

Commissione Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Roma - OMCEO Roma su RUOLI E COMPETENZE IN AMBITO NUTRIZIONALE

**Lorenzo M Donini¹, Silvia Migliaccio², Claudio Tubili³, Domenico Centofanti⁴, Emanuele Bartoletti⁵,
Maurizio Muscaritoli⁶**

1. Sapienza, Università di Roma; SISDCA, Società Italiana per lo Studio dei Disturbi del Comportamento Alimentare
2. Foro Italo, Università di Roma; SISA, Società Italiana di Scienze dell'Alimentazione
3. Azienda Ospedaliera S Camillo Forlanini; ADI, Associazione Italiana di dietetica e Nutrizione Clinica
4. Ospedale San Giovanni Calibita; ANSiSA, Associazione Nazionale Specialisti in Scienza dell'Alimentazione
5. SIME, Società Italiana di Medicina Estetica
6. Sapienza, Università di Roma; SINUC, Società Italiana di Nutrizione Clinica e Metabolismo

Corrispondenza

Lorenzo M Donini

Unità di Ricerca di Scienza dell'Alimentazione e Nutrizione Umana

Dipartimento di Medicina Sperimentale

Sapienza Università di Roma

Ple Aldo Moro 5 – 00185 Roma

lorenzomaria.donini@uniroma1.it - +39 0649910162

**Si ringrazia il prof Antonino De Lorenzo, Università di Roma "Tor Vergata", per il suo supporto in sede di
revisione del documento.**

Indice

I punti chiave del documento	pag 2
1. La Nutrizione Clinica	3
2. Formazione e competenze del Medico in ambito clinico-nutrizionale	5
3. Rischi di un approccio non-medico alle problematiche nutrizionali	7
4. Verso un'auspicabile integrazione delle competenze	8
5. Conclusioni: cambiare la prospettiva	11
6. Riferimenti bibliografici	12

Allegati

1. Valutazione dello stato di nutrizione	13
2. Il progetto la Nutrizione Passa di Qua	15
3. Definizioni in ambito nutrizionale	
3.1 definizioni delle professioni e della formazione	16
3.2 definizione delle attività in ambito nutrizionale	20

PUNTI CHIAVE

- La nutrizione umana costituisce un ambito complesso, articolato in tre aree contigue ed in parte sovrapposte (di base, applicata e clinica), che richiedono conoscenze e competenze approfondite.
- In Italia, la ricchezza e l'elevata qualità dell'offerta formativa universitaria e post-universitaria hanno portato nel tempo alla formazione di diverse figure professionali con specifiche competenze negli ambiti della nutrizione umana tra le quali è fortemente auspicata la massima integrazione professionale nei rispettivi ambiti di competenza.
- L'abilitazione alla professione sanitaria è acquisita durante il corso di laurea anche se le conoscenze e competenze in nutrizione sono apprese attraverso la formazione universitaria di terzo livello (Master Universitari di secondo livello, Corsi di Alta Formazione, Dottorati di Ricerca, Scuole di Specializzazione).
- Le alterazioni dello stato di nutrizione (ad esempio sovra o sottopeso, obesità) devono ricevere una precisa diagnosi multidimensionale prima di essere sottoposti a qualsiasi tipo di trattamento.
- Il non affidare ad un case-manager medico la gestione della *Nutrizione Clinica*, e quindi di fatto non considerare la complessità del quadro clinico-nutrizionale, soprattutto nelle forme iniziali o apparentemente meno gravi di malnutrizione, espone il paziente al rischio che venga sottovalutata la sua situazione clinica e che gli interventi nutrizionali proposti finiscano per peggiorare la situazione.
- L'elaborazione di interventi nutrizionali necessita sempre di grande attenzione perché, laddove non c'è un corretto inquadramento clinico, comporta il rischio di medicalizzare soggetti che non necessitano di provvedimenti curativi.
- Il mantenimento dello stato di salute passa attraverso l'adozione di un corretto stile di vita che rappresenta l'obiettivo delle politiche socio-sanitarie e che è ricompreso nell'ambito di competenza della nutrizione applicata.
- La determinazione che il soggetto sia sano (benessere fisico, mentale e sociale), richiede una valutazione multidimensionale da parte del medico.
- I soggetti che si rivolgono alla *Nutrizione Clinica* a qualsiasi titolo necessitano di una diagnosi precisa che tenga conto di tutti gli elementi organici, psicologici, funzionali e sociali che concorrono a determinare il quadro clinico complessivo.
- La prescrizione dell'intervento nutrizionale (dieta, integrazione nutrizionale, nutrizione artificiale) che ne consegue, così come la valutazione di esito, devono anch'essi tener conto di tutti questi elementi.
- L'elaborazione dell'intervento di Nutrizione Clinica deve essere integrato in un percorso di diagnosi e prescrizione.
- La *Nutrizione Clinica* necessita quindi di un approccio multidisciplinare integrato in cui il case-manager è il medico al quale le altre figure professionali che operano in questo ambito debbono far riferimento in tutte le fasi del percorso diagnostico-terapeutico.

