



CONSIGLIO REGIONALE DEL VENETO

DECIMA LEGISLATURA

PROGETTO DI LEGGE N. 524

PROPOSTA DI LEGGE d'iniziativa del Consigliere Riccardo Barbisan

**INTERVENTI A FAVORE DELLA NUTRIZIONE CLINICA ED
ARTIFICIALE OSPEDALIERA E TERRITORIALE**

Presentato alla Presidenza del Consiglio il 23 luglio 2020.

INTERVENTI A FAVORE DELLA NUTRIZIONE CLINICA ED ARTIFICIALE OSPEDALIERA E TERRITORIALE

Relazione:

La proposta di legge in esame interviene in materia di nutrizione clinica (generalmente fatta per via orale e personalizzata in relazione ad una specifica malattia) e di nutrizione artificiale (che si realizza attraverso sonde o cateteri), che si attuano in ospedale e a domicilio, con l'obiettivo di ottimizzare la qualità di vita e la sopravvivenza dei pazienti. Sul piano semantico, è bene ricordare che alimentare significa introdurre macronutrienti (carboidrati, grassi e proteine allo stato puro) e micronutrienti (vitamine, ioni, elettroliti, ecc) attraverso il cibo comunemente inteso. Ciò implica un modello alimentare caratterizzato da abitudini, cibi, ricette, sapori, eccetera, che si mescolano con ricordi e stato psichico e che sono legati ad una specifica cultura culinaria. Nutrire invece implica l'uso di prodotti artificiali che, introdotti attraverso sonde e/o cateteri, non hanno implicazioni alimentari né si identificano con specifici modelli alimentari. Essi tuttavia hanno funzione calorica e nutritiva adeguata per lo stato di malattia. Infine, i supplementi, che si affiancano all'alimentazione orale, sono prodotti artificiali in forma liquida e/o in polvere in grado di incrementare la quota calorico-proteica orale, senza ricorrere a sonde enterali.

Nel dettaglio negli articoli della legge si evince come l'obiettivo principale sia quello di impedire che uno stato di malnutrizione complichino e/o si sovrappongano ad una malattia di base.

Come potremmo definire uno stato di malnutrizione? In questo contesto si definisce malnutrizione la riduzione della massa muscolare e la conseguente disfunzione d'organo e dei tessuti (inteso come funzione, volume e composizione) con riduzione degli outcome clinici. La malnutrizione, quindi, rappresenta una forma di malattia che si sovrappone alla malattia di base, causando di per sé stessa anche la morte dei pazienti.

Nella tabella che segue sono riportate le conseguenze della malnutrizione a breve ed a lungo termine.

<i>Conseguenze a breve termine</i>	<i>Conseguenze a lungo termine</i>
<i>Riduzione del peso con perdita di massa muscolare e grassa</i>	<i>Rallentamento e/o compromissione della crescita nei bambini</i>
<i>Diminuzione della tolleranza alla chemioterapia</i>	<i>Diminuzione della sopravvivenza a lungo termine</i>
<i>Risposta sfavorevole alla chemioterapia</i>	<i>Impatto sullo sviluppo neuro-cognitivo nel bambino</i>
<i>Ritardo di attuazione nella chemioterapia</i>	<i>Riduzione della capacità cognitiva nell'adulto e riduzione della capacità di concentrazione</i>
<i>Peggioramento del senso di fatica (fatigue)</i>	<i>Rischio di sindrome metabolica</i>
<i>Disturbi biochimici (anemia e ipoalbuminemia)</i>	<i>Rischio di tumori secondari</i>
<i>Recupero ritardato della funzione midollare</i>	<i>Aumento della mortalità</i>
<i>Cambiamenti nella composizione corporea</i>	<i>Ritardo della maturazione scheletrica nei bambini</i>
<i>Alterazione delle dosi farmacologiche</i>	<i>Alterazione della densità ossea</i>
<i>Diminuzione della qualità e della produttività della vita</i>	<i>Diminuzione della qualità della vita</i>
<i>Livelli maggiori di disagio psicologico</i>	
<i>Immunodepressione e ritardo di guarigione delle ferite</i>	
<i>Maggiore suscettibilità alle infezioni</i>	
<i>Aumentato periodo di ospedalizzazione e maggiore frequenza di re-ospedalizzazione</i>	
<i>Aumentati costi sanitari</i>	

Curare la malnutrizione significa perciò migliorare la probabilità di sopravvivenza o di guarigione di un malato complicato.

