



Il Dietista e la pratica professionale: Posizioni dell'ANDID

Parma, 18 marzo 2004

PAG. 2
BIANCA

Consiglio Direttivo Andid

Presidente □ **Giovanna CECCHETTO** □

Segretario □ **Anna Laura FANTUZZI** □

Tesoriere □ **Concetta LATINA** □

(Gorizia) □ **Susanna AGOSTINI** □

(Cosenza) □ **Alessandro BEVACQUA** □

(Milano) □ **Cristina CASSATELLA** □

(Cagliari) □ **Lucina CORGIOLU** □

(Perugia) □ **Carla GAGLIARDINI** □

(Perugia) □ **Franca PASTICCI** □

(Treviso) □ **Maria Teresa SEMENZIN** □

(Pistoia) □ **Stefania VEZZOSI**

Prefazione

a nome del Consiglio Direttivo ANDID

Le posizioni ivi pubblicate e presentate in una sessione ad esse dedicata durante l'ultimo convegno nazionale svoltosi a Parma nel Marzo 2004, rappresentano per l'ANDID un importante punto di arrivo. □

Esse infatti esprimono il raggiungimento della crescita e della maturazione professionale del Dietista in ambiti portanti del profilo professionale (dalla nutrizione, alla clinica, alla ristorazione collettiva), avvicinando l'ANDID e i Dietisti Italiani al livello di professionalità ed allo spessore scientifico già raggiunto da tempo dalle Associazioni Anglosassoni.

L'ANDID ha il merito di aver favorito e sostenuto questa crescita e di aver promosso l'elaborazione di queste posizioni, affidandone la stesura a gruppi di Dietisti esperti che hanno saputo confrontare e scambiare reciprocamente il loro patrimonio culturale e professionale, frutto del proprio "sapere" e "agire" professionale, maturato negli anni.

I gruppi di lavoro nominati dall'ANDID hanno portato a termine con molto rigore il compito affidato, discutendo spesso con passione, ma sempre con "umiltà intellettuale", alla ricerca di una sintesi e di una condivisione delle proprie esperienze e competenze professionali, rapportandole continuamente alla migliore evidenza disponibile.

Gli ambiti clinici e professionali scelti (le malattie renali, il diabete e la malnutrizione ospedaliera) sono stati individuati proprio alla luce del riconoscimento della indispensabilità e dell'insostituibilità del ruolo del Dietista nella prevenzione e nel trattamento di quelle specifiche problematiche, ruolo che emerge dalla più recente evidenza clinica e dalle raccomandazioni nazionali ed internazionali ad essa ispirate.

L'intento dell'ANDID è quello di fornire un autorevole ed utile riferimento per tutti i Colleghi, ma anche per le Istituzioni, le Società Scientifiche e Professionali e per tutti i soggetti in esse direttamente e/o indirettamente coinvolti. L'auspicio dell'ANDID è che questa esperienza inizialmente limitata ad un gruppo ristretto di Dietisti, possa contribuire alla crescita, al rafforzamento ed alla maturazione professionale di tutti i Colleghi che si trovano e/o si troveranno ad operare negli ambiti cui le posizioni si riferiscono. □□□□□

Giovanna Cecchetto □□□□□
Presidente ANDID



Ruolo del Dietista nella gestione nutrizionale del paziente diabetico

*Marina Armellini, Antonella Buseti, Giovanna Cecchetto,
Claudia Contegiacomo, Lucina Corgiolu, Concetta Latina*
(Gruppo di lavoro ANDID Diabete)

1. Background

Studi randomizzati controllati, osservazionali e metabolici hanno dimostrato che l'intervento nutrizionale migliora l'assetto metabolico delle persone con diabete di tipo 1 e 2¹⁻⁴. In particolare, l'intervento nutrizionale incide in maniera rilevante sul compenso glicemico e sul calo ponderale. L'evidenza disponibile dimostra chiaramente l'efficacia dell'intervento nutrizionale effettuato da un dietista esperto in diabetologia¹⁻⁴. L' American Diabetes Association (ADA) raccomanda il coinvolgimento di un dietista esperto nella gestione del diabete e sottolinea l'importanza che tutti i membri del team siano a conoscenza del trattamento nutrizionale e supportino il paziente nella modificazione dello stile di vita¹⁻². Le raccomandazioni nutrizionali dell' ADA sono evolute profondamente nel corso degli ultimi dieci anni, passando da un approccio prescrittivo basato su fabbisogni nutrizionali ideali a uno più flessibile basato sulla modificazione dello stile di vita e fondato sull'impiego di strategie di supporto al cambiamento³. Infine, in considerazione del fatto che ancora oggi vengono fornite ai soggetti diabetici molte raccomandazioni nutrizionali non supportate dall'evidenza, le raccomandazioni dell'ADA sono state classificate in relazione al livello di evidenza¹⁻².