1. LA NUTRIZIONE CLINICA

La **Nutrizione Clinica** è la disciplina medica che si occupa dei rapporti tra stato di nutrizione e salute dell'uomo in presenza di stati patologici acuti e/o cronici, in tutte le età della vita. Si interessa in particolare di valutare, prevenire, diagnosticare e curare la malnutrizione (*per eccesso, per difetto e/o selettiva*) e le alterazioni metaboliche nel malato, in gruppi di malati e nell'individuo a rischio nutrizionale (1). La Nutrizione Clinica interviene in particolare, oltre che nelle diverse forme di malnutrizione, anche in tutte le patologie che sono caratterizzate da un alterato stato di nutrizione o che possono giovare di un intervento nutrizionale (insufficienza renale ed epatica, allergie ed intolleranze alimentari, anemie carenziali, malattie cardiovascolari, broncopneumologiche, dell'apparato gastroenterico, endocrino-metaboliche).

Tutte queste situazioni sono caratterizzate da una **eziopatogenesi** complessa in cui intervengono spesso anche problematiche psicologiche e sociali, da un **quadro clinico** caratterizzato da un'alterata composizione corporea (non sempre associata ad una variazione ponderale), da un comportamento alimentare e uno status psicologico spesso patologici, da alterazioni funzionali e disabilità (che possono precedere e/o seguire l'instaurarsi della malnutrizione), da complicanze e comorbidità che possono riguardare tutti gli organi ed apparati, da un significativo peggioramento della qualità di vita, da una ridotta tolleranza ai trattamenti della patologia di base e da un'aumentata mortalità.

La valutazione delle condizioni nutrizionali, pur se spesso poco praticata, fa parte integrante dell'esame obiettivo generale del paziente, elemento cardine, insieme all'anamnesi, della visita medica.

La **diagnosi clinico-nutrizionale** più dettagliata o specialistica deve poi essere articolata e considerare lo stato di nutrizione (vedi allegato 1), gli aspetti funzionali (livello di disabilità, riserva funzionale, forza muscolare, mobilità articolare, ...) e psicologici (presenza di un disturbo del comportamento alimentare, ansia, depressione, immagine corporea, ...) oltre al quadro clinico generale.

Non potrà quindi basarsi sulla semplice valutazione di singoli parametri (peso ad esempio) o limitarsi ad esplorare una singola dimensione del complesso quadro che caratterizza i pazienti cui si rivolge la Nutrizione Clinica.

La mancata valutazione complessiva del quadro clinico non consente, infatti, un'appropriate e quindi costo-efficace presa in carico del paziente cui si rivolge la Nutrizione Clinica e rischia, affrontando singoli aspetti delle malattie (come ad esempio la sola variazione ponderale), di proporre interventi che risultano inefficaci, non adeguati alle esigenze del paziente, causa essi stessi del peggioramento o della cronicizzazione dello stato di malattia.

