

Ruolo del dietista nella gestione integrata della Nutrizione Artificiale

Fina Belli, Maurizio Fadda, Maria Teresa Semenzin, Marisa Sillano, Graziella Xompero

(Gruppo di lavoro ANDID – Nutrizione Artificiale)

1. Background

Numerosi trial randomizzati controllati (1) hanno dimostrato che la nutrizione artificiale (enterale, parenterale e per via orale tramite integratori specifici) ospedaliera e domiciliare, se correttamente applicata secondo le Linee Guida nazionali e internazionali (2-3-4-5-6), può contribuire fondamentalmente a:

- sostituire o integrare un'alimentazione spontanea controindicata o insufficiente garantendo adeguati apporti nutrizionali
- attenuare la perdita di peso e la perdita di massa magra
- migliorare gli outcome funzionali
- migliorare gli outcome clinici diminuendo la mortalità, la morbilità, le complicanze e la durata della degenza, riducendone nel contempo i costi.

Il Consiglio d'Europa raccomanda una gestione appropriata del supporto nutrizionale artificiale, anche attraverso un più accurato monitoraggio, l'utilizzo di protocolli, una maggiore razionalizzazione degli acquisti ed un'appropriata scelta delle tecniche di supporto (7).

Le suddette Raccomandazioni affermano altresì che la gestione della nutrizione artificiale debba essere affrontata nella sua interezza da un team dedicato: l'erogazione della nutrizione artificiale richiede un lavoro coordinato di collaborazione tra singole figure professionali per riconoscere e trattare i pazienti a rischio di malnutrizione (8).

Viene altresì affermato in letteratura che componente indispensabile (9) di questa organizzazione è la figura del dietista in quanto professionista esperto, in possesso di specifica formazione in nutrizione artificiale, in grado di fornire il miglior supporto nutrizionale al paziente attraverso la pianificazione, l'implementazione e il monitoraggio della nutrizione artificiale.

2. Posizione

E' posizione dell'Andid che il dietista impegnato nel trattamento integrato della nutrizione artificiale:

1) ponga al centro del proprio intervento il paziente e le sue esigenze, 2) collabori attivamente con gli altri membri del team nutrizionale (medico, infermiere, farmacista), per attuare il suo ruolo specifico, 3) posseda specifica formazione, esperienza e aggiornamento continuo nell'ambito della nutrizione artificiale, 4) valuti costantemente l'efficacia della sua prestazione professionale (8-9).

Il dietista, nell'ambito dell'intervento di nutrizione artificiale, deve definire protocolli terapeutici, identificare indicatori di outcome, applicare l'intervento nutrizionale, documentare i processi e i risultati.

2.1. Centralità del paziente

Applicando i principi della medicina basata sull'evidenza, il dietista impiega il proprio giudizio professionale per adattare la migliore evidenza fornita dalla ricerca alla situazione clinica e personale del singolo paziente (10-11). Nella pratica professionale il dietista, applica le indicazioni fornite dalle Linee Guida nazionali e internazionali e dai percorsi diagnostico-terapeutici (4-10-11-12).

2.2. Ruolo del Dietista

Il dietista partecipa alla definizione del processo assistenziale della nutrizione allo scopo di fornire ai pazienti la terapia nutrizionale più efficace e sicura rispetto alla loro condizione clinica, sia all'interno delle strutture sanitarie sia in ambito domiciliare, secondo le priorità raccomandate dalle Linee Guida Nazionali ed internazionali (alimentazione per os, integratori orali, nutrizione artificiale). Tale processo comincia con la valutazione del rischio nutrizionale: il dietista partecipa insieme al team alla definizione del sistema di valutazione del rischio nutrizionale. La definizione del rischio include l'identificazione dei pazienti che non possono o non devono alimentarsi per via orale e la selezione di coloro che possono ricevere benefici dall'utilizzo della nutrizione artificiale per mantenere un adeguato stato nutrizionale, controllare deficit nutrizionali ed ottenere conseguentemente un miglioramento della qualità di vita e della loro condizione clinica.

L'identificazione di un paziente a rischio nutrizionale deve essere seguita dalla valutazione dello stato nutrizionale, dalla definizione di un piano di trattamento nutrizionale personalizzato, dall'implementazione, dal monitoraggio e dalla valutazione dell'efficacia del piano stesso.

