



Giornate Catanesi di Nutrizione Clinica - VI

COLLABORATIVE
PROBLE SOLVING
IN NUTRIZIONE CLINICA
Catania, 23-24 Giugno 2022



Evidence Based Nursing in NAD: quanto costa la qualità?

*Maurizio Fadda
S.C. Dietetica e Nutrizione Clinica
Direttore Prof. f.f Ezio Ghigo
Città della Salute e della Scienza di Torino*

Save

Email

Send to

Sorted by: Most recent ↓

Display options ⚙

MY NCBI FILTERS

38,764 results



Page

1

of 194

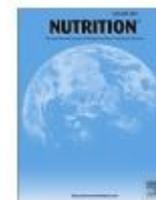


ELSEVIER

Contents lists available at ScienceDirect

Nutrition

journal homepage: www.nutritionjrn.com



Applied nutritional investigation

Predictive factors of catheter-related bloodstream infection in patients receiving home parenteral nutrition



CrossMark

Clinical Guidelines

American Society for Parenteral and Enteral Nutrition Guidelines for the Selection and Care of Central Venous Access Devices for Adult Home Parenteral Nutrition Administration

Debra S. Kovacevich, MPH, RN¹; Mandy Corrigan, MPH, RD, LD, CNSC, FAND²; Vicki M. Ross, PhD, RN³; Liam McKeever, MS, RDN⁴; Amber M. Hall, MS⁵; and Carol Braunschweig, PhD, RD⁴

aspen | Leading the science of practice of optimal nutrition nutrition update

Journal of Parenteral and Enteral Nutrition
Volume 00 Number 0
xxx 2018 1-17
© 2018 American Society for Parenteral and Enteral Nutrition
DOI: 10.1002/jpen.1455
wileyonlinelibrary.com

WILEY

Le cure domiciliari

Gli obiettivi principali delle cure domiciliari sono:

- a) l'assistenza a persone con patologie trattabili a domicilio al fine di evitare il ricorso inappropriato al ricovero in ospedale o ad altra struttura residenziale;
- b) la continuità assistenziale per i dimessi dalle strutture sanitarie con necessità di prosecuzione delle cure;
- c) il supporto alla famiglia;
- d) il recupero delle capacità residue di autonomia e di relazione;
- e) il miglioramento della qualità di vita anche nella fase terminale.

Supplemento dedicato a:

**PER DI QUA
PERcorsi DI QUALità in
Nutrizione Artificiale Extraospedaliera**

Consensus Conference
della
Società Italiana di Nutrizione Artificiale e Metabolismo

Bergamo, 27-28 Novembre 2009



La pubblicazione di questo Supplemento è stata possibile grazie ad un contributo
educazionale di SINPE

AA.VV. 2011

PER DI QUA

PERcorsi DI QUALità in Nutrizione Artificiale Extraospedaliera Nutritional Therapy and Metabolism - 2011

- Criticità del passaggio ospedale territorio
- Qualità della vita e nutrizione artificiale
- Il punto di vista del malato
- Limiti e future strategie della nutrizione artificiale domiciliare nel paziente oncologico
- Specificità e standard della NPD nell'insufficienza intestinale cronica benigna
- La nutrizione artificiale nel paziente neurologico
- Criticità della NPD nell'anziano fragile
- Specialità e standard della NAD in età pediatrica
- La comunicazione con il paziente, il caregiver e tutti i professionisti coinvolti
- Azioni coordinate per la prevenzione delle complicanze
- Qualità e certificazione

Criticità del passaggio Ospedale

Nutritional Therapy and Metabolism

- Riferendoci alla situazione italiana, ***dando per scontati i risultati di efficacia clinica riportati in quel documento***, una NED dovrebbe costare circa 10-12 euro/die, mentre una NPD dovrebbe aggirarsi sugli 80-100 euro/die



Read about [our approach to COVID-19](#)

[Home](#) > [NICE Guidance](#) > [Conditions and diseases](#) > [Diabetes and other endocrinal, nutritional and metabolic conditions](#) > [Malnutrition](#)