Vale la pena di osservare che anche gli stessi quadri di sovrappeso nascondono molto spesso alterazioni dello stato di nutrizione (carenze nutrizionali e/o una franca obesità) e un disagio psicologico che necessitano di un'attenta valutazione da parte del clinico.

Gli **interventi** che caratterizzano la Nutrizione Clinica (counseling dietetico, dietoterapia, ricorso a supplementi nutrizionali, nutrizione artificiale) vanno prescritti (procedure e modalità di somministrazione, apporto di energia e nutrienti, tempistiche, ...) tenendo conto del quadro clinico-psicologico-funzionale del paziente, degli obiettivi da raggiungere, del contesto socio-culturale, di eventuali problematiche etiche.

La **valutazione di esito** dovrà anch'essa tener conto della complessità del quadro clinico-psicologico-funzionale analizzando l'impatto che l'intervento stesso ha avuto su questo. Di nuovo la semplice valutazione dell'andamento di singoli parametri (peso ad esempio) rischia di non apprezzare adeguatamente l'impatto che l'intervento ha avuto sul complesso quadro che caratterizza i pazienti cui si rivolge la Nutrizione Clinica.

Di fatto le patologie di cui si occupa la Nutrizione Clinica [malnutrizione (*per eccesso, per difetto e/o selettiva*), le alterazioni metaboliche nel malato, in gruppi di malati e nell'individuo a rischio nutrizionale, le



patologie che sono caratterizzate da un alterato stato di nutrizione o che possono giovare di un intervento nutrizionale (insufficienza renale ed epatica, allergie ed intolleranze alimentari, anemie carenziali, malattie cardiovascolari, broncopneumologiche, dell'apparato gastroenterico, endocrino-metaboliche)] necessitano di un approccio secondo il chronic-care model e di un **case-manager** in grado di comprendere e gestire la complessità del quadro clinico-nutrizionale e di effettuare in maniera corretta la valutazione clinica, la diagnosi, la prescrizione terapeutica e la valutazione di esito. Compiti precipui dell'agire medico.

2. FORMAZIONE E COMPETENZE DEL MEDICO IN AMBITO CLINICO-NUTRIZIONALE

La Nutrizione Clinica necessita quindi di professionisti che abbiano conoscenze e competenze che consentano loro di affrontare in maniera adeguata i complessi percorsi di diagnosi, prescrizione e valutazione di esito brevemente descritti nel capitolo precedente.

2.1 Formazione nel CLM in Medicina e Chirurgia

La Nutrizione Umana include un complesso di saperi fortemente interdisciplinari che comprendono aspetti genetici, biochimici, fisiologici, psicologici, cognitivo-comportamentali, statistico-epidemiologici, clinici, tecnologici, economici, politici e sociali. L'elevata prevalenza di malnutrizione sia per eccesso sia per difetto ha un impatto importante sulla mortalità, sul "burden of disease" e sui costi sanitari in tutto il mondo. Da qui la necessità di incrementare l'insegnamento della Nutrizione Umana (di base, applicata e clinica) nei Corsi di Laurea (CdL) di Medicina e delle professioni sanitarie in Italia così come in altri Paesi (2). Un progetto che risponde a tali obiettivi (la "Nutrizione Passa di Qua" - NPQ) è partito in via sperimentale con l'anno accademico 2018-2019 in due dei sei CLM di Medicina e Chirurgia dell'Università di Roma "Sapienza" (vedi allegato 2). Ha lo scopo di integrare le conoscenze che il futuro medico deve acquisire e che sono già fornite durante il corso di studi in un percorso funzionale all'acquisizione di competenze in ambito nutrizionale.

2.2 Formazione post-laurea

La formazione universitaria di terzo livello (Master Universitari di secondo livello, Corsi di Alta Formazione, Dottorati di Ricerca, Scuole di Specializzazione) svolge un ruolo importante anche in ambito nutrizionale.

