

# 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 2<sup>1-4</sup>. 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 diabetologia<sup>1-4</sup>. 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 vita<sup>1-2</sup>. 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 cambiamento<sup>3</sup>. 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 evidenza<sup>1-2</sup>.

## 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'Evidenza<sup>2-5-6</sup> 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 internazionali<sup>2</sup>.

### 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 biochimici 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 biopsicologico, 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 glico-metabolico, 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 *problemsolving*.

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, coun-



*seling, e/o problemsolving.*

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 successivi<sup>7</sup>. 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).