Nutrition support for adults: oral nutrition support, enteral tube feeding and parenteral nutrition

Clinical guideline [CG32] Published: 22 February 2006 Last updated: 04 August 2017

1.9 Supporting patients in the community

1.9.1 Healthcare professionals should ensure that patients having enteral or parenteral nutrition in the community and their carers:

- are kept fully informed and have access to appropriate sources of information in formats, languages and ways that are suited to an individual's requirements. Consideration should be given to cognition, gender, physical needs, culture and stage of life of the individual
- have the opportunity to discuss diagnosis, treatment options and relevant physical, psychological and social issues
- are given contact details for relevant support groups, charities and voluntary organisations.

Commissione Nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei LEA. Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio (2006)

Allegato 1

STANDARD QUALIFICANTI I LEA CURE DOMICILIARI

Profilo di cura	Natura del bisogno	Intensità	Durata Media	Complessità	
		(CLA=GEA/GDC) 13		Mix delle figure professionali / impegno assistenziale	Operatività del servizio (fascia oraria 8-20)
				Figure professionali previste in funzione del PAI 2 ^{se} e tempo medio in minuti per accesso domiciliare	
CD Prestazionali (Occasionali o cicliche programmate)	Clinico Funzionale			Infermiere (15-30') Professionisti della Riabilitazione(30') Medico (30')	3 giorni su 7 8 ore die
CD Integrate di Primo Livello (già ADI)	Clinico Funzionale Sociale	Fino a 0,30	180 giorni	Infermiere (30') Professionisti della Riabilitazione (45') Medico (30') Operatore socio-sanitario (60')	3 giorni su 7 8 ore die
CD Integrate di Secondo Livello (già ADI)	Clinico Funzionale Sociale	Fino a 0,50	180 giorni	Infermiere (30-45') Professionisti della Riabilitazione(45') Dietista (30') Medico (45') Operatore socio-sanitario (60-90')	6 giorni su 7 10 ore die da lunedì a venerdì 6 ore il sabato
CD Integrate di Terzo Livello (già OD)	Clinico Funzionale Sociale	Superiore a 0,50	90 giorni	Infermiere (60') Professionisti della Riabilitazione(60') Dietista (60') Psicologo (60') Medico e/o Medico Specialista (60') Operatore socio-sanitario (60-'90)	7 giorni su 7 10 ore die da lunedì a venerdì 6 ore die sabato e festivi Pronta disponibilità medica ore 8/20
Cure Palliative malati terminali (già OD CP)	Clinico Funzionale Sociale	Superiore a 0,60	60 giorni	Infermiere (60') Professionisti della Riabilitazione(60') Dietista (60') Psicologo (60') Medico e/o Medico Specialista (60') Operatore socio-sanitario (60 - 90')	7 giorni su 7 10 ore die da lunedì a venerdì 6 ore die sabato e festivi Pronta disponibilità medica 24 ore

Enteral tube feeding

- 1.9.2 All people in the community having enteral tube feeding should be supported by a coordinated multidisciplinary team, which includes dietitians, district, care home or homecare company nurses, GPs, community pharmacists and other allied healthcare professionals (for example, speech and language therapists) as appropriate. Close liaison between the multidisciplinary team and patients and carers regarding diagnoses, prescription, arrangements and potential problems is essential.
- 1.9.3 Patients in the community having enteral tube feeding and their carers should receive an individualised care plan which includes overall aims and a monitoring plan.
- 1.9.4 Patients in the community having enteral tube feeding and their carers, should receive training and information from members of the multidisciplinary team on:
- the management of the tubes, delivery systems and the regimen, outlining all procedures related to setting up feeds, using feed pumps, the likely risks and methods for troubleshooting common problems and be provided with an instruction manual (and visual aids if appropriate)
 - both routine and emergency telephone numbers to contact a healthcare professional who understands the needs and potential problems of people on home enteral tube feeding
 - the delivery of equipment, ancillaries and feed with appropriate contact details for any homecare company involved.

