.327
% +65 anni su totale popolazione Veneto	18,91%	15,62%	22,06%

Fonte: ISTAT, 01.01.2005



Distribuzione Centri di Servizio Residenziali nel Veneto

ULSS 5 <Ovest Vicentino>

COMUNE	DENOMINAZIONE	POSTI PER AUTOSUFFICIENTI	POSTI PER NON AUTOSUFFICIENTI		CENTRO DIURNO
			RIDOTTA	MAGGIORE	
Arzignano	CENTRO RESIDENZIALE ANZIANI "S. SCALABRIN"	32	90		
Brendola	CASA DI RIPOSO "S. M. BERTILLA"	53	57		
Chiampo	CASA DI RIPOSO "S. ANTONIO"	64	62		
Cornedo Vicentino	CASA DI RIPOSO "DOTT. UMBERTO ED ALICE TASSONI"	45	35		
Lonigo	VILLA SERENA	70	90		
Montebello Vicentino	CASA DI RIPOSO "SAN GIOVANNI BATTISTA"	29	79		
Montecchio Maggiore	IPAB LA PIEVE		45	24	6
Recoaro Terme	CENTRO POLIFUNZIONALE RESIDENZA GIARDINO	4	20		
Sarego Fr. Meledo	IPAB SERVIZI SOCIO-ASSISTENZIALI "G. BISOGNIN"	44	62		
Trissino	CASA DI RIPOSO	34	26		
Valdagno	CASA DI RIPOSO "VILLA SERENA"		70	24	20
Valdagno	FONDAZIONE MARZOTTO	57	90		

Cucina nelle Case di Riposo ULSS 5

Arzignano	CR Scalabrin	Cucina interna
Chiampo	CR S.Antonio	Cucina interna
Brendola	CR S.Bertilla	Cucina interna con Serenissima
Meledo	CR Bisognin	Cucina interna
Lonigo	CR Villa Serena	Cucina interna
Montebello	CR S.Giovanni	Cucina interna
Montecchio Maggiore	CR La Pieve	Cucina Ospedale Montecchio
Gambellara	CR	Cucina interna
Trissino	CR	Pasti da Villa Serena (Valdagno)
Cornedo Vicentino	CR Tassoni	Cucina interna
Castelvecchio	CR Montalbieri	Cucina interna
Valdagno	CR Villa Serena	Cucina interna con Sodexo
Valdagno	Fondazione Marzotto	Cucina interna
Recoaro	Residenza Giardino	Cucina interna

Reducing heart attack in people with heart disease

Intervention	Risk reduction
Mediterranean diet	72%
Fish oil	35%
Quit smoking advice	32%
Statins	25%
Antihypertensives	21%
Aspirin	18%

Source: de Lorgirel et al, The final report of the Lyon Diet Heart Study: Circulation.

Cost-effectiveness of prevention for heart disease

Treatment	Cost per life year gained (£ sterling)
Aspirin	50
Thiazide (antihypertensive)	66
Mediterranean Diet	***290***
ACE Inhibitor (antihypertensive)	5634
Simvastatin (cholesterol lowering)	8240

Source: Ebrahim S, Davey-Smith G, McCabe C, Payne N, Pickin M, Sheldon TA et al. What role for statins? A review and Economic model. Health Technol Assess 1999;3:No (19)

Mediterranean diet and risk for Alzheimer's disease

Scarmeas N. *et al Annals of Neurology 2006*

La Dieta Mediterranea caratterizzata da alto consumo di:

- vegetali
- Legumi
- Frutta
- Cereali
- Alto consumo acidi grassi insaturi (olio di oliva)
- Basso consumo acidi grassi saturi, carne
- Moderato consumo di pesce, prodotti caseari, vino

Riduce il rischio di malattie cardiovascolari e tumori
Migliora la performance cognitiva e riduce il rischio di Alzhaimer (AD)

Ibuprofen- like activity in extra-virgin olive oil

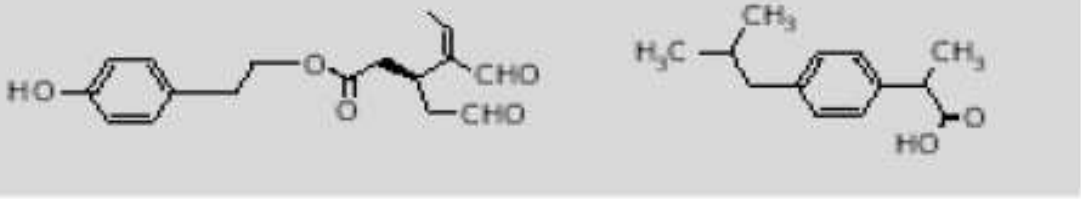


Figure 1 | Structures of (−)oleocanthal (left) and the anti-inflammatory drug ibuprofen (right). How they underpin the similar throat-irritating and pharmacological properties of the two compounds is unclear as yet.