2. Posizione

È posizione dell'ANDID che il dietista impegnato nel trattamento nutrizionale del diabete: 1) ponga al centro del proprio intervento il paziente e le sue esigenze, 2) collabori attivamente con gli altri membri del team diabetologico (diabetologo, infermiere, podologo, psicologo, ecc.), per attuare il suo ruolo specifico, 3) possieda una formazione specifica ed un aggiornamento continuo in ambito diabetologico, 4) valuti costantemente l'efficacia della sua prestazione.

2.1 Centralità del paziente

Applicando i principi della Medicina basata sull'Evidenza²⁻⁵⁻⁶ il dietista impiega il proprio giudizio professionale per adattare la migliore evidenza fornita dalla ricerca alla situazione clinica e personale del singolo paziente. Nella pratica professionale il dietista applica le indicazioni fornite dalle linee guida nazionali ed internazionali².

2.2 Ruolo del dietista

Il dietista partecipa all'elaborazione del programma terapeutico valutando lo stato nutrizionale del paziente ed elaborando un piano dietetico personalizzato. Inoltre, interagisce con tutti i membri del team per favorire la modificazione dello stile di vita del paziente. Il dietista deve sapere: 1) valutare gli elementi del quadro clinico e gli esami bioumorali relativi allo stato glicometabolico e nutrizionale; 2) identificare e valutare le conoscenze e le abilità del paziente relative alla malattia e alla sua autogestione; 3) identificare obiettivi nutrizionali individuali ed impostare il piano nutrizionale secondo criteri educativi, in relazione al quadro clinico e alla storia dietetica; 4) concordare con il paziente il piano nutrizionale; 5) monitorare l'adesione del paziente al piano nutrizionale e valutarne i risultati; 6) conoscere le caratteristiche e i meccanismi di azione dei diversi tipi di insulina e dei farmaci ipoglicemizzanti.

La storia dietetica viene condotta nel paziente diabetico con un intento qualitativo, bio-psico-sociale e pedagogico. Sul versante qualitativo, vengono investigati: 1) consumo dei pasti (quando, dove, con chi), 2) attività fisica (quale, quando, quanto), 3) storia ponderale, 4) esperienze dietetiche pregresse, 5) trattamento farmacologico, 6) presenza di complicanze, 7) storia glicemica (diario glicemico), 8) episodi di ipoglicemia (frequenza e modalità di gestione; diario glicemico), 9) appetito, 10) alvo e 11) digestione. Sul versante quantitativo, vengono valutati: 1) energia, 2) carboidrati (quantità, qualità e distribuzione nei pasti), 3) proteine (totali e rapporto animali:vegetali), 4) lipidi (saturi, polinsaturi e monoinsaturi), 5) colesterolo, 6) fibra, 7) alcool. Sul versante bio-psicologico, vengono indagati la percezione della fame e della sazietà, il rapporto con il cibo, il grado di accettazione della malattia e lo stato emotivo complessivo. Sul versante socio-culturale e cognitivo vengono rilevati il supporto familiare e sociale, le abitudini alimentari familiari, gli eventi sociali e familiari (frequenza, comportamenti adottati), la presenza di idee disfunzionali e la cultura personale relativa ad alimentazione, peso, dieta e diabete.

L'elaborazione del piano dietetico deve applicare la miglior evidenza fornita dalla ricerca alle caratteristiche del singolo paziente. Il piano dietetico deve essere individualizzato, facilmente applicabile alla quotidianità, flessibile e graduale, prevedendo obiettivi a breve, medio e lungo termine. Gli obiettivi vengono stabiliti in base alle condizioni cliniche e alla storia dietetica e devono tenere conto delle opinioni e della disponibilità paziente. Gli obiettivi devono essere chiari e concordati di volta in volta con il paziente. Gli obiettivi a breve termine vengono stabiliti in base alle priorità cliniche (esordio di malattia, scompenso glicometabolico, ecc.) e in collaborazione con il team diabetologico. Gli obiettivi a medio e lungo termine vanno stabiliti in base all'evoluzione del quadro clinico, al raggiungimento degli obiettivi concordati e alla presenza di situazioni particolari (gravidanza, ipoglicemie frequenti, attività sportiva, febbre, ecc.). Il piano dietetico deve favorire e sostenere i comportamenti e le scelte alimentari del paziente per il raggiungimento ed il mantenimento degli obiettivi nutrizionali, con priorità per il compenso glicometabolico, attraverso: 1) la regolare distribuzione delle calorie giornaliere, 2) gli orari dei pasti, 3) la distribuzione regolare ed il contenuto costante dei

