

## IL DIETISTA NELLA NUTRIZIONE ARTIFICIALE

Documento elaborato dal Consiglio Direttivo\* e dal Gruppo di Lavoro  
Multidisciplinare\*\* della Società Italiana di Nutrizione Artificiale e Metabolismo  
(SINPE)

*Il presente documento è stato approvato all'unanimità dal Consiglio Direttivo SINPE  
nella seduta del 24-25 settembre 2007*

### Sommario

I.	Introduzione .....	2
II.	La figura professionale del dietista: il quadro normativo .....	2
III.	Il dietista nella Nutrizione Artificiale: ambito delle competenze specifiche .....	4
IV.	Il dietista nel processo assistenziale di Nutrizione Artificiale .....	5
IV.1.	Accertamento e valutazione .....	6
IV.2.	Pianificazione.....	6
IV.3.	Attuazione.....	7
IV.4.	Valutazione della qualità delle cure .....	7
V.	Il dietista nella Nutrizione Artificiale a domicilio .....	8
VI.	Tavola sinottica delle attività del dietista nella NA .....	9
	Bibliografia .....	10

\* Consiglio Direttivo SINPE 2006-2008: Presidente: Prof. Maurizio Muscaritoli – Consiglieri: Roberto Biffi, Gianni Biolo, Pietro Carideo, Daniela Crispoldi, Sabrina De Leo, Etta Finocchiaro, Antonello Giannoni, Alfonso Giombolini, Paolo Orlandoni, Sergio Pastò, Loris Pironi, Mauro Pittiruti, Danilo Radrizzani, Giancarlo Sandri, Romano Tetamo

\*\*Gruppo di Lavoro Multidisciplinare SINPE: Coordinatori: Sergio Pastò (medico), Sabrina De Leo (dietista); Componenti: Rita Celli (medico legale); Manuela Gambarara (pediatra), Alessandro Laviano (medico); Alessandra Stancari (farmacista); Veronica Boscolo, Daniela Capezzali, Rosa Capriello, Eugenia Dozio, Mirella Elia, Daniela Pizzolato, Maria Josè Rossi (dietiste); Patrizia Coracci, Lorena Riva (infermiere)

## **I. Introduzione**

Con l'estendersi della pratica della nutrizione artificiale (NA) sia in ambito ospedaliero che domiciliare, si avverte sempre più la esigenza di una ottimizzazione dei percorsi diagnostici e assistenziali, il che richiede inevitabilmente una ottimale integrazione funzionale tra le diverse figure professionali (medico, farmacista, infermiere, dietista, ...) coinvolte nella programmazione e gestione di questo peculiare trattamento medico.

Benché la fisionomia del team nutrizionale e la armonizzazione delle diverse competenze in esso rappresentate siano state da tempo definite (anche e soprattutto per merito della SINPE), nella realtà clinica di tutti i giorni ancora persistono incertezze sulla attribuzione dei ruoli. Ciò può comportare rischi di sovrapposizione di competenze e di azioni, dispersione di responsabilità, omissione di interventi clinici per preoccupazioni di carattere legale, o infine interventi inappropriati per sfera di competenza.

Al fine di portare un contributo di ulteriore chiarezza in questo settore, la SINPE ha ritenuto opportuno affrontare in modo sistematico le problematiche relative al ruolo del dietista, in quanto figura professionale che gioca un ruolo assai rilevante e attivo nella moderna nutrizione clinica. In particolare, nei percorsi di NA, in virtù del suo stesso profilo professionale, il dietista opera in continua collaborazione e interazione con le altre figure professionali su citate, esponendosi al rischio di assumere o subire comportamenti inappropriati, con potenziale nocimento per il paziente.

Il presente documento SINPE si propone di tracciare un quadro organico delle attività che il dietista può e deve svolgere nell'ambito dei percorsi di NA alla luce delle disposizioni normative e delle evidenze scientifiche disponibili, nella consapevolezza che solo una ottimale integrazione funzionale delle diverse competenze professionali possa assicurare appropriatezza e costo-efficacia del trattamento, e quindi tutelare integralmente i diritti del paziente.