Le **Scuole di Specializzazione**, con il conseguimento al termine di un diploma avente valore legale, e normate dal legislatore, sono funzionali all'acquisizione delle conoscenze e delle competenze necessarie per l'accesso alla professione. Svolgono una funzione essenziale di raccordo fra Università (Corsi di Laurea) e mondo delle professioni, e hanno pertanto un ruolo di centrale importanza per il Sistema Universitario Nazionale e per il Sistema Paese. E' importante sottolineare che le Scuole di Specializzazione hanno lo scopo di formare specialisti nell'area di competenza della laurea di partenza. Ragion per cui uno specialista in scienza dell'alimentazione di formazione medica e uno specialista in Scienze dell'Alimentazione di formazione non-medico (biologo, farmacista, veterinario, ...) avranno conoscenze e competenze diverse che discendono da percorsi di formazione specialistica diversi e che sono finalizzate all'espletamento di funzioni diverse in ambito sanitario.

Il **Dottorato di Ricerca** è stato introdotto nel sistema universitario italiano nel 1980 come "titolo accademico valutabile soltanto nell'ambito della ricerca scientifica". Non dà quindi alcuna maggiore competenza in ambito clinico (Legge 21 febbraio 1980, n.28).

I **Master Universitari**, così come i **Corsi di Alta Formazione**, sono istituiti per rispondere alle esigenze culturali di approfondimento dei laureati nelle varie discipline e sono finalizzati a fornire competenze specifiche a soggetti già inseriti o in procinto di inserirsi in ambiti professionali. Non abilitano quindi all'esercizio di una professione. Possono affrontare aspetti specifici della materia (la valutazione dello stato di nutrizione, l'approccio nutrizionale ad una specifica patologia, ...), ma non sono in grado, tenuto conto della durata degli stessi e dei CFU che erogano, di affrontare la materia nel suo complesso. Non a caso la scuola di specializzazione in Scienza dell'Alimentazione che ha lo scopo (per i medici) di fornire conoscenze e di far acquisire competenze nella nutrizione (di base, applicata e clinica) ha una durata di 4 anni (240 CFU).

In definitiva:

- il **CLM in Medicina e Chirurgia** fornisce (soprattutto se integrato da una formazione di terzo livello in ambito nutrizionale) le conoscenze e le competenze necessarie a gestire i percorsi di diagnosi,

prescrizione e valutazione di esito brevemente descritti nel capitolo precedente e forma pertanto professionisti in grado coordinare un percorso di Nutrizione Clinica;

- **nessun altro corso di laurea** consente di acquisire le conoscenze e le competenze necessarie per una corretta gestione della Nutrizione Clinica;
- il **titolo abilitante alla professione** in ambito sanitario è esclusivamente la laurea magistrale (per medici, biologi, farmacisti) o di primo livello (per le professioni sanitarie) nonché il superamento dell'esame di abilitazione (DM del 9 maggio 2018 n. 58). La scuola di specializzazione forma degli specialisti in ambiti specifici, ma non abilita alla professione sanitaria che rimane quella derivante dalla laurea acquisita in precedenza. I Master Universitari e i Corsi di Alta Formazione da un lato, i Dottorati di Ricerca dall'altro, non hanno alcuna finalità abilitante all'esercizio di una professione sanitaria, ma svolgono un ruolo culturale di approfondimento delle conoscenze e di acquisizione di competenze nella ricerca, rispettivamente;
- l'unica figura professionale che può con competenza assumere il ruolo di case-manager della Nutrizione Clinica è il **medico con competenze in ambito nutrizionale**;
- alla luce della dimensione epidemiologica delle malattie alle quali si rivolge la Nutrizione Clinica , della complessità delle patologie che attengono all'area nutrizionale e delle procedure che caratterizzano il percorso diagnostico-terapeutico in ambito clinico-nutrizionale, la presenza di **diverse figure professionali**, con background culturali e competenze diverse (dietisti, laureati in scienza della nutrizione, farmacisti, psicologi, infermieri), può rappresentare una risorsa. E' necessario però che le diverse competenze si integrino in maniera efficace, nel rispetto delle proprie competenze e di quanto previsto dagli ordinamenti della laurea conseguita, lasciando al medico, il ruolo di case-manager della Nutrizione Clinica affinché il paziente sia sempre tutelato nel percorso diagnostico-terapeutico imprescindibile anche in ambito nutrizionale