carboidrati nei pasti, 4) le corrette modalità di consumo delle bevande alcoliche, 5) il corretto utilizzo dei carboidrati in relazione all'attività fisica e sportiva, 6) la gestione e la prevenzione delle ipoglicemie, 7) il consumo raccomandato di fibra. La *compliance/concordance* è favorita dall'utilizzo di liste di scambio, dall'identificazione delle porzioni, dalle informazioni sul contenuto in carboidrati degli alimenti, dall'educazione del paziente al calcolo del contenuto in carboidrati del pasto, dalla valutazione comparata del diario delle glicemie e di quello alimentare. Il piano dietetico deve inoltre favorire i comportamenti e le scelte alimentari del paziente per il raggiungimento e il mantenimento del compenso glico-metabolico e di uno stato nutrizionale soddisfacente attraverso: 1) l'equilibrio degli introiti proteici; 2) la varietà e la frequenza di consumo delle fonti proteiche; 3) la scelta dei condimenti; 4) la limitazione degli alimenti ricchi in sodio, grassi idrogenati o ad alta densità energetica; 5) il mantenimento e/o la riduzione graduale degli apporti di energia in relazione al body mass index e al deficit energetico eventualmente raccomandato; 6) l'avvicinamento quali-quantitativo alle raccomandazioni nutrizionali per la popolazione Italiana (gruppi alimentari, numero porzioni, frequenze di consumo); 7) il regolare svolgimento di attività fisica (30 min / die per almeno 3-4 die / sett.). La *compliance/concordance* è favorita dall'utilizzo del diario alimentare, dall'educazione alla lettura delle etichette e dalle informazioni fornite al paziente in modo mirato e graduale. L'informazione mirata, attuata nei tempi e nei modi opportuni, rappresenta infatti un efficace stimolo al cambiamento. È opinione dell'ANDID che il dietista debba acquisire abilità e competenze specifiche in ambito educativo, in particolare per quanto riguarda le tecniche della comunicazione, della motivazione e del *problem-solving*. Ciò dovrebbe facilitare il superamento dell'approccio prescrittivo a favore di uno basato sulle modificazioni dello stile di vita. Il dietista deve porre inoltre particolare attenzione alla prevenzione dell'insorgenza dei disturbi del comportamento alimentare, anche attraverso l'utilizzo di messaggi nutrizionali appropriati. Le "parole chiave" su cui focalizzare l'attenzione del paziente sono: 1) la funzione nutritiva degli alimenti, 2) l'entità delle porzioni, 3) il corretto inserimento nella razione alimentare degli alimenti "sconsigliati" o "pericolosi" e, 4) l'abilità di gestione delle situazioni a rischio. Ciò in *alternativa* a: 1) contenuto calorico, 2) prescrizione di precise grammature, 3) classificazione dei cibi in consigliati e proibiti e, 4) l'evitare situazioni critiche. Il dietista deve interagire con il team per identificare eventuali comportamenti *borderline* o indicativi di un disturbo del comportamento alimentare e per individuare le opportune strategie di trattamento.

2.3 Formazione e aggiornamento

La formazione universitaria garantisce un'adeguata preparazione teorica e pratica in ambito diabetologico. È opportuno che l'attività di tirocinio pratico sia svolta presso servizi ospedalieri di Diabetologia con la supervisione di un dietista esperto. È inoltre auspicabile una formazione specifica in tecniche della comunicazione, educazione terapeutica, *counseling*, e/o *problem-solving*. Per quanto attiene alla formazione continua in Medicina, l'ANDID

auspica che almeno il 50% dei crediti sia ottenuto da eventi relativi alla diabetologia.

2.4 Valutazione dell'efficacia della prestazione

Il dietista valuta e comunica regolarmente agli altri membri del team lo stato di adesione al piano dietetico. Gli obiettivi individuati in collaborazione con il team e concordati con il paziente, vengono controllati ed aggiornati in relazione al grado di *compliance/concordance* e alle condizioni cliniche del paziente. Tutti i dati vengono riportati sulla cartella dietistica, messa a disposizione del team. La durata della prestazione è un fattore che condiziona profondamente la qualità dell'assistenza nutrizionale del paziente diabetico. L'evidenza disponibile è in netto contrasto con la diffusa tendenza a contrarre la durata della prestazione del dietista, dimostrando che per il primo incontro sono necessari almeno 60 minuti e almeno 30 minuti per gli incontri successivi⁷. La frequenza dei controlli è condizionata dalle caratteristiche del paziente, dalle condizioni glico-metaboliche, dal grado di autogestione alimentare acquisito e dalla sua disponibilità e capacità di modificare lo stile di vita. Al fine di favorire il raggiungimento ed il mantenimento di questi obiettivi, sono richiesti almeno 3-4 incontri nei primi 3 mesi e, successivamente, almeno 6 incontri/anno.