Le statistiche anche Regionali dimostrano come i pazienti che abbisognano di consulenza nutrizionale, sono così suddivisibili:

Nel territorio:

- *pazienti con età superiore ai 65 anni, che vivono in casa o in una casa di cura, o che sono ricoverati in ospedale per una malattia cronica in fase di scompenso (es. diabete, malattie renali, malattie polmonari croniche, ecc.) o per malattie croniche di tipo progressivo (es. cancro, patologie neurovascolari o neurodegenerative, ecc.);*
- *pazienti con patologia intestinale cronica (es. insufficienza intestinale benigna);*
- *pazienti pediatrici con patologia neurologica (es. ipossici, disabilità intellettiva di ogni altra natura, ecc.).*

In ospedale:

- *anziani con patologie croniche riacutizzate che presentano ridotto intake calorico-proteico o disfagia non diagnosticata;*
- *pazienti chirurgici complicati;*
- *bambini con patologie fortemente debilitanti (es. fibrosi cistica, neoplasie, patologie infiammatorie intestinali, ecc.);*
- *pazienti affetti da anoressia mentale da sottoporre a nutrizione artificiale;*
- *pazienti in cui una incompleta gestione del dolore può rendere problematico l'intake;*
- *pazienti che riducono l'intake orale per una cattiva qualità del cibo ospedaliero e/o diete non adeguate per l'età o la patologia in atto (es. perdita dell'olfatto, del gusto per la chemioterapia, ecc.);*
- *scarsa valutazione dei bisogni calorici e/o proteici in relazione allo stato clinico o comparsa di anoressia conseguente alla malattia;*
- *digiuno e/o diete speciali secondari a diagnostica o ad indagini strumentali.*

Le conseguenze della malnutrizione, anche sul piano economico, sono considerevoli ed ampiamente dimostrate dalla letteratura scientifica.

Nelle cure primarie la malnutrizione correlata alla malattia, determina:

- *maggiore richiesta di intervento da parte del MMG e dell'assistenza sanitaria territoriale;*
- *maggiori costi per la prescrizione di esami di controllo e maggior bisogno di terapia;*
- *aumento dei ricoveri in ospedale.*

Nell'assistenza secondaria, la malnutrizione correlata alla malattia provoca:

- *aumento delle complicanze (es. infezioni delle ferite, infezioni polmonari, ulcere da decubito, ecc.);*
- *maggiore durata della degenza ospedaliera;*
- *aumento del numero di pazienti riospedalizzati;*
- *aumento della mortalità.*

Un capitolo significativo dei costi riguarda i supplementi orali che, per esempio, nel paziente oncologico riducono l'abbandono della terapia oncologica con miglioramento dell'outcome e minor sperpero per la chemio-terapia.

Questa nuova proposta di legge tiene conto, quindi, di quanto fin qui riportato sul piano clinico e si focalizza, sul piano organizzativo, su almeno tre aspetti non previsti nella legge precedente:

Il paziente viene considerato sia in ospedale che nel territorio e viene prevista la presa in carico nutrizionale non solo dal momento in cui la nutrizione viene fatta attraverso sonde e cateteri (ovvero quando il paziente è già complicato e/o in fase acuta), ma già dal momento del ricovero, quando ancora si alimenta per via orale (con cibo o supplementi nutrizionali). Il paziente sarà anche monitorato per tutto il tempo di degenza, fino alla dimissione ed oltre, nel caso di patologia complessa ma domiciliabile.

Nella stessa UO si mettono assieme il Medico specialista ed esperto in nutrizione clinica con il dietista, ovvero il tecnico esperto in alimentazione.

Poiché il personale medico e dietistico previsto in questa legge è mediamente presente in ogni Azienda Ospedaliera, il costo di questa riorganizzazione è privo di costi a carico dell'amministrazione regionale.