2.3 Corsi di formazione OMCEO

Nell'ambito di una professione come quella del medico, è opportuno che l'Ordine professionale si faccia promotore di corsi di formazione in ambito nutrizionale, accreditati ECM, per medici non-specialisti, per medici di base (medicina generale e pediatria di libera scelta), per medici specialisti in ambiti contigui a quelli della nutrizione (cardiologi, nefrologi, rianimatori, ...). Ciò tenuto conto della necessità di diventare, qualunque sia l'ambito in cui si opera, un accreditato riferimento in ambito nutrizionale per i pazienti, dell'elevata prevalenza della malnutrizione (per eccesso o per difetto), della complessità che caratterizza questa e delle gravi conseguenze che ha sullo stato di salute della popolazione, della necessità di integrare le proprie competenze in ambito nutrizionale con quelle delle diverse professionalità che operano nel campo dell'alimentazione e della nutrizione.

2.4 Ruolo della formazione nel contrasto alle fake news in ambito nutrizionale.

Le fonti di informazioni a cui la cittadinanza si rivolge sono spesso non accreditate e prive di controllo. Ciò crea il rischio che si diffondano informazioni in ambito nutrizionale prive di qualsiasi fondamento scientifico e spesso pericolose per la salute della popolazione in tutte le fasce di età.

La formazione accademica, le società scientifiche, l'Ordine dei Medici e gli organi di informazione svolgono un ruolo determinante nella diffusione della corretta informazione in ambito nutrizionale al fine di contrastare efficacemente i tanti che senza alcun titolo o competenza ritengono di operare nell'ambito della nutrizione, dell'opportunità che i media ricevano informazioni nel campo dell'alimentazione e della nutrizione da professionisti competenti.

3. RISCHI DI UN APPROCCIO NON-MEDICO ALLE PROBLEMATICHE IN AMBITO NUTRIZIONALE

Anche nelle forme iniziali o apparentemente meno gravi di malnutrizione, è determinante il ruolo del medico per evitare di sottovalutare l'eventuale presenza di una situazione clinica che necessiti di attenzione e che gli interventi nutrizionali proposti finiscano per peggiorare la situazione.

Numerosi sono gli esempi in tal senso:

- la prescrizione di diete restrittive in soggetti sovrappeso (considerati sani a priori) senza che sia fatta una valutazione dell'eventuale eccesso di massa grassa o dell'eventuale disturbo dell'immagine corporea rischia di portare alla comparsa di un disturbo del comportamento alimentare;
- la gestione non attenta alla preservazione della massa magra, al grado di disabilità e alle carenze nutrizionali in soggetti con BMI > 30 kg/m² rischia di favorire la comparsa o l'aggravarsi di una sarcopenia o di importanti carenze di micronutrienti;
- l'avvio di soggetti con BMI > 30 o 35 kg/m² alla chirurgia bariatrica, in assenza di una corretta valutazione e gestione dell'eventuale presenza di un disturbo del comportamento alimentare, rischia di far fallire l'intervento chirurgico stesso;
- l'anoressia senile (e la malnutrizione che ne consegue) così come la malnutrizione per difetto da malattia (cronica o acuta) hanno un'etiopatogenesi e manifestazioni (cliniche, funzionali, psicologiche) estremamente complesse che difficilmente possono essere adeguatamente valutate sulla base di peso e BMI;
- la prescrizione di diete incongrue in soggetti affetti da epatopatie o da alterazioni della funzione renale non ancora diagnosticate, in quanto spesso mancanti di sintomi clinici chiari e definiti, può portare alla rottura di un equilibrio e alla progressione verso un'alterazione della funzionalità;
- l'eliminazione di alimenti specifici ai fini di una dieta ipocalorica in soggetti affetti da osteoporosi e/o sarcopenia può accentuare la problematica incrementando "la fragilità" del soggetto con un aumento del rischio di fratture da fragilità;
- le sempre più frequenti "diagnosi" di intolleranze alimentari basate su metodi privi di qualsiasi validazione scientifica ed effettuate da operatori non medici. Queste non solo accrescono il disagio psicologico di alcune classi di popolazione, soprattutto adolescenti e giovani adulti, ma rischiano di produrre stati carenziali per la prescrizione di diete ad esclusione di alcuni alimenti, oltre ad alimentare il mercato miliardario di prodotti per soggetti intolleranti;
- la gestione "semplicemente" dietetica dei disturbi dell'alimentazione, in assenza di una presa in carico globale clinico-nutrizionale ma soprattutto psicologico-psichiatrica rischia di contribuire alla cronicizzazione della malattia