3. Bibliografia

1. Franz MJ, Bantle JP, Beebe CA, et al. Nutrition principles and recommendations in diabetes. *Diabetes Care* 2004; 27 Suppl 1:S36-46
2. Franz MJ, Bantle JP, Beebe CA, et al. Evidence-based nutrition principles and recommendations for the treatment and prevention of diabetes and related complications. *Diabetes Care* 2003; 26 Suppl 1:S51-61
3. Franz MJ, Warshaw H, Daly AE, Green-Pastors J, Arnold MS, Bantle J. Evolution of diabetes medical nutrition therapy. *Postgrad Med J* 2003; 79:30-35
4. Pastors JG, Franz MJ, Warshaw H, Daly A, Arnold MS. How effective is medical nutrition therapy in diabetes care? *J Am Diet Assoc* 2003; 103:827-831
5. Gray EG, Gray LK. Evidence-based medicine: applications in dietetic practice. *J Am Diet Assoc* 2002; 102:1263-1272
6. Sackett DL, Strauss SE, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. *Evidence-based Medicine*. Edinburgh: Churchill-Livingstone, 2000
7. American Dietetic Association. *Medical Nutrition Therapy: Diabetes*. Chicago, 2002 (CD-ROM)

Ruolo del Dietista nella gestione nutrizionale del paziente con malattia renale cronica

*Anna Laura Fantuzzi, Annalisa Gennari,
Franca Pasticci, Margherita Setari, Roberta Tundo*
(Gruppo di lavoro ANDID Malattie Renali)

1. Background

L'alimentazione ha un ruolo cruciale in tutte le fasi evolutive dell'insufficienza renale cronica (IRC) ¹⁻⁴. Il trattamento nutrizionale durante la fase conservativa contribuisce a controllare le principali alterazioni metaboliche dell'IRC e posticipa la dialisi e il trapianto. Il trattamento nutrizionale durante la fase sostitutiva è di ausilio nel controllo delle alterazioni metaboliche dell'IRC ed è fondamentale per il mantenimento di uno stato nutrizionale soddisfacente. Il trattamento nutrizionale effettuato da un dietista esperto migliora la qualità di vita del paziente con IRC, aumenta l'efficacia della terapia medica e riduce i costi assistenziali ⁵.

2. Posizione

È posizione dell'ANDID che il dietista impegnato nel trattamento nutrizionale della malattia renale cronica: 1) ponga al centro del proprio intervento il paziente e le sue esigenze, 2) collabori attivamente con i membri del team nefrologico (nefrologo, infermiere, tecnico di dialisi, psicologo, ecc.) per attuare il suo ruolo specifico, 3) posseda una formazione specifica e un aggiornamento continuo nell'ambito delle malattie renali e, 4) valuti costantemente l'efficacia della sua prestazione.

2.1 Centralità del paziente

Applicando i principi della Medicina basata sull'Evidenza, il dietista impiega il proprio giudizio professionale per adattare la miglior evidenza fornita dalla ricerca alla situazione clinica e personale del singolo paziente ⁶⁻⁷. Nel suo lavoro, il dietista applica le indicazioni fornite dalle linee guida nazionali e internazionali ^{2-4-5-8A-8B-9}.

2.2 Ruolo del dietista

Il dietista partecipa all'elaborazione del programma terapeutico valutando lo stato nutrizionale del paziente ed elaborando un piano dietetico personalizzato. Oltre ad essere esperto nella valutazione dello stato nutrizionale e nell'elaborazione di piani dietetici personalizzati, il dietista deve saper valutare gli elementi del quadro clinico e gli esami biochimici che condizionano l'elaborazione del piano dietetico e sono necessari per una valutazione di efficacia della sua prestazione professionale ⁵. Il dietista documenta la propria

attività su una cartella che mette a disposizione degli altri membri del team⁵. Il dietista interagisce con gli altri membri del team per identificare e promuovere i fattori individuali che possono favorire l'adesione al piano terapeutico complessivo⁵.