Parenteral nutrition

- 1.9.5 All people in the community having parenteral nutrition should be supported by a co-ordinated multidisciplinary team, which includes input from specialist nutrition nurses, dietitians, GPs, pharmacists and district and/or homecare company nurses. Close liaison between the multidisciplinary team and patients and carers regarding diagnoses, prescription, arrangements and potential problems is essential.
- 1.9.6 People in the community having parenteral nutrition and their carers should receive an individualised care plan which includes overall aims and a monitoring plan.
- 1.9.7 People in the community having parenteral nutrition and their carers should receive training and information from members of the multidisciplinary team on:
- the management of the delivery systems and the regimen, outlining all procedures related to setting up feeds, using feed pumps, the likely risks and methods for troubleshooting common problems and be provided with an instruction manual (and visual aids if appropriate)
 - routine and emergency telephone numbers to contact a healthcare professional with the relevant competencies (specialist nutrition nurse, pharmacist)
 - the arrangements for the delivery of equipment, ancillaries and feed with appropriate contact details for any homecare company involved.

Integrazione professionale

Saponaro V. – La integrazione professionale nella assistenza alla persona

- E' finalizzata ad orientare il lavoro interprofessionale attraverso:
 - la costituzione di unità di valutazione
 - la gestione unitaria della documentazione
 - la valutazione dell'impatto economico delle decisioni
 - la definizione delle responsabilità nel lavoro integrato
 - la continuità terapeutica tra ospedale e territorio
 - la predisposizione di percorsi assistenziali appropriati
 - l'utilizzo di indici di complessità delle prestazioni erogate

Vantaggi della Integrazione Professionale

- Gli operatori assumono maggiore responsabilità sul risultato globale dell'assistenza
- Ogni professionista ha più conoscenze sul singolo caso
- Ogni professionista è più responsabile della organizzazione delle proprie attività
- Ogni professionista collabora con altre figure professionali in modo più attivo e consapevole, in una dimensione di integrazione multiprofessionale.

Integrazione assistenziale

- Orientarsi ad una assistenza integrata significa sforzarsi di passare da una multidisciplinarietà giustappositiva, ad una interdisciplinarietà dove la “somma (quanto più integrale possibile) dei diversi ingredienti è la condizione necessaria per generare un approccio sapienziale e unitario (Porziotta S. 2006)

Interdisciplinarietà professionale

- La visione unitaria dell'assistenza deve poi trovare speculare rispondenza formale e metodologica nella attenzione alle interazioni reciproche e alle interconnessioni che esistono e si stabiliscono tra i vari settori dell'assistenza e che li rendono in vario modo interdipendenti,
- La soluzione dei vari problemi non può avvenire senza mobilitare le differenti prospettive disciplinari e senza l'abitudine a trasferire strumenti e schemi concettuali da un contesto disciplinare all'altro, in modo da individuare all'interno dell'unità del paziente le ragioni delle differenze e delle analogie.

Organisation, regulations, preparation and logistics of parenteral nutrition in hospitals and homes; the role of the nutrition support team – Guidelines on Parenteral Nutrition, Chapter 8
GMS - 2009

Special Report

The State of Nutrition Support Teams and Update on Current Models for Providing Nutrition Support Therapy to Patients

A.S.P.E.N. Practice Management Task Force: Mark DeLegge, MD, Chair; Jennifer A. Wooley, MS, RD, CNSD; Peggi Guenter, PhD, RN, CNSN; Sheila Wright, MS, RD; Joel Brill, MD; Deb Andris, MSN, APNP; Pam Wagner, RD, CNSC; Don Filibeck, PharmD, MBA; and A.S.P.E.N. Board of Directors

Nutrition in Clinical Practice
 Volume 25 Number 1
 February 2010 76-84
 © 2010 American Society for
 Parenteral and Enteral Nutrition
 10.1177/0884533609354901
<http://ncp.sagepub.com>
 hosted at
<http://online.sagepub.com>

2012

AP&T Alimentary Pharmacology and Therapeutics

Review article: the management of long-term parenteral nutrition

2013

M. Dibb, A. Teubner, V. Theis, J. Shaffer & S. Lal

Home tube feeding: an integrated multidisciplinary approach

J. Hum. N 2000

E. P. McNamara,* P. Flood† and N. P. Kennedy*

*Department of Clinical Medicine, Trinity Centre for Health Sciences, and †Department of Clinical Nutrition, St James's Hospital, Dublin 8, Ireland