-Newly pressed extra-virgin olive oil contains oleocanthal, a compound whose pungency induces a strong stinging sensation in the throat as FANS

- 50g of extra-virgin olive oil contain 200 µg/ml of oleocanthal

- this dose is corresponding to 10% of ibuprofen dosage recommended for adult pain relief

Beuchamp et al. Nature vol 437 1 Settembre 2005

Alimentazione, stato nutrizionale e case di riposo (indagine 1997)

Malnut. Moderata (calo peso fra 10-20% v.n.)	20.1%	Alimentazione spontanea	59.6%
Malnut. Grave (calo peso sup. 20 % v.n.)	11.4%	Alimentazione assistita	32.3%
Malnutriti edematosi	27%	Alimentazione artificiale	5%
Fabbisogni energetici (BEE)	1173	Alimentazione mista	2.5%

Inchiesta in una C.R. Aprile-Luglio 2005

PARAMETRO	ALIMENTATI PER OS	OSPITI IN NUTRIZIONE ARTIFICIALE
BMI	Obesi 17% Sovrappeso 31% Normopeso 36% Sottopeso 17%	Obesi 0% Sovrappeso 30% Normopeso 60% Sottopeso 10%
BMI (Medio)	Maschi 24,5 Femmine 25,4	Maschi 21,2 Femmine 23,7
Circonferenza addome (media)	Maschi 97,5 cm Femmine 94,6 cm	
Variazioni di peso (ultimi 4-5 mesi)	Aumento 12,5% Invariato (<5%) 65% Riduzione (5-10%) 19% Riduzione (10-20%) 3%	Aumento 20% Invariato (<5%) 60% Riduzione (5-10%) 15% Riduzione (10-20%) 5%

PARAMETRO	ALIMENTATI PER OS		OSPITI IN NUTRIZIONE ARTIFICIALE	
Albumina	Normale Deficit lieve Deficit medio Deficit grave	66% 27% 5,5% 1,5%	Normale Deficit lieve Deficit medio Deficit grave	32% 58% 5% 5%
Prealbumina	Normale Deficit lieve Deficit medio Deficit grave	64,5% 31% 3,5% 1%	Normale Deficit lieve Deficit medio Deficit grave	37% 58% 5% 0%
Transferrina	Normale Deficit lieve Deficit medio Deficit grave	83% 12,5% 3,5% 1%	Normale Deficit lieve Deficit medio Deficit grave	55% 40% 5% 1%
Linfociti totali	Normale Deficit lieve Deficit medio Deficit grave	81% 14% 4% 1%	Normale Deficit lieve Deficit medio Deficit grave	80% 10% 10% 0%

Presentazione Linee di Indirizzo per la Ristorazione nelle strutture assistenziali extra ospedaliere

Saverio Chilese

Referente Scheda Tematica 2 Ris. Collettiva
Piano Triennale Sicurezza Alimentare 2005-2007