La valutazione dello stato nutrizionale comprende la valutazione della composizione corporea, del bilancio energetico e della funzionalità corporea¹⁰. L'interesse del dietista verso la composizione corporea e il dispendio energetico è di tipo funzionale perché entrambi influenzano la funzionalità corporea e lo stato di salute. La tecnica di riferimento per la valutazione della composizione corporea nella pratica clinica è l'antropometria¹¹. Nel caso del paziente con IRC, la valutazione antropometrica di primo livello è rappresentata dalla misurazione del peso corporeo, della statura e della circonferenza della vita⁴. In alcuni casi, può essere utile una valutazione antropometrica di secondo livello che comprende la misurazione della circonferenza del braccio e delle pliche tricipitale e sottoscapolare¹²⁻¹³. In età pediatrica, la valutazione antropometrica comprende la misurazione di parametri auxologici specifici. Il bilancio energetico rappresenta la differenza tra l'introito e il dispendio energetico. Il dietista valuta l'introito energetico utilizzando la storia dietetica e il diario alimentare. La storia dietetica viene condotta con intento sia quanti- sia quali-tativo. Sul versante quantitativo, essa viene utilizzata nel paziente con IRC per investigare: 1) energia, 2) proteine (totali e percentuale ad alto valore biologico), 3) carboidrati (totali, semplici e complessi), 4) lipidi (totali e saturi, monoinsaturi e polinsaturi), 4) colesterolo, 6) fibra, 7) sodio, 8) potassio, 9) calcio, 10) fosforo, 11) acqua, 12) alcool. Sul versante qualitativo, la storia dietetica viene utilizzata per investigare 13: 1) appetito, 2) digestione, 3) alvo, 4) storia ponderale, 5) allergie o intolleranze alimentari, 6) interazioni farmaco-nutrizionali, 7) storia dietetica pregressa, 8) attività fisica, 9) presenza di complicanze, 10) supporto psico-sociale, 11) stile di vita. È opinione dell'ANDID che la capacità di coniugare nella giusta misura gli aspetti biologici e psico-sociali della storia dietetica costituisca la capacità centrale del dietista clinico impegnato nel trattamento delle malattie croniche, ivi compresa l'IRC. Il dietista stima il dispendio energetico attraverso l'utilizzo di algoritmi predittivi e sottopone il valore stimato al vaglio critico della storia dietetica e della composizione corporea controllata longitudinalmente. La valutazione della funzionalità corporea comprende l'interpretazione degli esami di funzionalità renale e di quelli bioumorali dello stato nutrizionale⁴⁻⁵.

L'elaborazione del piano dietetico deve applicare la miglior evidenza fornita dalla ricerca alle caratteristiche del singolo paziente⁷. Il dietista concorda col paziente un programma di educazione alimentare che utilizza strumenti quali- e/o quanti-tativi volti al raggiungimento degli obiettivi terapeutici⁵. La promozione della *compliance/concordance* al piano dietetico deve essere ottenuta ogniqualvolta possibile attraverso un programma di educazione alimentare fondato sul paziente e coordinato dal dietista⁵. La *compliance/concordance* a breve termine viene valutata attraverso: 1) raggiungimento degli obiettivi concordati, 2) livello di soddisfazione, 3) stato antropometrico. La *compliance* a lungo termine viene valutata attraverso: 1) andamento del quadro clinico (in collaborazione con gli altri membri del

team nefrologico), 2) consolidamento degli obiettivi concordati, 3) livello di soddisfazione, 3) stato antropometrico, 5) stato biumorale. La *compliance/concordance* a lungo termine è favorita dal continuo adeguamento del piano dietetico alle esigenze del paziente, dall'impiego di strumenti concordati col paziente (ad es.: tavole bromatologiche, liste di scambio, educazione sulle porzioni, ricette e prove di cucina) ed incontri educazionali di gruppo.

2.3 Formazione e aggiornamento

La formazione universitaria del dietista dovrebbe garantire un'adeguata preparazione teorica e pratica in ambito nefrologico. È opportuno che l'attività di tirocinio pratico sia svolta presso centri nefrologici ospedalieri con la supervisione di un dietista esperto. È inoltre auspicabile un periodo post-laurea della durata di almeno 6 mesi presso centri di riferimento nazionali e internazionali. Per quanto attiene alla formazione continua in Medicina, l'ANDID auspica che almeno il 50% dei crediti ECM sia ottenuto da eventi relativi alle malattie renali.

2.4. Valutazione dell'efficacia della prestazione

Il dietista valuta e comunica regolarmente al nefrologo i progressi fatti dal paziente sul versante delle abitudini alimentari. Con la collaborazione del nefrologo, il dietista imposta e valuta gli obiettivi terapeutici specifici per il paziente⁵. Questi obiettivi vengono trascritti sulla cartella dietistica che è messa a disposizione degli altri membri del team. Ciò è essenziale per una valutazione dell'efficacia della prestazione professionale del dietista. La durata della prestazione è un fattore che condiziona profondamente la qualità dell'assistenza nutrizionale del paziente con IRC. L'evidenza disponibile è in netto contrasto con la diffusa tendenza a contrarre la durata della prestazione del dietista, dimostrando che per il paziente con IRC sono necessari 60-90 minuti di tempo per il primo incontro e 45-60 minuti per gli incontri successivi⁵. La frequenza dei controlli è condizionata dallo stadio dell'IRC e dalla tipologia d'intervento nutrizionale (ad es., nel caso di un trattamento conservativo effettuato con una dieta fortemente ipoproteica supplementata è richiesto almeno un controllo mensile). In base agli studi disponibili, l'ANDID supporta la raccomandazione della National Kidney Foundation che sia disponibile un dietista esperto ogni 150 pazienti nefropatici³. □