## **II. La figura professionale del dietista: il quadro normativo**

Una delle trasformazioni di maggior rilievo del sistema sanitario italiano dalla metà degli anni novanta ad oggi è stata la rapida evoluzione delle cosiddette *professioni sanitarie*, ovvero figure professionali operanti nel settore sanitario. Da un lato, ne sono state introdotte di nuove, dall'altro, sono state ridefinite le competenze di figure tradizionali quali, ad esempio, quelle dell'infermiere e dell'ostetrica. La maggiore innovazione introdotta è l'acquisizione di autonomia e responsabilità nell'espletamento delle proprie funzioni.

Questo processo di professionalizzazione è avvenuto attraverso alcune importanti modifiche normative:

1. per ciascuna professione, definizione o riordino dell'area di competenza e di responsabilità mediante l'emanazione di uno specifico *profilo professionale*, sotto forma di decreto del Ministero della Sanità (ora, della Salute);
2. riconoscimento di una specifica autonomia professionale<sup>1</sup>;
3. valorizzazione della formazione di base e post-base, sancita con l'ingresso nel sistema universitario dei corsi per il conseguimento del relativo titolo (in una prima fase, con il diploma universitario<sup>2</sup>, in seguito alla riforma universitaria del 1999, con l'istituzione delle lauree, delle lauree specialistiche e dei master universitari<sup>3</sup>).

Il profilo professionale del dietista viene definito per la prima volta dal D.M. del Ministero della Sanità del 14 settembre 1994, n. 744 (v. appresso).

La laurea in dietistica si colloca dal punto di vista giuridico nella terza classe, denominata delle *professioni tecnico-sanitarie* (e, nello specifico, delle professioni tecnico-sanitarie assistenziali)<sup>4</sup>.

I laureati nell'ambito professionale della dietistica, secondo quanto previsto dal D.M. della Sanità del 14 settembre 1994 n. 744, devono essere in grado di operare per tutte le attività finalizzate alla corretta applicazione dell'alimentazione e della nutrizione ivi compresi gli aspetti educativi e di collaborazione delle politiche alimentari, nel rispetto della normativa vigente; di organizzare e coordinare le attività specifiche relative all'alimentazione in generale e alla dietetica in particolare; di collaborare con gli organismi preposti alla tutela degli aspetti igienico-sanitari del servizio di alimentazione; di elaborare, formulare ed attuare le diete prescritte dal medico e controllarne l'accettabilità da parte del paziente; di collaborare con altre figure al trattamento multidisciplinare dei disturbi del comportamento alimentare; di studiare ed elaborare la composizione di razioni alimentari atte a soddisfare i bisogni nutrizionali di gruppi di popolazione e pianificare l'organizzazione dei servizi di alimentazione di comunità di sani e malati; di svolgere attività didattico educative e di informazione finalizzate alla diffusione di principi di alimentazione corretta, tale da consentire il recupero e il mantenimento di un buono stato di salute del singolo, di collettività e di gruppi di popolazione; di svolgere l'attività

---

<sup>(1)</sup> Legge 26 febbraio 1999, n. 42, recante "*Disposizione in materia di professioni sanitarie*"; questa legge aggiorna i criteri fondamentali che regolamentano l'esercizio delle professioni sanitarie, precisando i riferimenti concreti per l'individuazione degli ambiti e dei confini di ciascuna specifica professione: essi sono rappresentati dai profili professionali, dai codici deontologici prodotti dalle professioni stesse e dagli ordinamenti didattici della formazione universitaria di base e post base.

Legge 10 agosto 2000, n. 251, recante "*Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica*"; questa legge completa il percorso di valorizzazione delle professioni sanitarie, rafforzando ulteriormente gli obiettivi dell'autonomia e della responsabilità di tali attività, ribadendo che gli operatori delle diverse professioni sanitarie svolgono con autonomia le attività e le funzioni individuate dalle norme istitutive dei relativi profili, nonché degli specifici codici deontologici.