Il contributo specifico del dietista alla valutazione dello stato nutrizionale comprende: 1) la va-

lutazione della composizione corporea e 2) la valutazione del bilancio energetico. La tecnica di riferimento per la valutazione della composizione corporea nella pratica clinica è l'antropometria⁽¹³⁾.

In età pediatrica la valutazione antropometrica comprende la misurazione di parametri auxologici specifici.

Per quanto riguarda il bilancio energetico questo rappresenta la differenza tra l'introito e il dispendio energetico: il dietista valuta l'introito utilizzando la storia dietetica, che viene condotta con un intento quali-quantitativo, bio-psico-sociale e pedagogico e stima il dispendio energetico attraverso l'utilizzo di algoritmi predittivi sottoponendo il valore stimato al vaglio critico della storia dietetica e della composizione corporea controllata longitudinalmente.

Durante la conduzione della storia dietetica sul versante qualitativo vengono investigati: 1) autosufficienza, 2) appetito, 3) competenza funzionale del tratto oro-faringeo (dentizione, masticazione e deglutizione) e gastro-intestinale, 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, 13) stile di vita.

Sul versante quantitativo la storia dietetica è utilizzata per investigare: 1) energia, 2) proteine (totali e percentuale ad alto valore biologico), 3) carboidrati, 4) lipidi, 5) fibra, 6) acqua, 7) alcool.

E' opinione dell'Andid che la capacità di coniugare nella giusta misura gli aspetti biologici e psicosociali della storia dietetica costituisca la capacità centrale del dietista clinico. La storia dietetica correlata al quadro clinico e ai trattamenti previsti costituisce per il team presupposto fondamentale per la corretta indicazione alla nutrizione artificiale e per la scelta del supporto nutrizionale più appropriato.

L'elaborazione del piano nutrizionale deve applicare la migliore evidenza fornita dalla ricerca alle caratteristiche del singolo paziente. Il piano nutrizionale 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 del paziente. Devono essere chiari e concordati di volta in volta con il paziente. Gli obiettivi a breve termine vengono stabiliti in base alle priorità cliniche e in collaborazione con il team nutrizionale. Quelli 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.

Il dietista contribuisce alla scelta della supplementazione orale, della formula nutrizionale sulla base della storia dietetica, della valutazione antropometrica, del bilancio energetico e degli obiettivi nutrizionali concordati. Partecipa all'implementazione e al monitoraggio del piano nutrizionale assicurando apporti nutrizionali appropriati, concorrendo con gli altri componenti del team nutrizionale al miglioramento dell'outcome del paziente.

La promozione della compliance/concordance al programma nutrizionale deve essere ottenuta ogni qualvolta possibile attraverso l'adozione di un programma informativo-educativo fondato sui bisogni e sulle risorse del paziente e della sua famiglia⁽⁸⁾.

La compliance/concordance viene valutata attraverso il raggiungimento degli obiettivi concordati e all'andamento del quadro clinico-nutrizionale insieme con gli altri membri del team.

Allo scopo di aumentare l'efficacia della prestazione ed elevare lo standard qualitativo del supporto nutrizionale artificiale, il dietista: 1) partecipa alla stesura e implementazione delle Linee Guida nazionali ed internazionali, 2) partecipa alla stesura dei protocolli operativi presso le strutture sanitarie e a livello domiciliare, 3) svolge attività didattica finalizzata alla formazione e all'aggiornamento degli operatori dell'area sanitaria e non coinvolti nell'assistenza nutrizionale dei pazienti⁽⁸⁾.

2.3. Formazione, aggiornamento e ricerca

La formazione universitaria di base dovrebbe garantire un'adeguata preparazione teorica e pratica per la gestione integrata della nutrizione artificiale. E' opportuno che l'attività di tirocinio pratico del Corso di Laurea in Dietistica sia svolta presso Centri di nutrizione artificiale accreditati, con la supervisione di un dietista esperto⁽¹⁴⁻¹⁵⁾. L'Andid auspica inoltre che il dietista si occupi dell'insegnamento degli studenti del Corso di Laurea in Dietistica o di altri Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie. E' inoltre auspicabile un periodo di formazione dedicata post-laurea nel campo della nutrizione artificiale, tramite la frequenza presso centri di riferimento nazionali o internazionali e/o la partecipazione ad eventi formativi specifici. Per quanto attiene alla formazione continua in medicina, l'Andid auspica che almeno il 50 % dei crediti ECM sia ottenuto da eventi relativi alla nutrizione artificiale. Per quanto riguarda l'ambito della ricerca il dietista implementa, conduce e partecipa a ricerche cliniche nell'ambito della nutrizione artificiale in collaborazione con un team interdisciplinare⁽¹¹⁻¹²⁻¹⁶⁾