La legge prevede anche meccanismi di controllo (es, Commissione regionale) sia sul piano organizzativo che culturale. Alla Commissione andrà affidato il compito di redigere gli specifici capitolati sulla nutrizione domiciliare, sui nutrienti/supplementi orali, e per tutto ciò che la nutrizione orale e/o artificiale implica.

Nel dettaglio la proposta prevede:

- *all'articolo 1 sono definite le finalità della proposta di legge;*
- *all'articolo 2 sono individuate gli ambiti di applicazione della proposta di legge;*
- *all'articolo 3 viene istituita la Commissione regionale per la nutrizione clinica ed artificiale ospedaliera e domiciliare;*
- *all'articolo 4 sono definite le funzioni della Commissione regionale;*
- *all'articolo 5 sono demandate alla Giunta regionale la definizione dell'articolazione organizzativa presso le Aziende ULSS al fine di garantire il servizio per la nutrizione clinica e artificiale ospedaliera e territoriale;*
- *agli articoli 6 e 7 sono definite le modalità di erogazione del servizio;*
- *all'articolo 8 sono demandate alla Commissione regionale di cui all'articolo 3 la predisposizione delle linee guida e dei protocolli, nonché degli indirizzi e delle indicazioni operative previste dalla presente legge;*
- *all'articolo 9 viene abrogata la legge regionale 10 aprile 1998, n. 11 "Interventi a favore della nutrizione artificiale".*

INTERVENTI A FAVORE DELLA NUTRIZIONE CLINICA ED ARTIFICIALE OSPEDALIERA E TERRITORIALE

Art. 1 - Finalità.

1. Con la presente legge la Regione del Veneto disciplina la nutrizione clinica e la nutrizione artificiale che si attua in ospedale e a domicilio, allo scopo di ottimizzare la qualità di vita e la sopravvivenza dei pazienti con patologie ad implicazione nutrizionale.

2. Ai fini della presente legge, la nutrizione clinica si applica in tutti gli ambiti di patologia, nei quali una non adeguata nutrizione potrebbe portare a complicanze nel paziente ospedalizzato o trattato a domicilio per malattie croniche con forte coinvolgimento nutrizionale.

3. Rientra nella nutrizione clinica la nutrizione artificiale (NA), che a sua volta si distingue in enterale (NE) e parenterale (NP) somministrata sia nei reparti ospedalieri che presso il domicilio dei pazienti, come terapia salva vita.

Art. 2 - Ambito di applicazione.

1. La Giunta regionale approva apposite linee guida che individuano i fruitori della nutrizione clinica ed artificiale ospedaliera e domiciliare e i protocolli che individuano le modalità di somministrazione della medesima.

2. Linee guida e protocolli sono predisposte di cui al comma 1, sono predisposti dalla Commissione regionale prevista dall'articolo 3, tenuto conto, tra l'altro, delle seguenti condizioni in ambito pediatrico che in quello adulto:

- a) stati di iponutrizione e/o malnutrizione (per difetto e/o per eccesso);
- b) stati di ipermetabolismo;
- c) patologie cliniche o sindromiche con insufficienza d'organo primaria o secondaria;
- d) rischio nutrizionale di qualsiasi genere.

Art. 3 - Commissione regionale per la nutrizione clinica ed artificiale ospedaliera e domiciliare.

1. È istituita la Commissione regionale per la Nutrizione clinica ed artificiale ospedaliera e domiciliare (di seguito Commissione Regionale), presieduta dall'Assessore regionale alle politiche sanitarie, o da un suo delegato, composta da:

- a) tre medici dietologi esperti in Nutrizione clinica ed artificiale;
- b) un medico di medicina generale;
- c) un farmacista;
- d) un dietista;
- e) un medico pediatra esperto di nutrizione clinica e artificiale;
- f) un infermiere esperto nella gestione di cateteri/stomie;
- g) un responsabile di distretto.

2. La Commissione di cui al presente articolo è nominata, in deroga alle disposizioni previste dalla legge regionale 22 luglio 1997, n. 27, dalla Giunta regionale, su proposta dell'Assessore alle politiche sanitarie.

3. La Giunta regionale, con propria deliberazione, determina le modalità di funzionamento e la durata della Commissione.

Art. 4 - Funzioni della Commissione regionale per la Nutrizione clinica ed Artificiale ospedaliera e domiciliare.