<sup>(2)</sup> MURST, decreto ministeriale del 24 luglio 1996 – *Approvazione della tabella XVIII-ter recante gli ordinamenti didattici universitari dei corsi di diploma universitario dell'area sanitaria, in adeguamento dell'art. 9 della legge 19 novembre 1990, n. 341.*

<sup>(3)</sup> MURST, decreto ministeriale del 3 novembre 1999, n. 509 – *Regolamento recante norme concernenti l'autonomia didattica degli atenei.*

<sup>(4)</sup> La collocazione di ciascuno profilo professionale è stata individuata con il D.M. della Sanità del 29 marzo 2001, n. 118 "*Definizione delle figure professionali di cui all'art. 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, da includere nelle fattispecie previste dagli articoli 1, 2, 3 e 4 della legge del 10 agosto 2000, n. 251 (art. 6, comma 1, legge n. 251/2000)*". Tale decreto dunque elenca le figure professionali sanitarie, raggruppandole secondo le classi precedentemente stabilite dalla legge 251/2000.

professionale in strutture sanitarie, pubbliche o private, in regime di dipendenza o libero professionale.

Il dietista, fra tutti gli operatori sanitari, sia per il suo profilo professionale delineato dal D.M. della Sanità, sia per la formazione di base universitaria<sup>5</sup> è quindi quel professionista competente nel campo dell'alimentazione e della nutrizione, che opera nel soggetto sano e in quello malato.

### **III. Il dietista nella Nutrizione Artificiale: ambito delle competenze specifiche**

Mentre molto ben definito appare il ruolo del dietista nel più vasto campo della alimentazione umana in condizioni normali e patologiche, più delicato e ancora controverso è il ruolo del dietista nella NA, la quale – come è noto – va considerata a tutti gli effetti un trattamento medico.

Il dietista acquisisce l'esperienza e le conoscenze necessarie per operare per quanto di propria competenza nel campo della NA, attraverso corsi di formazione e addestramento [1, 3, 6, 19]. Il dietista che opera nell'ambito della NA collabora necessariamente con altri professionisti sanitari (medico, infermiere e farmacista) e con altre figure (paziente, familiari e prestatori di

---

<sup>(5)</sup> La *Tabella B-Standard formativo pratico e di tirocinio* (pubblicata nel Decreto del MURST del 24 luglio 1996 per il Diploma Universitario in dietista e rimasta invariata nel successivo Decreto MURST del 2 aprile 2001 per la Laurea Universitaria in dietistica) definisce che, per accedere all'esame finale (esame di stato con valore abilitante), lo studente deve aver compiuto in prima persona, in riferimento alle specifiche competenze nel campo dell'alimentazione e nutrizione, le seguenti esperienze e atti:

- (i) calcolo del fabbisogno nutrizionale per fasce di età in almeno 200 casi;
- (ii) elaborazioni di razioni alimentari per fasce di età in almeno 200 casi;
- (iii) elaborazione di almeno 10 questionari per la rilevazione delle abitudini e dei consumi alimentari;
- (iv) effettuazioni di almeno 10 interviste (cinque familiari, cinque individuali)
- (v) svolgimento di una relazione comprendente l'elaborazione e la valutazione dei dati raccolti,
- (vi) simulazione di 5 interventi a carattere informativo rivolto a campioni di popolazione;
- (vii) partecipazione ad un programma di indagine epidemiologica nutrizionale;
- (viii) partecipazione all'elaborazione di un progetto di educazione alla salute comprensivo di: analisi della situazione, definizione degli obiettivi, programmazione, attuazione, valutazione dei risultati;
- (ix) esecuzione di n. 10 plicometrie e n. 10 impedenziometrie;
- (x) effettuazione di n. 50 bilanci idro-salini;
- (xi) esecuzione di almeno 50 anamnesi alimentari comprensive della rilevazione dell'apporto energetico globale e per singolo nutriente;
- (xii) calcolo e formulazione di almeno n. 50 diete per soggetti affetti da patologie;
- (xiii) aver sostenuto almeno n. 30 colloqui di spiegazione della dieta al paziente (dieta simulata e/o role playing);
- (xiv) esecuzione dell'ipostazione di almeno n. 50 casi d'intervento nutrizionale distinti per patologie comprensivo di: descrizione e valutazione del caso, definizione degli obiettivi, scelta delle modalità operative, criteri di verifica;
- (xv) aver seguito almeno n. 20 casi di pazienti in nutrizione artificiale;
- (xvi) aver seguito almeno n. 50 iter di valutazione nutrizionale;
- (xvii) aver eseguito almeno n. 10 training per pazienti in Nutrizione Artificiale a domicilio;
- (xviii) aver seguito almeno n. 5 casi di anoressia e n. 5 casi di bulimia/BEE in diverse fasi di trattamento;
- (xix) impostazione del piano di trattamento di almeno 10 casi individuali e/o di gruppo (comprensivi delle tipologie) insieme all'equipe terapeutica, comprendente: la definizione degli obiettivi, criteri di verifica degli stessi, esercitazioni con simulazioni e/o role playing.

cure), partecipando ai programmi di prevenzione e trattamento della malnutrizione del paziente ospedalizzato, istituzionalizzato o domiciliarizzato.

