

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 bioumorali 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 corporea ⁵. 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'antropometria ⁶. 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 quantitativo sia qualitativo. 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, 13) 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