1. La Commissione Clinica svolge le seguenti funzioni:
 - a) predisporre le linee guida e i protocolli previste dall'articolo 2;
 - b) fornisce indirizzi ed indicazioni operative alle aziende ULSS in ordine alla predisposizione dei protocolli previsti dall'articolo 7 per la nutrizione artificiale domiciliare (NAD);
 - c) collabora con l'Osservatorio epidemiologico, in relazione alle attività implicite nella nutrizione clinica e nella nutrizione artificiale;
 - d) cura il monitoraggio dei consumi dei prodotti utilizzati per attuare la nutrizione artificiale a livello regionale sulla base dei dati forniti dalle aziende ULSS;
 - e) svolge attività di consulenza e di proposta in materia nutrizione clinica e/o artificiale a favore del Servizio Sanitario Regionale.

Art 5 - Modalità organizzative.

1. La Giunta regionale definisce l'articolazione organizzativa che presso le aziende ULSS, presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona e presso l'Azienda ospedaliera di Padova garantisce il servizio per la nutrizione clinica e artificiale, ospedaliera e domiciliare.

Art. 6 - Modalità di erogazione della nutrizione clinica e nutrizione artificiale ospedaliera.

1. L'erogazione delle prestazioni previste per la nutrizione clinica e artificiale ospedaliera, sia essa di tipo ambulatoriale che di consulenza ospedaliera, viene assicurata sulla base di una integrazione con le diverse Unità Operative Ospedaliere.
2. Le attività cliniche, sono svolte mediante attività ambulatoriale o di consulenza al letto del paziente, utilizzando modalità tradizionali o sistemi di teleconsulenza (per pazienti ricoverati in altro ospedale).
3. I Medici delle Unità Operative che erogano la nutrizione clinica potranno avvalersi dei day hospital o dei ricoveri presso i Dipartimenti di cui fanno parte, con responsabilità diretta sul paziente.

Art. 7 - Modalità di erogazione della nutrizione artificiale domiciliare (NAD).

1. L'erogazione delle prestazioni previste per la NAD viene assicurata sulla base di una integrazione tra servizi distrettuali ed in particolare servizi di assistenza domiciliare integrata (ADI) con il presidio ospedaliero di riferimento.
2. I direttori generali delle aziende ULSS, avvalendosi dei direttori sanitari e dei responsabili dei distretti, sulla base delle linee guida di cui all'articolo 2, definiscono i protocolli operativi per l'attuazione della NAD specificando in particolare:
 - a) la definizione delle responsabilità assistenziali di tutti gli operatori sanitari coinvolti, oltre a quella del medico di medicina generale, ai sensi delle vigenti disposizioni normative e contrattuali;
 - b) le modalità di erogazione dei presidi diagnostico-terapeutici rientreranno nelle linee guida e protocolli di cui all'articolo. 2 comma 2;

Art. 8 - Norma finale.

1. La Commissione regionale di cui all'articolo 3, entro trenta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, predispone le linee guida e i protocolli previsti dall'articolo 2 della presente legge, gli indirizzi e le indicazioni operative previsti dalla lettera b) del comma 1 dell'articolo 4, e li trasmette alla Giunta regionale per la successiva approvazione.

2. I direttori generali delle Aziende ULSS sono tenuti a predisporre i protocolli operativi previsti dal comma 2 dell'articolo 7 entro trenta giorni dal ricevimento delle linee guida di cui all'articolo 2.

Art. 9 - Abrogazioni.

1. È abrogata la legge regionale 10 aprile 1998, n. 11.

INDICE

Art. 1 - Finalità.....	5
Art. 2 - Ambito di applicazione.	5
Art. 3 - Commissione regionale per la nutrizione clinica ed artificiale ospedaliera e domiciliare.	5
Art. 4 - Funzioni della Commissione regionale per la Nutrizione clinica ed Artificiale ospedaliera e domiciliare.	6
Art 5 - Modalità organizzative.....	6
Art. 6 - Modalità di erogazione della nutrizione clinica e nutrizione artificiale ospedaliera.....	6
Art. 7 - Modalità di erogazione della nutrizione artificiale domiciliare (NAD).	6
Art. 8 - Norma finale.....	7
Art. 9 - Abrogazioni.....	7