- *Soggetti coinvolti per il loro ruolo specifico professionale:*

Dietista

Medici Medicina generale

Geriatri

Psicologi e Psichiatri

Personale sanitario d'assistenza

Personale addetto alla preparazione dei pasti

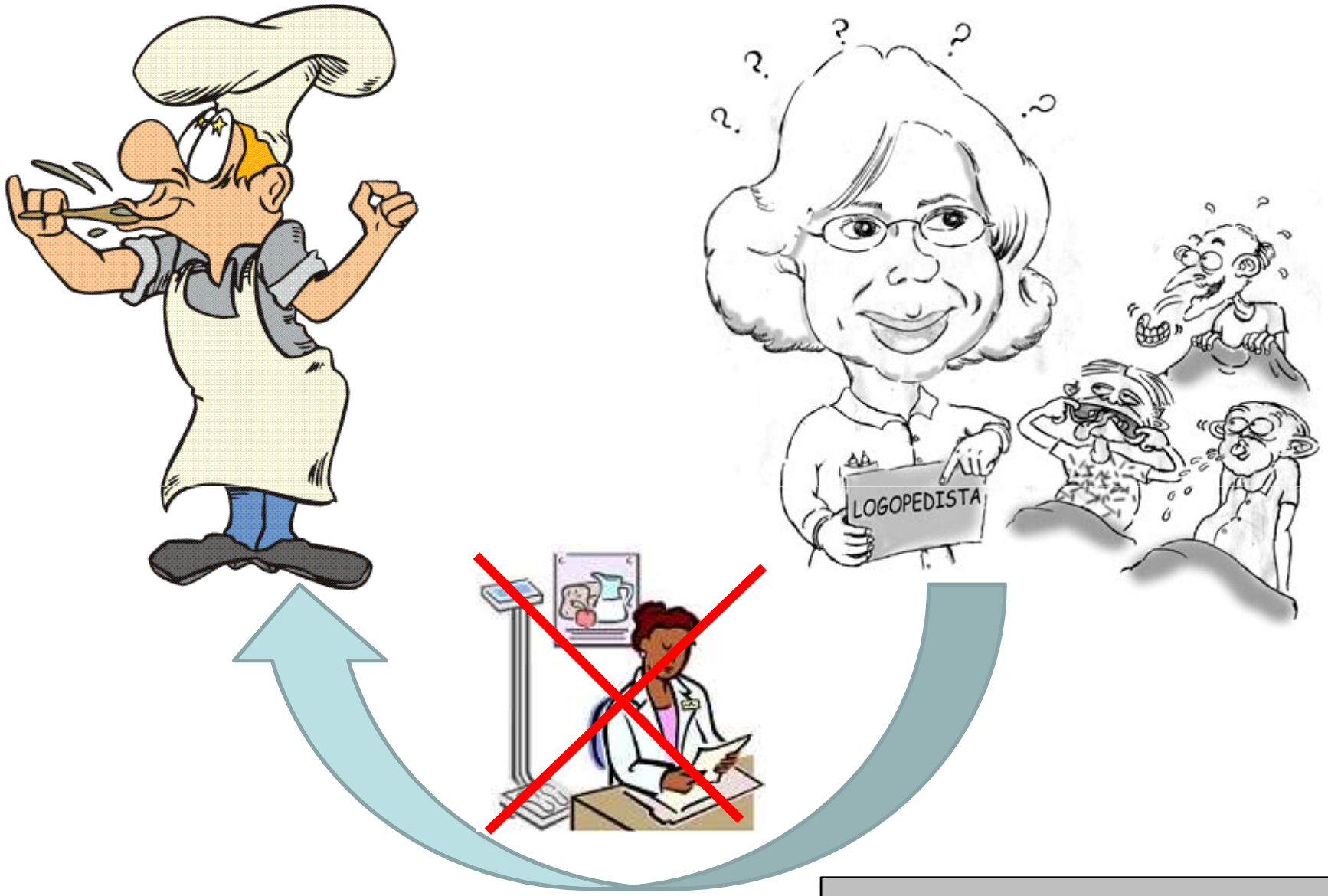
Logopedisti

Assistenti sociali

Associazioni di persone in assistenza, associazioni dei parenti ed altre associazioni coinvolte

Servizi di dietetica e nutrizione clinica delle Aziende U.L.S.S.

Servizi di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione delle U.L.S.S.



Percorso attuato

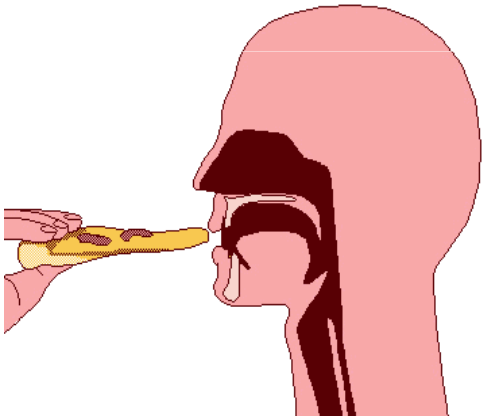
nelle Case di Riposo dell'ULSS 5

Normativa – Regione Veneto

- D.G.R. n°2092 del 14 Maggio 1996 “Criteri generali per il rimborso spese….” (secondo quanto previsto dalla L.R. 5 del 3/2/1996)
- D.G.R. n°4208 dl 23/11/1999 approva lo **schema tipo di convenzione generale**
- Delibera D.G. n° 435 del 19/04/2000 recepisce lo schema tipo che regolamenta i rapporti fra azuienda ULSS e Centri Servizio
- Nuovo schema tipo di convenzione viene approvato con D.G.R.V. n°3856 del 2005
- Delibera D.G. n°421 del 5/8/2005 approvazione dello schema tipo di convenzione fra case di riposo e azienda ULSS 5 Ovest Vicentino

Prevalenza della disfagia nella patologia neurodegenerativa

Patologia	Percentuale di Disfagia
Ictus in fase acuta	25-50 %
Sclerosi Multipla	25 % aumentando con la disabilità (EDSS score)
Sclerosi Laterale Amiotrofica	Fino al 100 % in fase terminale
Malattia di Parkinson	30-100 %



Schema tipo di Convenzione

Art. 7 Attività di Riabilitazione

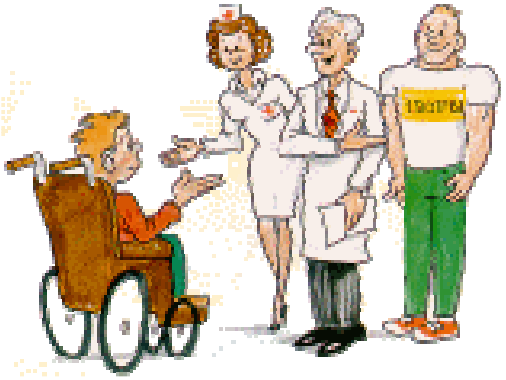
L'attività riabilitativa all'interno della struttura protetta si configura in :

a) interventi che comprendono attività finalizzate a mantenere gli ospiti nel più alto grado di autosufficienza possibile.

b) interventi che comprendano prestazioni atte a ridurre le conseguenze delle menomazioni.