Vi è evidenza che la partecipazione attiva e continuativa del dietista alla conduzione del piano individuale d'intervento di NA comporti un significativo miglioramento dei risultati della terapia [4, 19].

Il ruolo del dietista nell'ambito della nutrizione artificiale può essere così riassunto [1-3, 7, 13, 15-16-17]:

- a) collabora allo screening nutrizionale ed effettua la valutazione dello stato nutrizionale nei pazienti a rischio nutrizionale o malnutriti;
- b) partecipa allo sviluppo e alla implementazione del piano individuale d'intervento nutrizionale, incoraggiando il paziente, quando possibile, a partecipare attivamente alle decisioni che lo riguardano;
- c) in collaborazione con gli altri membri del team nutrizionale, monitora e valuta la qualità del piano terapeutico nutrizionale;
- d) contribuisce alla stesura di protocolli per le singole unità operative, secondo gli standard nazionali e le Linee Guida;
- e) partecipa attivamente, per quanto di propria competenza, alla formazione e all'addestramento dei pazienti, dei prestatori di cure e degli altri professionisti sanitari per un'efficace e sicura attuazione della Nutrizione Artificiale;
- f) partecipa all'attività di ricerca.

#### **IV. Il dietista nel processo assistenziale di Nutrizione Artificiale**

Uno dei maggiori contributi all'efficacia e alla sicurezza delle pratiche di NA è derivato dall'intuizione di far lavorare insieme professionisti con competenze diverse e quindi prospettive e punti di osservazione differenti e tuttavia complementari. Molti studi hanno confermato che la presenza di un team nutrizionale competente e ben strutturato determina un miglioramento della qualità dell'assistenza e di conseguenza una riduzione globale delle complicanze e della spesa sanitaria [8, 14, 19].

La composizione del team può essere diversa a seconda delle differenti realtà, anche se la presenza di un medico, di un infermiere, di un dietista e di un farmacista è da considerarsi basilare [16]. Infatti, poiché la nutrizione artificiale è a tutti gli effetti un trattamento medico, la sua attuazione prevede l'atto prescrittivo (di competenza esclusivamente medica), nonché la somministrazione del trattamento e il suo monitoraggio (di competenza medico-infermieristica); il dietista ha altresì la competenza specifica per la valutazione dello stato nutrizionale e per la valutazione della adeguatezza della quantità e qualità di nutrienti infusi rispetto alle esigenze del paziente. Nel caso della NP il farmacista ha specifica competenza nel garantire il corretto allestimento, manipolazione e conservazione della sacca galenica o industriale.

In questa ottica di collaborazione, le funzioni del dietista e delle altre figure professionali non debbono sovrapporsi. Per questo è necessario che i componenti del team nutrizionale non siano investiti di compiti e funzioni stabilite per ragioni di opportunità o di necessità contingenti, ma siano strettamente congruenti con le specifiche competenze delle singole figure professionali [14, 16].

Il dietista, in quanto componente del team nutrizionale, collabora con le altre figure professionali a tutte le fasi del processo assistenziale di nutrizione artificiale: (1) accertamento e valutazione; (2) pianificazione; (3) attuazione; (4) valutazione della qualità delle cure.

#### ***IV.1. Accertamento e valutazione***

Il dietista, in collaborazione con le altre figure professionali del team, effettua la valutazione dello stato nutrizionale del paziente, identificandone deficit e fattori di rischio [20].

Il dietista può partecipare a programmi di screening volti a identificare i pazienti malnutriti e quelli a rischio di sviluppare uno stato di malnutrizione (screening nutrizionale). In particolare, il dietista, insieme alle altre figure professionali del team nutrizionale, individua una metodologia appropriata per l'identificazione di pazienti a rischio nutrizionale utilizzando strumenti con documentata validità scientifica (come per esempio l'NRS-2002 o il MUST 2002) [10]. Il dietista, inoltre, curerà per la parte di sua competenza che i risultati dello screening nutrizionale siano riportati su apposita scheda nutrizionale.