Ma l'elenco potrebbe continuare con esempi che mettono in evidenza come la prescrizione di un intervento nutrizionale non possa avvenire, pena il rischio di incorrere in una grave sottovalutazione degli aspetti clinici, psicologici e funzionali, in assenza di una diagnosi multidimensionale.

Laddove invece non ci sia una precisa indicazione clinica ad un intervento nutrizionale sarebbe probabilmente più corretto limitarsi ad indicazioni su un corretto stile di vita piuttosto che prescrivere interventi che rischiano di medicalizzare soggetti che non necessitano di interventi prescrittivi favorendo/avvalorando un'attenzione eccessiva verso l'alimentazione (ortoressia). Infatti il concetto di "buona salute" (come stato di benessere fisico, mentale e sociale), e quindi la determinazione che il soggetto sia sano richiede una valutazione multidimensionale da parte del medico per definire tutte le diverse caratteristiche che possono influenzare il benessere di un soggetto.

4. VERSO UN'AUSPICABILE INTEGRAZIONE DELLE COMPETENZE

In un'ottica improntata al pragmatismo e alla proattività, come possono gli esperti del campo contribuire ad armonizzare i saperi, le competenze e le azioni delle diverse professionalità in ambito nutrizionale al fine di ottenerne una vera e propria integrazione funzionale? Il tentativo di armonizzare le numerose figure professionali operanti in ambito nutrizionale, formate nelle università italiane da docenti assai competenti, che quindi formano personale di buon livello, resta un obiettivo prioritario. I possibili fronti d'intervento sono molteplici:

fronte normativo: affrontare il problema non solo dell'ottica del "chi fa cosa", ma, in questo caso, del "chi può fare cosa". Ci si riferisce ad esempio al fatto se la dieta sia o no una prescrizione medica e se l'atto prescrittivo sia per definizione un atto medico¹. Questi aspetti, che ricorrono costantemente nella discussione, sono però spesso affrontati in maniera solo superficiale.

Altro aspetto non irrilevante è la semantica distinzione tra "elaborazione" e "prescrizione" della dieta. Il dietista riconosce il suo ruolo di elaboratore di una dieta, anche per patologia, su indicazione medica. Quindi il medico è prescrittore e il dietista è un elaboratore. La prescrizione di un intervento nutrizionale, così come quella di qualsiasi altro intervento terapeutico, presuppone conoscenze di fisiologia, di fisiopatologia e di patologia. Discipline che attengono al sapere medico.

L'elaborazione dell'intervento nutrizionale è necessariamente un passaggio successivo alla prescrizione medica che può essere affidata alle altre figure professionali che operano nel settore.

- **fronte culturale.** La confusione in ambito nutrizionale regna sovrana anche perché non sono in genere chiari né i domini della nutrizione umana, né i confini tra un dominio e l'altro e per questo si stenta ad attribuire all'ambito nutrizionale una valenza di tipo medica. È quindi importante agire a livello culturale (dal basso con informazione ai lay-people, dall'alto attraverso la formazione universitaria e post universitaria). In entrambi i livelli d'intervento è indispensabile l'impiego di un lessico comune, condiviso e ricorrente in tutti i documenti anche se ritenuti di tipo meramente divulgativo. Sul fronte culturale non è possibile poi ignorare il ruolo dell'Università che dovrebbe con maggiore chiarezza vigilare sulle declaratorie dei corsi – a qualsiasi livello erogati – al fine di non ingenerare nello studente di questo o quel corso aspettative di tipo lavorativo/professionale che potranno poi essere disattese nel mondo lavorativo. In quest'ambito, il ruolo delle società scientifiche e soprattutto il loro grado d'interlocuzione con le Istituzioni della formazione e della salute gioca un ruolo determinante.