3. Bibliografia

1. □ Fouque D. Why is the diet intervention so critical during chronic kidney disease? *J Ren Nutr* 2003; 13:173
2. □ EDTNA/ERCA Dietitians Special Interest Group. European Guidelines for the Nutritional Care of Adult Renal Patients, 2002
3. □ Clinical practice guidelines for nutrition in chronic renal failure. K/DOQI, National Kidney Foundation. *Am J Kidney Dis* 2000; 35:S1-140



Ruolo del Dietista nella prevenzione e nel trattamento della malnutrizione per difetto nel paziente ospedalizzato e/o istituzionalizzato

*Susanna Agostini, Giovanna Cecchetto, Maria Luisa Masini,
Ersilia Troiano, Stefania Vezzosi*

(Gruppo di lavoro ANDID Malnutrizione)

1. Background

La malnutrizione per difetto ignorata, causata, o peggiorata durante il ricovero in Ospedale è frequente in Europa (20-30%)¹⁻². Tale condizione, nota come malnutrizione ospedaliera, peggiora lo stato di salute del paziente, prolunga la degenza ospedaliera ed è incompatibile con un moderno standard di cura. Il Consiglio d'Europa ha identificato cinque fattori coinvolti nella malnutrizione ospedaliera in Europa²: 1) assenza di chiarezza o diluizione di responsabilità relativamente all'assistenza nutrizionale, 2) mancanza di formazione nutrizionale adeguata tra gli operatori sanitari, 3) ignoranza delle necessità e del parere del paziente, 4) mancanza di cooperazione tra i differenti operatori sanitari e, 5) assenza di interesse da parte della dirigenza sanitaria.

2. Posizione

È posizione dell'ANDID che il dietista impegnato nel trattamento della malnutrizione per difetto: 1) ponga al centro del proprio intervento il paziente e le sue esigenze, 2) collabori attivamente con gli altri operatori coinvolti nel processo assistenziale (medico, infermiere, manager ospedaliero, manager della ristorazione, addetto alla ristorazione) per attuare il suo ruolo specifico, 3) effettui un aggiornamento continuo nell'ambito della malnutrizione per difetto e, 4) valuti costantemente l'efficacia della sua prestazione.

2.1 Centralità del paziente

Applicando i principi della Medicina basata sull'Evidenza³⁻⁴, il dietista impiega il proprio giudizio professionale per adattare la miglior evidenza fornita dalla ricerca alla situazione clinica e personale del singolo paziente. Nel suo lavoro, il dietista tiene conto delle indicazioni fornite dalle linee guida nazionali e internazionali e dai percorsi diagnostico-terapeutici².

2.2 Ruolo del dietista

Il dietista partecipa alla definizione del processo assistenziale finalizzato alla prevenzione e al trattamento della malnutrizione per difetto nel paziente ospedalizzato e/o istituzionalizzato. Il processo assistenziale della nutrizione comincia con la valutazione del rischio nutrizionale. Il dietista collabora con il medico e l'infermiere alla definizione del sistema di valutazione del rischio

nutrizionale. La valutazione del rischio nutrizionale dovrebbe essere effettuata in modo routinario prima o al momento del ricovero in ospedale o altra struttura e dovrebbe essere ripetuta ad intervalli di tempo definiti sulla base del livello di rischio identificato. L'identificazione di un paziente a rischio nutrizionale deve essere seguita dalla valutazione dello stato nutrizionale e dalla definizione di un piano di trattamento comprendente gli obiettivi dietetici, il monitoraggio dell'introito di energia e nutrienti, il controllo del peso corporeo e la valutazione dell'efficacia del piano nutrizionale stesso. Oltre ad essere esperto nella valutazione dello stato nutrizionale e nell'elaborazione di piani dietetici, il dietista deve saper valutare gli elementi del quadro clinico e gli esami biomorali che condizionano l'elaborazione del piano dietetico e che sono necessari per una valutazione di efficacia della prestazione professionale. Il dietista documenta la propria attività su una cartella che mette a disposizione di tutti gli operatori coinvolti nel processo assistenziale. Il dietista interagisce con gli altri operatori per identificare e promuovere i fattori individuali, organizzativi e gestionali che possono favorire la realizzazione del processo assistenziale e l'adesione al piano terapeutico complessivo. Il dietista si applica, in prima persona e attraverso la sua Associazione professionale, perché requisiti specifici riguardanti il processo assistenziale della nutrizione siano inclusi negli standard di accreditamento degli Ospedali e delle Aziende Sanitarie.