Per tutti i pazienti classificati come a rischio nutrizionale o malnutriti, il dietista effettua la valutazione dello stato nutrizionale attraverso:

- la valutazione della composizione corporea (indici antropometrici, test multiparametrici, impedenziometria, calorimetria diretta e indiretta, dinamometria);
- l'anamnesi nutrizionale quantitativa e qualitativa;
- la segnalazione al medico di eventuali segni clinici che evidenzino uno stato di deficit nutrizionale;
- la registrazione su indicazione del medico degli indici bio-chimici e immunologici significativi dello stato nutrizionale;
- la stima del bilancio calorico-nutrizionale.

I risultati della valutazione vengono riportati in apposita scheda nutrizionale allegabile alla cartella clinica.

#### ***IV.2. Pianificazione***

Per quanto riguarda la pianificazione della NA, il dietista:

- partecipa allo sviluppo del piano nutrizionale sulla base dei risultati della valutazione dello stato nutrizionale e degli obiettivi concordati;
- partecipa alla definizione degli obiettivi primari e secondari del piano nutrizionale (ad esempio, ritorno all'alimentazione orale, aumento del peso corporeo, miglioramento della forza muscolare);
- viene informato dagli altri componenti del team sulle problematiche connesse alla individuazione della via di accesso più appropriata, sulle condizioni cliniche generali del paziente e sulle indicazioni ed eventuali controindicazioni del trattamento nutrizionale;
- assiste il medico nella scelta delle miscele nutrizionali (enterali e/o parenterali) e alla sua revisione sulla base delle mutate esigenze o condizioni cliniche del paziente;
- partecipa alla compilazione della scheda nutrizionale dove sono registrati lo stato nutrizionale e i fabbisogni calorico-nutrizionali del paziente e le modalità attuative del piano nutrizionale così come stabilite dal team;

- collabora con le altre figure professionali a fornire informazioni chiare e complete al paziente e – laddove consentito – ai familiari.

#### ***IV.3. Attuazione***

Il dietista partecipa alla realizzazione del piano nutrizionale, da attuarsi secondo criteri di appropriatezza, sicurezza, efficacia e efficienza.

In particolare, il dietista:

- verifica che il supporto nutrizionale somministrato corrisponda ai fabbisogni previsti nel piano nutrizionale;

- viene informato di eventuali revisioni del piano nutrizionale qualora si rendessero necessarie in relazione alle mutate condizioni cliniche del paziente;

- si accerta in collaborazione con l'infermiere se i tempi e le modalità di somministrazione delle miscele nutrizionali rispettino il piano prestabilito secondo gli obiettivi nutrizionali prefissati;

- collabora con le altre figure professionali sanitarie nello sviluppo di protocolli che assicurino la gestione e la somministrazione di un supporto nutrizionale sicuro ed efficace.

#### ***IV.4. Valutazione della qualità delle cure***

Al fine di assicurare un efficace e appropriato supporto nutrizionale, il piano terapeutico deve essere sottoposto a periodiche revisioni, che possono richiedere modifiche negli obiettivi o nelle azioni volte a conseguirli. A tal fine, il dietista, in collaborazione con gli altri membri del team nutrizionale, monitora e valuta l'efficacia e l'appropriatezza della terapia nutrizionale, e partecipa attivamente all'eventuale revisione del programma nutrizionale.

Il ruolo del dietista in questo ambito può essere così riassunto:

- in collaborazione con gli altri professionisti sanitari, valuta l'efficacia e la tolleranza del paziente al supporto nutrizionale;

- partecipa al monitoraggio dello stato nutrizionale del paziente e degli apporti nutrizionali effettivamente introdotti;

- in presenza di problemi di tolleranza del paziente alla miscela nutrizionale, o di complicanze relative alla via di accesso, il dietista partecipa, qualora si rendesse necessario, e per la parte di sua competenza, alla revisione del piano nutrizionale decisa dal medico;

- collabora con il team nutrizionale anche per la migliore attuazione delle fasi di transizione tra le diverse tipologie di Nutrizione Artificiale (ad esempio, dalla nutrizione parenterale a quella enterale o per os), così come dell'eventuale sospensione (temporanea o definitiva) del supporto nutrizionale. In tal caso, infatti, la decisione sarà assunta dal medico anche sulla base delle informazioni fornitegli dal dietista e dall'infermiere. L'adeguatezza dell'apporto calorico-nutrizionale valutata dal dietista costituisce elemento rilevante nella decisione medica di procedere allo stadio successivo di supporto nutrizionale (ad esempio, la rialimentazione parziale per os).