L'attività fisio-riabilitativa sarà rimborsata capite/die pro capite equivalente ospite:

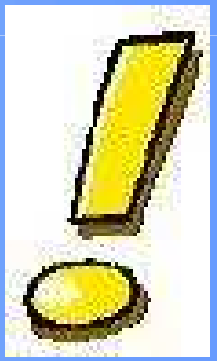
Euro 1,52 se svolta dal fisioterapista (1/60 ospiti)
Euro 1,17 se svolta da personale il cui titolo professionale riconosciuto in ambito nazionale o regionale per le finalità di cui al punto a) e b) (1/60 ospiti)
Euro 0,48 se svolto da logopedista (1/60 ospiti)
Euro 1,52 se svolta da psicologo (1/120 ospiti)



Dieta a consistenza modificata per disfagia

obiettivi alimentazione

- Sicurezza del paziente
- Prevenire e/o correggere lo stato di malnutrizione/disidratazione
- Proporre cibi invitanti



Scheda combinata

VALUTAZIONE DIETETICA

Peso attuale
Peso abituale
Altezza
BMI
BEE

Patologie metaboliche (diabete, dislipidemia…)
Piaghe o decubiti
Febbre
Edemi
Nausea o vomito
Diarrea
Stipsi
Inappetenza

Quanti pasti completi assume:

Tempo impiegato per consumare il pasto: breve medio lungo

Cibi graditi:

Cibi non graditi:

Consuma: Latte
Latticini
Frutta fresca
Verdura
Carne
Pesce

Uso di addensante per liquidi: sì no
quantità

DIETA INDICATA :

Dieta **1** per disfagia LIEVE (*sciroppo*)
Dieta **2** per disfagia MODERATA (*crema*)
Dieta **3** per disfagia GRAVE (*budino*)

INDICAZIONI GENERALI :
- Consigli sulla modificazione della consistenza degli alimenti, come addensare
- Quali cibi preferire, quali evitare

VALUTAZIONE LOGOPEDICA DELLA DISFAGIA

Cognome e Nome Data

Diagnosi (segnalare eventuali episodi di ab-ingestis):

Stato di vigilanza:	□ vigile	□ parz. vigile	□ assopito
Disturbi comportamentali:	□ no	□ sì _____	
Variazioni di peso corporeo:	□ no	□ sì _____	□ calo ponderale nell'arco di breve tempo
Collaborazione:	□ buona	□ ridotta	□ assente
Stato di dentizione:	□ denti propri	□ protesi	□ edentulia
Congruenza delle protesi:	□ sufficiente	□ insufficiente	
Qualità vocale:	□ normale	□ disfonia/ disartria	
Respirazione alterata:	□ no	□ sì	
Sensibilità orale alterata:	□ no	□ sì	□ non valutabile
Prassie bucco-linguali:	□ buone	□ sufficienti	□ compromesse
Deglutizione volontaria:	□ no	□ sì	□ non valutabile
Tosse volontaria:	□ no	□ sì	□ non valutabile
Riferisce difficoltà a deglutire?	□ no	□ a volte	□ sì
Se sì, quali alimenti?			
Modalità di nutrizione:	□ orale	□ par/enterale	□ mista
Livello di aiuto:	□ minimo	□ medio	□ totale
Postura:	□ corretta	□ scorretta	
Capacità di masticazione:	□ scarse	□ medie	□ buone
Eccessiva velocità/lentezza nell'assumere cibo:		□ no	□ sì
Perdita di cibo/liquidi dalla bocca/dal naso:		□ no	□ sì
Tosse alla deglutizione di:	□ saliva	□ acqua	□ solidi
		□ semiliquidi	□ semisolidi
Deglutizione in più atti:	□ no	□ sì	
Percezione alterata del gusto:	□ no	□ sì	□ non valutabile
Variazione della qualità vocale dopo deglutizione:		□ no	□ sì
Variazione della temperatura corporea dopo mangiato:		□ no	□ sì

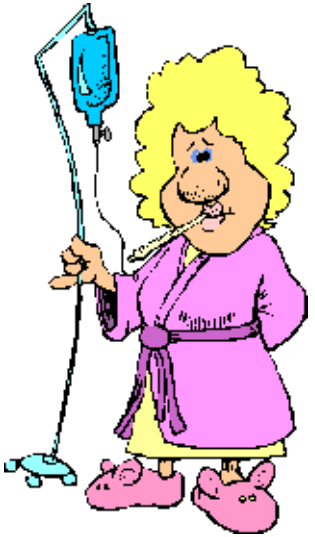
Modalità di nutrizione consigliabile dopo valutazione:

DIETA:	□ liquidi	□ solidi	
	□ semiliquidi	□ semisolidi	
CONSISTENZA (dei liquidi):	□ sciroppo	□ yogurt/crema	□ budino

ALTRO:

La Logopedista:

Schema tipo di Convenzione



Art 10. Fornitura di Alimentazione Artificiale

- L'Azienda ULSS è tenuta a fornire direttamente, attraverso il proprio servizio farmaceutico, i prodotti dietetici inclusi nel Prontuario Terapeutico Regionale per le Strutture Sanitarie Protette, atti ad una somministrazione **enterale** agli ospiti comprensiva di tutto l'occorrente per la somministrazione (pompe, diffusori, addensanti etc.), per la quale vi sia comprovata necessità certificata congiuntamente dal medico curante e dal medico coordinatore **nell'ambito dei programmi terapeutici riabilitativi personalizzati**

A.Keys

Casa di Riposo
è
Territorio

Regione del Veneto

giunta regionale

D.G.R. n. 2634 del 27/07/1999

Data, 12 OTT. 1999 Protocollo N° (da citare nella risposta) 9801 /2015 Allegati N° 1

Oggetto D.G.R. n. 2634 del 27/07/1999 "Approvazione di Linee Guida sulla Nutrizione Artificiale Domiciliare (N.A.D.).
Art. 4 della L.R. n.11 del 10.04.1998".

Ai Signori Direttori Generali
delle Aziende Unità Locali
Socio Sanitarie del Veneto
LORO SEDI

U.L.S.S. n°5 OVEST VICENTINO
SEGRETERIA GENERALE
15 OTT. 1999
Prot. 17353 Tit. ..... Cat. .....

Al Signor Direttore Generale
dell'Azienda Ospedaliera **PADOVA**
Via Giustiniani, 2
35128 PADOVA

Al Signor Direttore Generale
dell'Azienda Ospedaliera **VERONA**
Piazzale Stefani, 1
37126 VERONA

Per dovuta conoscenza e per i connessi interventi operativi si provvede a trasmettere alle S.S.L.L. la **Deliberazione** della Giunta Regionale **n. 2634 del 27.07.1999** avente ad oggetto **"Approvazione di Linee Guida sulla Nutrizione Artificiale Domiciliare (N.A.D.). Art. 4 della L.R. n. 11 del 10.04.1998".**
Si sottolinea l'importanza dell'intervento regionale per gli aspetti di assoluta novità che lo stesso presenta rispetto al quadro nazionale a tutt'oggi ancora privo di qualsiasi regolamentazione mentre per quanto concerne il quadro normativo regionale, si precisa che gli interventi di N.A.D, così come configurati dalle Linee Guida Regionali, si collocano coerentemente all'interno dei percorsi garantiti dal Distretto Socio-Sanitario dell'Azienda U.L.S.S., pur in raccordo con il competente presidio ospedaliero. Ciò comporta la forte opportunità di coinvolgere, nella predisposizione del programma attuativo aziendale, i Responsabili dei Distretti.

Al fine di poter garantire una concreta effettività d'intervento, si invitano i Direttori Generali delle Aziende U.L.S.S., a provvedere quanto prima **alla nomina con formale provvedimento, del Team Nutrizionale d'Azienda (T.N.)** nella composizione prevista dalle Linee Guida Regionali, e a considerare all'interno del bilancio aziendale, i costi connessi agli interventi del T.N. secondo le **Tariffe riportate nell'allegato 4** delle Linee guida di cui alla D.G.R. in oggetto.

Direzione Regionale Programmazione Socio-Sanitaria

1) Paziente ospedalizzato (anche in Ospedali/Cliniche Accreditati o Centri Extra-Regionali): il medico ospedaliero che ha in cura il paziente candidabile alla NAD. compila un apposito modulo, definito dalla Regione, entro 5 giorni almeno dalla data prevista per la dimissione e lo invia al TN di riferimento dell'Azienda ULSS dell'assistito il quale, verificato l'eleggibilità del paziente, segnala il caso al Distretto dell'assistito, per l'eventuale accoglimento in ADIMED. Il piano assistenziale per la NAD viene valutato in sede di UOD integrata da un componente del Team nutrizionale;

2) Paziente già a domicilio: il MMG/PLS segnala al distretto di appartenenza il proprio paziente candidabile alla NAD (con appositi moduli definiti dalla Regione, per assistito adulto e assistito pediatrico); il distretto trasmette il modulo al TN di riferimento e, se il paziente è ritenuto eleggibile al trattamento di NAD, segnala il caso al Unità Operativa Distrettuale (UOD), per l'eventuale accoglimento in ADIMED.

3) Ospiti in case di riposo per non autosufficienti o in RSA: la procedura per l'attivazione della NAD sarà la medesima prevista al precedente punto Cap. 2, paragrafo B.2. Tuttavia gli interventi di NA, all'interno delle suddette strutture, protette, saranno gestiti preferibilmente dal personale sanitario già presente presso la struttura . La specifica regolamentazione relativa ai rapporti, tra ULSS, team nutrizionale di riferimento e struttura residenziale, sarà precisata in occasione dell'emanando nuovo schema tipo di convenzione tra ULSS e Case di riposo.