In order to support the provision of care for patients in the most appropriate setting, linkages between services need to be strengthened. Hospitals, GPs, and other community services need to be able to operate as elements of an integrated system, within which patients can move freely as their needs dictate. At present the system is too compartmentalized to permit "flexibility" (1994)

Compiti del Nutrition Support Team (NST)

ASPEN Board of Director 1997

1. Definizione dello stato nutrizionale
2. Definizione di un programma nutrizionale personalizzato
3. Realizzazione del programma nutrizionale
4. Monitoraggio dell'andamento clinico

La conduzione in Team

- **Obiettivi del NST:**

- Ottimizzare l'intake nutrizionale dei pazienti che ricevono NE e/o NP specializzata, ospedaliera o domiciliare
- Enfatizzare nel paziente, nei suoi familiari e nel personale di assistenza, l'importanza della nutrizione nei processi di cura
- Addestrare al supporto nutrizionale il personale sanitario di ogni specialità
- Partecipare alla ricerca di ulteriori conoscenze circa la nutrizione artificiale

Care management e case management

- *Care management*

- Sistema organizzativo di assistenza composto da strutture e metodi.
- Raggiungere determinati risultati utilizzando risorse appropriate al caso specifico e al tipo di utente servito, ovvero:
 - Continuità della risposta assistenziale
 - Controllo della utilizzazione delle risorse

- *Case management*

- Sistema di accertamento e pianificazione, fornitura, erogazione coordinamento di servizi e monitoraggio dei bisogni multipli del paziente (Zender 1990)
- Insieme delle fasi logiche e interazione tra servizi che consente all'utente di ricevere le prestazioni necessarie in modo efficace, efficiente, a costi giusti. (McKenzie et al. 1989)

Care Management

- *Il Care Management o assistenza gestita è:*
 - Un sistema organizzativo di assistenza composto da strutture e metodi
 - La capacità di raggiungere determinati risultati usando risorse appropriate al caso specifico e al tipo di utente servito, ovvero:
 - Continuità della risposta assistenziale
 - Controllo nella utilizzazione delle risorse
- Processo di pianificazione, coordinamento, gestione e revisione dell'assistenza ad un individuo per accertarsi che corrisponda ai bisogni valutati di tale individuo

Case Management

I

- Il case management (gestione del caso) è una componente del

care management

ed è:

- Gestione clinica di un target di popolazione di utenti dall'ammissione alla dimissione ed eventualmente a domicilio se necessario
- Gestione strategica di situazioni in cui ***più professionisti*** entrano nella cura del paziente

Case Management II

- Negli anni '80 il modello viene introdotto negli USA soprattutto nel nursing e si afferma come modello di erogazione di assistenza.
- L'ottimizzazione della durata della degenza e delle prestazioni effettuate durante il ricovero è divenuto cruciale nel bilancio degli ospedali.
- Da qui l'introduzione del "case manager" che segue l'utente durante il ricovero attraverso un percorso clinico standard

Perché adottare la metodologia del care management e del case management

- Più complessi sono i problemi del paziente e più alto è il rischio di utilizzo improprio dei servizi:
 - Riammissione impropria in ospedale
 - Frammentazione dell'assistenza
 - Ritardo nel processo diagnostico e terapeutico

Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA)

- Cura del paziente secondo percorsi di cura identificati e standardizzati
 - Centrato sul singolo o su una popolazione
 - Sistema monodisciplinare e/o multidisciplinare
 - Lavora con pazienti in diversi setting e aree assistenziali
- **PDTA nella prevenzione degli errori**
- In quanto strumenti che prevedono la descrizione della migliore sequenza temporale in relazione agli esiti da conseguire attraverso:
 - Formulazione di indicatori di esito
 - Formulazione di indicatori di processo
- Sono quindi anche uno strumento per la prevenzione delle cause di “malpratiche”

The State of Nutrition Support Teams and Update on Current Models for Providing Nutrition Support Therapy to Patients