I risultati della valutazione saranno riportati nella apposita scheda nutrizionale ove saranno a disposizione degli altri membri del team nutrizionale.

Nel paziente da avviare alla nutrizione enterale domiciliare il dietista partecipa con gli altri membri del team e nell'ambito delle proprie competenze professionali all'addestramento del paziente o del care-giver per la gestione del programma di nutrizione enterale [13].

Il dietista collabora nell'agevolare lo scambio di informazioni utili alla migliore attuazione del piano nutrizionale tra i diversi centri di cura coinvolti, nell'interesse del paziente e nel pieno rispetto della sua privacy.

Infine, partecipa allo sviluppo e alla implementazione di protocolli e procedure per il monitoraggio dei pazienti che ricevono un supporto nutrizionale.

## **V. Il dietista nella Nutrizione Artificiale a domicilio**

Per l'attuazione della nutrizione artificiale in ambito domiciliare (NAD), è necessaria la presenza di un team nutrizionale, preferibilmente strutturato in Unità Operativa dedicata, diretta da un Medico con documentata esperienza clinica in nutrizione artificiale, il quale è responsabile del trattamento NAD [12].

Ogni team NAD, oltre che da personale medico, è composto da diverse figure professionali: infermieri, farmacisti, dietisti ed ove possibile logopedisti, psicologi, assistenti sociali, personale di segreteria, ecc.

Il dietista in quanto componente del team nutrizionale partecipa all'attuazione dei programmi di NAD con specifica competenza per quanto attiene agli aspetti dietetico-alimentari.

Sostanzialmente i compiti e le funzioni del dietista per l'attuazione della NAD non si diversificano in modo significativo da quelli relativi alla nutrizione in ambito ospedaliero.

In particolare egli collabora con le altre figure professionali alle fasi di [13]:

1. selezione del paziente candidato alla NAD
2. educazione del paziente e/o parente (o prestatore di cura)
3. verifica di attuazione del piano nutrizionale

Inoltre il dietista, in collaborazione con le altre figure sanitarie del team nutrizionale, ha il compito di:

- (i) monitorare lo stato nutrizionale del paziente in NAD, con dati antropometrici e con bilanci calorico-nutrizionali;
- (ii) monitorare la congruenza tra i nutrienti effettivamente somministrati e gli obiettivi nutrizionali prefissati



## VI. Tavola sinottica delle azioni del dietista nella NA

AZIONE	Competenza dietistica		
	Sì, in autonomia	Sì, in collaborazione con il team	No
<b>Screening nutrizionale</b>		●	
<b>Valutazione dello stato nutrizionale</b>		●	
<i>Determinazione della composizione corporea</i>	●		
<i>Anamnesi nutrizionale: quantitativa e qualitativa</i>	●		
<i>Stima bilancio calorico-nutrizionale</i>		●	
<i>Compilazione scheda nutrizionale</i>	●		
<i>Interpretazione clinica dei dati strumentali e laboratoristici</i>			●
<b>Definizione degli obiettivi primari e secondari del piano nutrizionale</b>		●	
<b>Scelta della via di accesso</b>			●
<b>Valutazione controindicazioni</b>			●
<b>Scelta delle miscele nutrizionali</b>		●	
<b>Allestimento delle sacche per la NP</b>			●
<b>Gestione della via di accesso</b>			●
<b>Verifica tempi e modalità di somministrazione</b>		●	
<b>Valutazione efficacia e tolleranza del trattamento nutrizionale</b>		●	
<i>Determinazione della composizione corporea</i>	●		
<i>Bilancio calorico-nutrizionale</i>		●	
<i>Aggiornamento scheda nutrizionale</i>	●		
<i>Monitoraggio delle vie di accesso</i>			●
<b>Revisione del piano nutrizionale</b>		●	
<b>Transizione da una modalità di NA ad un'altra</b>		●	
<b>Sospensione trattamento nutrizionale</b>		●	
<b>Svezzamento da NA</b>		●	
<b>Addestramento del paziente o del caregiver</b>		●	
<b>Sviluppo e implementazione di</b>		●	