2.4. Valutazione dell'efficacia della prestazione

Il dietista valuta la qualità della propria attività professionale attraverso la revisione costante dei risultati rispetto a standard professionali e assistenziali definiti e ai livelli di qualità più ampiamente condivisi⁽¹⁷⁾, al fine anche di implementare ricerche specifiche sull'efficacia dell'intervento nutrizionale e sui suoi costi⁽¹⁸⁻¹⁹⁾. A questo scopo condivide con il team nutrizionale tutti i dati e le informazioni cliniche di sua competenza relative alla nutrizione del paziente, documentando nella cartella dietistica i processi e i risultati dell'intervento nutrizionale.

3. Bibliografia

1. Stratton RJ, CJ Green, M Elia. Disease-related malnutrition: an evidence-based approach to treatment 2003
2. Linee Guida SINPE per la Nutrizione Artificiale Ospedaliera 2002 (aggiornamento ottobre 2003). www.sinpe.it/linee_guida.asp
3. Linee Guida SINPE per l'impiego della Nutrizione parenterale e Enterale nei pazienti adulti a domicilio. www.sinpe.it/linee_guida.asp
4. M Stroud, H Duncan, J Nightingale Guidelines for enteral feeding in adult hospital patients Gut 2003;52 (Suppl VII):vii1-vii12
5. American Gastroenterological Association Medical Position Statement: Guidelines for the Use of Enteral Nutrition. November 1994
6. Guidelines for the use of parenteral and enteral nutrition in adult and pediatric patients JPEN vol 26, 1 (s) 2002
7. Council of Europe. Food and nutritional care in hospitals: how to prevent undernutrition, Strasbourg: Council of Europe Publishing. 2002.
8. ASPEN Standards for Nutritional Support for Hospitalised Patients. Nutr Clin Pract 1995;10:208-219
9. Skipper A, Winkler MF. The changing role of the dietitian in clinical practice. Nutr Clin Pract 1992; 7(suppl):S5-S8
10. Gray GE, Gray LK. Evidence-based medicine application in dietetic practice. J Am Diet Association 2002; 102:1263-1272
11. Sakett DL, Strauss SE, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Evidence-based Medicine. Edinburgh: Churchill-Livingstone, 2000
12. Skipper A. Nutrition support policies, procedures, forms, and formulas – Aspen publication, 1995
13. Il dietista e la pratica professionale: posizioni dell'Andid – Parma marzo 2004
14. Commissione ad hoc SINPE-ADI. Linee guida per l'accreditamento dei centri di nutrizione artificiale domiciliare. SINPE 2000;18/3;173-182
15. Accredito eccellenza Regione Piemonte
16. Fish J, Hunter AM, Chernoff R et al, Evolution of the nutrition support team. In : Gottschlich MM, Matarese LE, Shronts EP, eds. Nutrition Support Core Curriculum. 2nd ed. Silver Springs, Md: The American Society for Parenteral and Enteral Nutrition 1993: 1-9
17. Graham NO: Quality assurance in Hospital. Rockville. Aspen Publisher 1990 pp 3-13
18. Splett PL, Russo PM. Documenting the quality and effectiveness of nutrition care. Chicago. American Dietetic Association, 1991, pp 96-102
19. Winkler MF Quality Assessment and Improvement. In: Matarese LE, Gottschlich MM. Contemporary Nutrition Support Practice: a Clinical Guide. Philadelphia. WB Saunders Company 1998 pp 624-631
20. Ruolo del dietista nella Nutrizione Artificiale: aspetti formativi ed organizzativi negli interventi di NA. Documento elaborato dalla Commissione Tecnica nominata dal Consiglio Direttivo dell'ANDID in occasione del VII Congresso Nazionale, Fiuggi 29 marzo-1 aprile 1995
21. The role of registered dietitian in enteral and parenteral nutrition support – Position of ADA J Am Diet Ass 1997;97:302-304.