Implementare i percorsi nutrizionali in un'ottica di integrazione professionale

Sulla base di quanto sinora descritto, è possibile ipotizzare uno scenario nel quale le diverse figure che operano in ambito nutrizionale possano interagire in maniera pro-attiva nei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali (PDTA) delle malattie croniche e rare in cui è presente una significativa componente nutrizionale (17)

Alla luce della dimensione epidemiologica della malnutrizione per eccesso o per difetto e della complessità delle patologie che attengono all'area nutrizionale e delle procedure che caratterizzano il percorso diagnostico-terapeutico in ambito clinico-nutrizionale, la presenza di diverse figure professionali, con background culturali e competenze diverse, può rappresentare una enorme risorsa.

¹ UEMS 2009 / 14 - EUROPEAN DEFINITION OF THE MEDICAL ACT "The medical act encompasses all the professional actions, e.g. scientific, teaching, training and educational, organisational, clinical and medico-technical steps, performed to promote health and functioning, prevent diseases, provide diagnostic or therapeutic and rehabilitative care to patients, individuals, groups or communities in the framework of the respect of ethical and deontological values. It is the responsibility of, and must always be performed by a registered medical doctor/physician or under his or her direct supervision and/or prescription." https://www.uems.eu/_data/assets/pdf_file/0016/1456/1306.pdf

E' necessario però che le diverse figure professionali si integrino in maniera efficace, nel rispetto delle proprie competenze e di quanto previsto dagli ordinamenti della laurea conseguita. A tal fine si può immaginare un percorso diagnostico terapeutico come quello proposto nella tabella 1. Il medico ha le conoscenze e le competenze per svolgere tutte le attività previste nel percorso sopra descritto. La presenza di altre figure professionali consente di aumentare e migliorare le potenzialità del percorso diagnostico-terapeutico.

Tabella 1: Proposta razionale di distribuzione di ruoli nella presa in carico di un soggetto con malnutrizione (per eccesso o per difetto)

Primo accesso del paziente con sospetta malnutrizione	Inquadramento clinico	Anamnesi fisiologica e patologica	Medico
		Esame obiettivo	
		Prescrizione indagini di laboratorio e strumentali; richiesta di consulenze	
Valutazione dello stato di nutrizione	Bilancio di energia e nutrienti	Dispendio energetico (calorimetria indiretta e/o stima del metabolismo basale; accelerometri e questionari per l'attività fisica)	Biologo nutrizionista, Dietista
		Anamnesi alimentare e ponderale	Dietista, Biologo nutrizionista
	Composizione corporea	1. Bioimpedensometria, antropometria 2. Dual-energy X-ray absorptiometry e diagnostica per immagini	1. Biologo nutrizionista, Dietista 2. Medico
	Funzione corporea	Interpretazione dei parametri di laboratorio (status infiammatorio, assetto metabolico, immunocompetenza ...)	Medico
		Esecuzione di test per valutare la funzione motoria (forza muscolare, test del cammino, mobilità articolare, ...)	Fisioterapista/ Laureato in scienze motorie
	Valutazione psicologica di minima, sociale e della qualità di vita		Psicologo