A.S.P.E.N. Practice Management Task Force: Mark DeLegge, MD, Chair; Jennifer A. Wooley, MS, RD, CNSD; Peggi Guenter, PhD, RN, CNSN; Sheila Wright, MS, RD; Joel Brill, MD; Deb Andris, MSN, APNP; Pam Wagner, RD, CNSC; Don Filibeck, PharmD, MBA; and A.S.P.E.N. Board of Directors

- *Quali sono le risorse che ritenete dovrebbero essere disponibili e che voi normalmente non avete?*
 - *Evidence based guidelines and protocols*
 - Financial support
 - *Interdisciplinary support*
 - *Quality measures or outcome data*

Commercial Enteral Formulas and Nutrition Support Teams Improve the Outcome of Home Enteral Tube Feeding

- Riduzione delle necessità di ospedalizzazione
- Riduzione delle polmoniti ab ingestis (-9,9%)
- Riduzione delle problematiche respiratorie (-5,4%)
- Riduzione delle infezioni urinarie (-6,4%)
- Costi di ricovero ridotti da 764,65\$ a 142,66\$ per anno per paziente



Original article

Development of quality of care interventions for adult patients on home parenteral nutrition (HPN) with a benign underlying disease using a two-round Delphi approach[☆]

Mira Dreesen^{a,*}, Veerle Foulon^b, Kris Vanhaecht^c, Martin Hiele^d, Lutgart De Pourcq^a, Loris Pironi^e, Andre Van Gossum^f, Geert Wanten^g, Janet P. Baxter^h, Francisca Jolyⁱ, Cristina Cuerda^j, Ludo Willems^a

Table 4

Overview of the top 10 of outcome indicators to measure quality of care for home parenteral nutrition patients.

Top 10 Outcome indicators			
After first Delphi round		After second Delphi round	
Indicator	Average ^d	Indicator	Average ^d
Incidence of CRI	7.58	Incidence of CRI	8.45
QoL during HPN treatment	6.55	Incidence of rehospitalization of HPN patients	6.45
Incidence of rehospitalization of HPN patients	6.48	QoL during HPN treatment	
Incidence of dehydration	4.52	Incidence of dehydration	4.86
Weight gain or loss	4.22	Weight gain or loss	4.17
Sense of security of the patient at home	3.79	Sense of security of the patient at home	3.93
Incidence of central venous thrombosis	2.76	Incidence of an infection at the insertion site of the catheter	2.55
Incidence of catheter obstruction	2.52	Incidence of catheter obstruction	2.48
Incidence of an infection at the insertion site of the catheter	2.27	Incidence of central venous thrombosis	2.31
Prevalence of intrahepatic cholestasis	2.24	Prevalence of intrahepatic cholestasis	2.06
		Prevalence of osteoporosis	1.55

The economic costs of home parenteral nutrition: Systematic review of partial and full economic evaluations

L'eterogeneità dei dati, potrebbe essere spiegata dai seguenti concetti:

- a) sebbene siano stati realizzati in un contesto simile, cioè in ospedale, e focalizzati sullo stesso risultato, cioè i costi dell'HPN, presentano strutture organizzative e strategie di trattamento diverse.
- b) sono stati condotti in una varietà di continenti/paesi/stati, il che implica automaticamente politiche di assicurazione sanitaria diverse, procedure di rimborso e persino valute monetarie
- c) non esistono attualmente linee guida convalidate per l'identificazione, la misurazione e l'analisi dei costi in questo contesto

Criteria list for assessment of methodological quality of economic evaluations: Consensus on Health Economic Criteria