La valutazione dello stato nutrizionale comprende la valutazione della composizione corporea, del bilancio energetico e della funzionalità corporea⁵. L'interesse del dietista verso la composizione corporea e il dispendio energetico è di tipo funzionale perché entrambi influenzano la funzionalità corporea e lo stato di salute. La tecnica di riferimento per la valutazione della composizione corporea nella pratica clinica è l'antropometria⁶. Nel caso del paziente con malnutrizione per difetto, la valutazione antropometrica di primo livello è rappresentata dalla misurazione del peso corporeo e della statura. In alcuni casi, può essere utile una valutazione antropometrica di secondo livello che comprende la misurazione della circonferenza del braccio e delle pliche tricipitale e sottoscapolare. La valutazione antropometrica di secondo livello dovrebbe essere sempre effettuata quando non è possibile misurare il peso e la statura. In età pediatrica, la valutazione antropometrica comprende la misurazione di parametri auxologici specifici. Il bilancio energetico rappresenta la differenza tra l'introito e il dispendio energetico. Il dietista valuta l'introito energetico utilizzando la storia dietetica. La storia dietetica viene condotta con un intento sia quanti- sia quali-tativo. Sul versante quantitativo, essa è utilizzata nel paziente con malnutrizione per difetto per investigare: 1) energia, 2) proteine (totali e percentuale ad alto valore biologico), 3) carboidrati, 4) lipidi, 5) fibra, 6) acqua, 7) alcool. Sul versante qualitativo, la storia dietetica viene utilizzata per investigare: 1) autosufficienza, 2) appetito, 3) competenza funzionale del tratto oro-faringeo (dentizione, masticazione e deglutizione), 4) digestione, 5) alvo, 6) storia ponderale, 7) allergie o intolleranze alimentari, 8) interazioni farmaco-nutrizionali, 9) storia dietetica pregressa, 10) attività fisica, 11) presenza di complicanze, 12) supporto psico-sociale, 12) stile di vita. È opinione dell'ANDID che la capacità di coniugare nella giusta misura gli aspetti biologici e psico-sociali della storia dietetica costituisca la capacità centrale del dietista clinico. Il dietista stima il dispendio energetico attraverso

L'utilizzo di algoritmi predittivi e sottopone il valore stimato al vaglio critico della storia dietetica e della composizione corporea controllata longitudinalmente. La valutazione della funzionalità corporea comprende l'interpretazione degli esami bioumorali dello stato nutrizionale. □

L'elaborazione dei piani dietetici deve applicare la miglior evidenza fornita dalla ricerca alle caratteristiche dei pazienti. Il dietista concorda col paziente e/o con la famiglia il piano dietetico elaborato.

La promozione della *compliance/concordance* al piano dietetico deve essere ottenuta ogni qualvolta possibile attraverso l'adozione di un programma informativo-educativo fondato sui bisogni e sulle risorse del paziente e coordinato dal dietista. La *compliance/concordance* a breve termine viene valutata attraverso: 1) raggiungimento degli obiettivi concordati, 2) valutazione dei consumi alimentari, 3) livello di soddisfazione, 4) stato antropometrico. La *compliance/concordance* a lungo termine viene valutata attraverso 1) andamento del quadro clinico (in collaborazione con gli altri membri del team assistenziale), 2) consolidamento degli obiettivi concordati, 3) livello di soddisfazione, 4) stato antropometrico, 5) stato bioumorale. Il mantenimento della *compliance/concordance* è favorito dal continuo adeguamento del piano dietetico alle esigenze del paziente e dall'impiego di strategie e strumenti concordati col paziente. Le strategie comprendono la scelta di alimenti e di preparazioni più gradite, l'adeguamento delle porzioni e l'impiego degli integratori e del supporto artificiale, secondo le priorità raccomandate dalle linee guida nazionali e internazionali (vitto ordinario > integratori > nutrizione artificiale). Le competenze comunicative del dietista e la qualità della relazione terapeutica instaurata sono essenziali per il mantenimento della *compliance/concordance* a lungo termine.