Capitolo 3: **Aspetti amministrativi e strategia di gestione**

A. Il TN ha, di norma, il proprio centro di costo per le attività di consulenza extra-ospedaliere nell'ambito del DSS che garantisce l'intervento domiciliare.

B. Le attività garantite dal TN sono tariffate secondo gli importi riportati nella tabella A dell'allegato 4. Nella tariffa non è compresa la spesa per i materiali e/o presidi, e per le miscele nutrizionali. Le modifiche e/o gli aggiornamenti del tariffario saranno proposte della Commissione Regionale per la NAD.

C. La diretta ed autonoma erogazione di miscele nutrizionali e di materiali vari pertinenti alla NAD, effettuata da PO pubblici o privati temporaneamente accreditati in forme diverse da quella dell'ADIMED, e le eventuali relative prestazioni, sono a carico del PO erogante e non rientrano nella regolamentazione del servizio previsto dalla Regione del Veneto qui regolamentato.

ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE numero 2634 in data 27 LUG. 1999

GIUNTA REGIONALE DEL VENETO SEGRETERIA

Allegato alla dgr n. del

DIREZIONE REGIONALE PROGRAMMAZIONE SOCIO SANITARIA
IL DIRIGENTE REGIONALE
Dott. Filippo Palumbo

Integratori non sono NA

ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE numero 2634 in data 27 LUG. 1999

GIUNTA REGIONALE DEL VENETO SEGRETERIA

F. Gli aspetti che questo documento affronta, specificatamente rivolti alla NAD, di cui alla legge istitutiva n.11 del 10 aprile 1998 della Regione del Veneto, sono dunque:
a) le indicazioni ed i criteri di scelta dei pazienti;
b) la definizione e l'organizzazione delle strutture;
c) la definizione di compiti e competenze dei vari operatori coinvolti;
d) la definizione di standard per le procedure specifiche (linee-guida);
e) le caratteristiche di un sistema logistico-organizzativo e di una rete idonea alla realizzazione della NAD per ogni ambito territoriale;
f) la promozione di azioni formative specifiche rivolte agli operatori sanitari che hanno un rapporto diretto con il territorio;
g) il monitoraggio dell'intervento sia locale che regionale, con lo scopo di ottenere un costante rilievo epidemiologico ed una valutazione complessiva dell'efficacia dell'intervento, anche in relazione alle risorse investite
h) la diversa organizzazione, per le peculiari caratteristiche di applicazione, della NAD pediatrica (NAPD) (Allegato 1).

G. Il modello organizzativo ed operativo-professionale di base, cui questo documento si riferisce per la NAD, è quello dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), ed in particolare nella tipologia indicata come ADIMED dalle linee guida applicative della regione Veneto (delib. 5273 del 29/12/98). L'attività rientra nelle attività erogabili dal Distretto Socio Sanitario (DSS), sotto la responsabilità clinica del Medico di Medicina Generale e del Pediatra di Libera Scelta (MMG/PLS).
In aggiunta a tale struttura organizzativa, per l'elevata specializzazione richiesta, si prevede l'intervento di un gruppo multidisciplinare di operatori di riferimento esperti in NA, già definito Team Nutrizionale (TN).

H. Da ultimo, si sottolinea come già precisato per la NA che, nella definizione di NAD, così come configurata nel presente documento, non sono ricompresi tutti quegli atti terapeutici che prevedono la somministrazione di liquidi, elettroliti e/o di substrati ad esclusivo contenuto calorico (in assenza di azoto, fatte salve specifiche eccezioni) sia per vena periferica, sia attraverso accessi venosi centrali. Lo stesso dicasi anche per la somministrazione orale di miscele (comunemente definite «integratori» o «formule»), per quanto specifiche e sofisticate, senza impiego di mezzi artificiali.

Capitolo 2: **Organizzazione della NAD all'interno dell'ADIMED e presso Case di riposo per non autosufficienti e RSA.**

A. Il sistema ADIMED per la NAD deve garantire che i pazienti proposti per questo particolare intervento domiciliare, in fase di dimissione ospedaliera o già a domicilio, ottengano una risposta, in tempi rapidi e con efficienza, alle loro reali esigenze.

B. Al fine di conseguire questi obiettivi, l'organizzazione che si propone di adottare, è la seguente:

Allegato alla dgr n. del

DIREZIONE REGIONALE PROGRAMMAZIONE SOCIO SANITARIA
IL DIRIGENTE REGIONALE
Dott. Filippo Palumbo

Regione del Veneto

UNITÀ LOCALE SOCIO-SANITARIA ULSS 5 OVEST VICENTINO

DELIBERAZIONE N° 35 DEL 05.02.2001

OGGETTO:

INTEGRATORI ALIMENTARI - "FORMULE" PER NUTRIZIONE ENTERALE E PER USO ORALE. ITER TERAPEUTICO PER SOMMINISTRAZIONE AI PAZIENTI CHE FRUISCONO DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE.