Items finally included in the CHEC-list As decided upon in the Delphi 3

1. Is the study population clearly described?
2. Are competing alternatives clearly described?
3. Is a well-defined research question posed in answerable form?
4. Is the economic study design appropriate to the stated objective?
5. Is the chosen time horizon appropriate to include relevant costs and consequences?
6. Is the actual perspective chosen appropriate?
7. Are all important and relevant costs for each alternative identified?
8. Are all costs measured appropriately in physical units?
9. Are costs valued appropriately?
10. Are all important and relevant outcomes for each alternative identified?
11. Are all outcomes measured appropriately?
12. Are outcomes valued appropriately?
13. Is an incremental analysis of costs and outcomes of alternatives performed?
14. Are all future costs and outcomes discounted appropriately?
15. Are all important variables, whose values are uncertain, appropriately subjected to sensitivity analysis?
16. Do the conclusions follow from the data reported?
17. Does the study discuss the generalizability of the results to other settings and patient/client groups?
18. Does the article indicate that there is no potential conflict of interest of study researcher(s) and funder(s)?
19. Are ethical and distributional issues discussed appropriately?

Malnutrition Matters, Joint BAPEN and Nutrition Society Meeting, 27–28 November 2007

A cost-utility analysis in patients receiving enteral tube feeding at home and in nursing homes

	Home (n 10)	Nursing home (n 15)
Quality of life EuroQol score (0–1)*	0.47 ± 0.28	0.47 ± 0.25
Cost/QALY	£12817	£10303 – £68065†

- Conclusioni:** Questi dati suggeriscono che attualmente l'ETF è molto più efficace dal punto di vista dei costi per il sistema sanitario, quando viene utilizzata a domicilio o nelle case di cura (dove i costi non medici sono pagati privatamente) che negli ospedali del SSN. Il rapporto costo-efficacia dell'ETF è inferiore in una casa di cura quando lo Stato paga tutti i costi non medici, sollevando questioni economiche ed etiche.

The State of Nutrition Support Teams and Update on Current Models for Providing Nutrition Support Therapy to Patients

A.S.P.E.N. Practice Management Task Force: Mark DeLegge, MD, Chair; Jennifer A. Wooley, MS, RD, CNSD; Peggi Guenter, PhD, RN, CNSN; Sheila Wright, MS, RD; Joel Brill, MD; Deb Andris, MSN, APNP; Pam Wagner, RD, CNSC; Don Filibeck, PharmD, MBA; and A.S.P.E.N. Board of Directors

- *Quali sono le risorse che ritenete dovrebbero essere disponibili e che voi normalmente non avete?*
 - Evidence based guidelines and protocols
 - Financial support
 - Interdisciplinary support
 - Quality measures or outcome data

ORIGINAL ARTICLE

Burden assessment in caregivers of patients with home artificial nutrition: a need and a challenge

- Il profilo del caregiver abituale era la figlia del paziente con un'età media di 53,1 anni che fungeva da assistente principale.
- L'impegno per l'assistenza del paziente era assente nel 49,5%, leggero nel 18,4% e intenso nel 32% dei caregiver.

Home Enteral Nutrition therapy: Difficulties, satisfactions and support needs of caregivers assisting older patients

Characteristics of caregivers involved in the study.

Kinship between caregiver and patient treated with HEN	65,2% Yes; 21,7% No
Gender	78,3% F; 21,7% M
Age (average \pm SD); (Min, Max)	56,22 \pm 12,45; (23; 84)
Median duration assisting pt in HEN (months), median (Min; Max)	28,5 (6; 100)
Specific training to manage older patient	8,7% Yes, 91,3% No
Full time assistance	52,2% Yes; 47,8% No
Residence of caregiver	
Patient's home	65,2%
Own home	34,8%
Main caregiver interviewed	43,5% Yes; 56,5% No

Caregivers' unsatisfied training needs.

I have received training but I need more training

- Management in the case of breakage of nutrition pump
- Interventions for incorrect functioning of nutrition pump
- Cleaning the area around nostrils (close to NGT)
- Management of gastrointestinal complications
- Management of leaks/spills from the stoma
- Management of dislocation and breakage of tube
- Checking and manage the amount of water in the balloon interior (PEG)
- Management of the obstruction probe

I have not received training but I need training

- Management of the emergencies (heart attack, respiratory insufficiency, falls, complications of underlying disease, hospitalizations etc)
- Management of security emergencies (fire, earthquake etc)
- Proper administration of food to patients who are also fed by mouth
- Management of the diet for patients who are also fed by mouth

Conclusioni