## Bibliografia

1. ANDID – Associazione Nazionale Dietisti. *Ruolo del dietista nella gestione integrata della Nutrizione Artificiale*. ANDID notizie 2005; 5:32-35
2. ASPEN – American Society for Parenteral and Enteral Nutrition. *Standards for Hospitalized Pediatric Patients*. Nutrition in Clinical Practice 1996; 11: 217-228.
3. ASPEN – American Society for Parenteral and Enteral Nutrition. *Standards of Practice for Nutrition Support Dietitians*. Nutrition in Clinical Practice 2000; 15:53-59.
4. Braga JM et al. *Implementation of Dietitian Recommendations for Enteral Nutrition Results in Improved Outcomes*. Journal of the American Dietetic Association 2006; 106: 281-284.
5. Cresci G et al. *Bedside Placement of Small Bowel Feeding Tubes in Hospitalized Patients: A New Role for the Dietitian*. Nutrition 2003; 19: 843-846.
6. EFAD – European Federation of the Associations of Dietitians. *Standard Accademici per la Dietetica*. Traduzione in italiano a cura di ANDID. ANDID, 2005.
7. ESPEN – European Society for Clinical Nutrition and Metabolism. *ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition*. Clinical Nutrition 2006; 25: 171-360
8. Howard P et al. *Managing the Patient Journey through Enteral Nutritional Care*. Clinical Nutrition 2006; 25: 187-195.
9. Istituto Superiore di Sanità – *Farmacopea Ufficiale della Repubblica Italiana, XI Edizione*. DM 02-05-2002, GU n. 115 del 18-05-2002; modificato con DM 02-01-2003, GU n. 28 del 04-02-2003.
10. Kyle Ursula G. Et al. *Comparison of tools for nutritional assessment and screening at hospital admission : A population study*. Clinical Nutrition 2006; 25: 409-195.
11. Madigan SM. *Home enteral-tube feeding: The changing role of the dietitian*. Proceedings of the Nutrition Society 2003; 62: 761-763.
12. Ministero della Salute - *Linee Guida sulla Nutrizione Artificiale Domiciliare*. Gruppo di Lavoro ASSR per la preparazione di Linee Guida NAD, 2006 (in corso di stampa).
13. Ministero della Salute - Dipartimento della Qualità, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei livelli di Assistenza e dei Principi Etici del Sistema, Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza: *“Nuova caratterizzazione dell’assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio”*. 2006.
14. Paccagnella A et al. *Il team nutrizionale: dal mito personale alla specificazione dei ruoli*. Rivista Italiana di Nutrizione Parenterale ed Enterale. 2001; 19: 36-43.
15. Peake H, *What nutritional support literature do hospital nursing staff require?* Journal of Human Nutrition and Dietetics. 2001; 14: 225-230.
16. SINPE – Società Italiana di Nutrizione Parenterale ed Enterale. *Manuale di Nutrizione Artificiale*. Napoli, Alfredo Guida, 2005.
17. SINPE – Società Italiana di Nutrizione Parenterale ed Enterale. *Syllabus dei Corsi Formativi a Carattere Regionale per Infermieri e Dietisti*. Napoli, Alfredo Guida, 2005.
18. SINPE – Società Italiana di Nutrizione Parenterale ed Enterale – e ADI – Associazione Italiana di Dietetica e Nutrizione Clinica. *Linee Guida per l’accreditamento dei centri di nutrizione artificiale domiciliare*. Rivista Italiana di Nutrizione Parenterale ed Enterale 2000; 18: 173-82.
19. Taylor B et al. *The Role of the Dietitian in the Intensive Care Unit*. Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic Care 2005; 8: 211-216.

20. Weekes CE et al. *The development, validation and reliability of a nutrition screening tool based on the recommendations of the British Association for Parenteral and Enteral Nutrition (BAPEN)*. *Clinical Nutrition* 2004; 23: 1104-1112.