Per quanto attiene alla ristorazione collettiva, la specificità professionale del dietista è quella di saper coniugare gli aspetti organizzativi e igienico-sanitari a quelli nutrizionali. Il dietista: 1) collabora alla stesura dei capitolati relativamente alle caratteristiche merceologiche ed organolettiche delle derrate alimentari e alle caratteristiche logistiche ed organizzative del servizio; 2) elabora i menu in relazione alle esigenze nutrizionali e dietetiche degli utenti con particolare attenzione alle categorie di pazienti a rischio (alimenti ad alta densità energetica e proteica, a consistenza modificata, arricchiti con snack e spuntini); 3) collabora alla stesura delle ricette e alla definizione delle procedure di preparazione e realizzazione dei cibi; 4) garantisce l'individualizzazione e la flessibilità dei menu; 5) implementa la comunicazione fra i diversi professionisti, gli utenti e le istituzioni, promovendo una visione globale dell'assistenza nutrizionale (aspetti clinici, igienici, economici, gestionali e formativi) e garantendo il miglior utilizzo delle risorse; 6) svolge attività didattica finalizzata alla formazione e all'aggiornamento degli operatori dell'area sanitaria e non sanitaria coinvolti nell'assistenza nutrizionale dei pazienti.

2.3 Formazione e aggiornamento

La formazione universitaria di base del dietista fornisce un'adeguata preparazione teorica e pratica per la prevenzione e il trattamento della malnutrizione per difetto. È opportuno che l'attività di tirocinio pratico sia svolta presso strutture sanitarie con la supervisione di un dietista esperto. Per quanto attiene alla formazione continua in medicina, l'ANDID auspica che almeno una parte dei crediti ECM sia ottenuto da eventi relativi alla nutrizione artificiale e alla ristorazione collettiva.

2.4 Valutazione dell'efficacia della prestazione

Il dietista valuta la qualità della propria attività professionale attraverso la revisione continua dei risultati rispetto a *standard* professionali e assistenziali definiti. A questo scopo condivide con il team assistenziale tutti i dati e le informazioni cliniche di sua competenza (contenute nella cartella dietetica) relative alla nutrizione del paziente. La documentazione delle attività e dei risultati è parte integrante della pratica professionale del dietista volta al miglioramento continuo della qualità.

3. Bibliografia

1. □Corish CA, Kennedy NP. Protein-energy malnutrition in hospital in-patients. *Br J Nutr* 2000; 83:575-591
2. □Council of Europe. Food and nutritional care in hospitals: how to prevent undernutrition. Strasbourg: Council of Europe Publishing, 2002
3. □Gray EG, Gray LK. Evidence-based medicine: applications in dietetic practice. *J Am Diet Assoc* 2002; 102:1263-1272
4. □Sackett DL, Strauss SE, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Evidence-based Medicine. Edinburgh: Churchill-Livingstone, 2000
5. □Bedogni G, Battistini N, Borghi A. Principi di valutazione dello stato nutrizionale. Milano: EDRA, '99
6. □World Health Organization. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. World Health Organization Technical Report Series. Geneva, 1995

Autori

Gruppo di lavoro ANDID Diabete

ARMELLINI MARINA
Dietista, Servizio di Diabetologia, Azienda Ospedaliera, Udine

BUSETTI ANTONELLA
Dietista, CAD-2° Medicina ASL n° 5 Spezzino, La Spezia

CECCHETTO GIOVANNA
Dietista, Libero Professionista, Presidente ANDID, Verona

CONTEGIACOMO CLAUDIA
Dietista, Servizio Diabetologia, A.O. Spedali Civili, Brescia

CORGIOLU LUCINA
Dietista, Servizio di Diabetologia, ASL 8, Cagliari

LATINA CONCETTA
Dietista, Servizio Diabetologia Pediatrica, Az. Policlinico, Catania

Gruppo di lavoro ANDID Malattie Renali

FANTUZZI ANNA LAURA
Dietista, Segretario ANDID, Modulo di Dietetica e Nutrizione Clinica, Az. USL, Modena

GENNARI ANNA LISA
Dietista, Servizio Dietetico, A.O. Spedali Civili, Brescia

PASTICCI FRANCA
Dietista, Libero Professionista, Perugia

SETARI MARGHERITA
Dietista, Dipartimento di Pediatria, Università di Padova,
Docente a contratto nel Corso di Laurea in Dietistica dell'Università di Padova

TUNDO ROBERTA
Dietista, Presidio Ospedaliero n. 2 Nardò - Copertino, AUSL Lecce/1

Gruppo di lavoro ANDID Malnutrizione

AGOSTINI SUSANNA
Dietista, Referente Aziendale del Servizio di Dietetica, ASS 2,
Struttura Ospedaliera di Gorizia

CECCHETTO GIOVANNA
Dietista, Libero Professionista, Presidente ANDID, Verona

MASINI MARIA LUISA
Dietista, Direttore U.O. Dietetica, Azienda Ospedaliera Careggi, Firenze

TROIANO ERSILIA
Dietista, Libero Professionista, Napoli

VEZZOSI STEFANIA
Dietista, U.F. Igiene degli Alimenti e della Nutrizione, Az. USL 3, Pistoia



Grafica COGEST M&C - Verona
Stampa ITALGRAF - Rubiera (RE)

PAG. 19
BIANCA