ITER

IL DIRETTORE GENERALE

Vista la Legge Regionale 10.4.1998 n. 11 con la quale la Regine Veneto disciplina la nutrizione artificiale domiciliare al fine di mantenere nel contesto extra ospedaliero ed eventualmente di reinserire nell'attività lavorativa i pazienti che necessitano della nutrizione artificiale per periodi prolungati o in via definitiva;

Richiamata la deliberazione della Giunta Regionale Veneto n. 2634 del 27.7.1999 con la quale sono state approvate le "Linee Guida sulla Nutrizione Artificiale Domiciliare (N.A.D.)" predisposte dalla Commissione regionale per la nutrizione artificiale domiciliare;

Preso atto che, come precisato nella suddetta legge regionale, "nella definizione di NAD non sono ricompresi tutti quegli atti terapeutici che prevedono la somministrazione di liquidi, elettroliti e/o di substrati ad esclusivo contenuto calorico sia per vena periferica, sia attraverso accessi venosi centrali. Lo stesso dicasi anche per la somministrazione orale di miscele (comunemente definite "integratori" o "formule")";

Considerato tuttavia che nella nostra ULSS vi sono pazienti che, utilizzando formule per via orale, possono evitare ricoveri ospedalieri ripetuti conducendo la propria vita a domicilio con buon stato di nutrizione e, talora, curando in modo primario la malattia;

Ritenuto, pertanto, che non sembra giustificabile imporre a tali pazienti, in grado di alimentarsi per via orale, l'utilizzo di sonde nasogastriche o altre protesi che peggiorano la qualità di vita costituendo anche aggravio di costi;

Accertato che il Dirigente proponente, Responsabile della struttura etente e del procedimento, ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della a, anche in ordine alla sua compatibilità con le norme nazionali e regionali i in materia;

Acquisito il parere favorevole dei Direttori Amministrativo, Sanitario e dei i Sociali, ciascuno per la parte di rispettiva competenza,

D E L I B E R A

erogare ai pazienti che fruiscono di assistenza domiciliare integratori mentari "formule" per nutrizione enterale e per uso orale.

stabilire il seguente iter terapeutico per la somministrazione delle "formule" r via orale:

Richiesta di integrazione orale da parte del medico di Medicina Generale o Medico Specialista Ospedaliero accompagnata da una dettagliata relazione che ne giustifichi clinicamente l'erogazione gratuita da parte dell'ULSS;
Il paziente, a seguito di tale richiesta, dovrà essere valutato dal personale del servizio di Dietetica che proporrà in prima istanza una dieta naturale personalizzata. Nel caso in cui tale intervento non fosse idoneo alla risoluzione del problema, il paziente sarà inviato al Medico Specialista del Servizio Nutrizione il quale, ove vi fossero le necessarie indicazioni cliniche, suggerirà il trattamento nominativo e personalizzato proponendo l'adozione di un formale atto deliberativo indicante i tempi ed il costo previsti per il trattamento stesso.

trasmettere il presente provvedimento, al fine di darvi pratica attuazione al igente Medico di Presidio Ospedaliero ed ai Responsabili dei Distretti l'ULSS n. 5.

Ing. Alberto Vielmo

In seguito a richiesta finalizzata ad ottenere integratori, sono stati analizzati 22 diari alimentari (su modulistica preparata dell'UOSD Dietetica) relativi a 41 Ospiti.

Apporto Calorico
- 21 ipocalorici
- 1 ipercalorico

Apporto proteico
- 16 ipoproteici
- 5 normoproteici
- 1 iperproteico

Apporto Lipidico
- 9 normolipidici
- 12 iperlipidici
- 1 non rilevato

N.B. L'unico ipercalorico e iperproteico deriva da un controllo effettuato su di un ospite cui era stata preparata una dieta rinforzata per problemi di malnutrizione.

Progetto Qualità 2006 – ULSS 5 <Ovest Vicentino>

Intervento presso le Case di Riposo per valutare la possibilità di sostituire gli addensanti acquistati tramite la farmacia con addensanti industriali.

La valutazione ha preso in considerazione l'efficacia, la facilità d'uso ed il costo.

ANNO	COSTO MEDIO UNITARIO	COSTO TOTALE	INCREMENTO
2004	5,81	19971,95	
2005	4,07	25351,62	+26,93%

VALUTAZIONE OPERATORE	VALUTAZIONE OSPITE
Quantità utilizzata per Unità (Bicchiere)	Difficoltà nell'assunzione
Tempo preparazione	Gusto
Strumento utilizzato (forchetta, frusta etc)	
Facilità di preparazione	
Presenza agglomerati o bolle	
Resa in funzione della T°del liquido	
Resa in funzione dell'alimento (Acqua, the, latte, succo di frutta)	

SEMPLICITA’		EFFICACIA SUI LIQUIDI - BUONA		ASSUNZIONE		GUSTO	
Semplice	52%	T°ambiente	86,6%	Facile	83,6 %	Gradevole	50%
Media	39,7%	T°fredda	86%	Difficoltosa	16, 7%	Accettabile	39,2%
Laboriosa	8,3%	T°calda	93,6%	Impossibile	0%	Sgra devole	10,8%

Nell’Ottobre 2006 nelle Case di Riposo dell’ULSS 5 <Ovest Vicentino> erano presenti 236 disfagici In trattamento con addensati farmacologici.

Ipotizzando per questo numero di pazienti un consumo equivalente a quello dell’anno precedente (porzione equivalente a un bicchiere da 100 ml di liquido addensato di consistenza sciroppo) il costo annuale con l’addensante proposto ammonterebbe a 7561.44 euro (11 % del costo di un addensante farmaceutico)

Menù

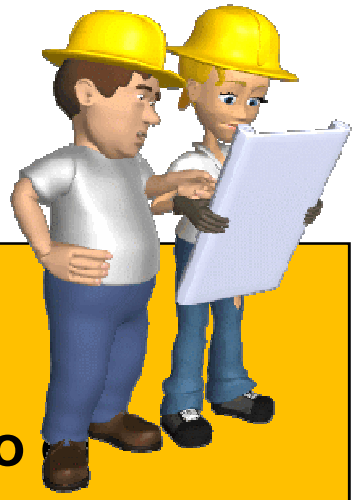
PUNTI CRITICI DELLA RISTORAZIONE NELLE CASE DI RIPOSO DELL'ULSS 5

- **Mancanza di un sistema uniforme nel servizio di ristorazione** (la maggior parte delle case di riposo si serve di una gestione diretta per la preparazione dei pasti, in alcune case di riposo invece è presente una gestione indiretta (i pasti sono forniti da una ditta esterna), mentre in altre strutture c'è una gestione mista (la ditta di ristorazione utilizza i locali propri della struttura con personale proprio per la preparazione dei pasti)
- **Mancanza di un Dietetico e di un Ricettario** (come previsto dalle Linee Guida) non presente nelle case di riposo a gestione diretta (dove è presente solamente un menù)
- **Mancanza di una porzionatura** non presente nelle case di riposo a gestione diretta: difficoltà per l'U.O. di Dietetica e Nutrizione a valutare i diari alimentari per capire la copertura o meno del fabbisogno calorico e per proporre un eventuale trattamento dietetico

PUNTI CRITICI DELLA RISTORAZIONE NELLE CASE DI RIPOSO DELL'ULSS 5

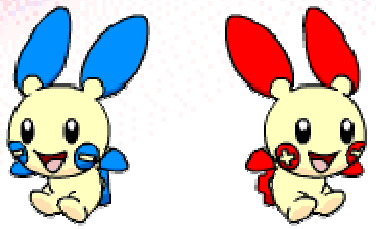
- **Preparazione inadeguata delle diete per disfagia** (composizione non uniforme)
- **Carenze dal punto di vista qualitativo**:
  - mancanza di un secondo piatto caldo a cena, sostituito da affettati, formaggi,tonno in scatola
  - scarsa presenza del pesce come secondo piatto (2 volte/sett. di cui 1 volta in scatola; le LG consigliano 3 volte/sett., di cui 1 volta in scatola.
  - eccessiva presenza di formaggio (5 volte/sett.); le LG consigliano 3 volte/sett. (formaggio invece di carne significa superiore apporto calorico, ma inferiore apporto proteico)
  - eccessiva presenza di affettati (4 volte/sett.); le LG consigliano 2 volte/sett.
  - verdura solo cotta (1 tipo solo) ad ogni pasto; purea di patate equiparato alla verdura e sempre presente.

Progetto – Rete di Dietetica fra ULSS 5 e Case di Riposo



- Creazione di una Rete fra UOSD di Dietetica e Nutrizione Clinica e Case di Riposo
- Implementazione dello Screening per il Rischio malnutrizione (MUST) già in essere in Ospedale
- Utilizzo del Dietetico Ospedaliero dell'ULSS come BASE per la preparazione dei menù fra le varie realtà
- Utilizzo della porzionistica prevista dal Dietetico ed il sistema di Controllo degli Scarti
- Cooptazione da parte delle Case di Riposo di una unità con titolo di Laurea in Dietistica da utilizzare come "trait d'union" con l'UOSD di Dietetica
- Attività di formazione ciclica (visto il turn over di personale) nei confronti degli addetti a vario titolo nella ristorazione collettiva delle Case di Riposo.

Conclusioni

- La Nutrizione Clinica è un branca della Medicina ancor poco conosciuta e spesso confusa con la gastronomia anche in Istituzioni a carattere Sanitario
- Le aree di intervento in ambito Nutrizionale, nelle Case di Riposo, sono molteplici (dall'Obesità alla Malnutrizione attraverso le varie patologie d'organo) ed i risultati che possiamo attenderci sono certamente interessanti
- A tale scopo è fondamentale la fattiva collaborazione (non solo dichiarazioni d'intenti) fra le parti ed una mentalità aperta a soluzioni realistiche che implichino il riconoscimento degli specifici ruoli delle varie professionalità coinvolte

grazie