Diagnosi		Medico	
Intervento terapeutico	Prescrizione	Medico	
	Elaborazione, esecuzione e monitoraggio	educazione terapeutica (individuale o di gruppo)	Biologo nutrizionista o Dietista, Infermiere, Psicologo, Fisioterapista o laureato in scienze motorie
		counselling nutrizionale (individuale o di gruppo)	Dietista, Biologo nutrizionista
		pasto assistito	Dietista, Biologo nutrizionista, Psicologo
		dietoterapia	Dietista
		supplementazione/integrazione pe os o per via parenterale	Dietista , Infermiere
	nutrizione artificiale totale o di supporto, per via enterale o parenterale	Dietista, Infermiere	
Controllo di efficacia		Medico	

5. CONCLUSIONI: CAMBIARE PROSPETTIVA

Tenuto conto della grande incertezza che regna sul piano normativo e della necessità di dover dare comunque una risposta “in scienze e coscienza” alla moltitudine di persone che a vario titolo si rivolgono alla Nutrizione Clinica, crediamo sia oggi opportuno cambiare la prospettiva perché il problema non è tanto e soltanto quello di trovare una collocazione al professionista, ma soprattutto quello di capire di cosa **hanno bisogno i pazienti** che lo interpellano.

In genere persone che ritengono di doversi sottoporre ad un regime dietetico per risolvere un problema (sovrappeso, alterazioni del metabolismo lipidico o glicemico, intolleranze/allergie alimentari, inestetismi) reale o presunto hanno bisogno di:

1. una diagnosi che tenga conto dell'**eziopatogenesi** sovente complessa in cui intervengono spesso anche problematiche psicologiche e sociali, del **quadro clinico** caratterizzato da un'alterata composizione corporea (non sempre associata ad una variazione ponderale), da un comportamento alimentare e uno status psicologico spesso patologici, da alterazioni funzionali e disabilità, da complicanze e comorbidità che possono riguardare tutti gli organi ed apparati, da un significativo peggioramento della qualità di vita, da una ridotta tolleranza ai trattamenti della patologia di base e da un'aumentata mortalità. Una diagnosi quindi che non può basarsi sulla semplice valutazione di singoli parametri (ad esempio il peso) o limitarsi ad esplorare una singola dimensione (ad esempio la composizione corporea);
2. una **prescrizione terapeutica** (counseling dietetico, dietoterapia, ricorso a supplementi nutrizionali, nutrizione artificiale) che deve indicare procedure e modalità di somministrazione, apporto di energia e nutrienti, tempistiche, ... tenendo conto del quadro clinico-psicologico-funzionale del paziente, degli obiettivi da raggiungere, del contesto socio-culturale, di eventuali problematiche etiche;
3. **elaborazione e somministrazione del piano nutrizionale**: trasformazione della prescrizione nutrizionale in un piano alimentare; adeguamento di questo a abitudini, vincoli etici o religiosi, gusti alimentari; monitoraggio di ingesta/scarti; gestione del pasto assistito nei soggetti con disturbi del comportamento alimentare;
4. una **valutazione di esito** che dovrà anch'essa tener conto della complessità del quadro clinico-psicologico-funzionale analizzando l'impatto che l'intervento stesso ha avuto su questo. Di nuovo la semplice valutazione dell'andamento di singoli parametri (peso ad esempio) rischia di non apprezzare adeguatamente l'impatto che l'intervento ha avuto sul complesso quadro clinico.

Come delineato nel paragrafo 1 del presente documento, il percorso sopra descritto è quello che caratterizza quel grande capitolo della medicina che è la **Nutrizione Clinica**. Questa disciplina si interessa in particolare di valutare, prevenire, diagnosticare e curare la malnutrizione (*per eccesso, per difetto e/o selettiva*) e le alterazioni metaboliche nel malato, in gruppi di malati e nell'individuo a rischio nutrizionale.

E' questo, a nostro avviso, un iter obbligatorio in tutti i pazienti che chiedono aiuto alla Nutrizione Clinica

Mentre non esistono dubbi sul fatto che i punti 1, 2 e 4 del percorso di cura sopra descritto siano compiti precipui dell'**agire medico**, sul punto 3 si affollano diverse figure professionali. La realizzazione/elaborazione/somministrazione del piano nutrizionale non può avvenire, a nostro avviso e per la salvaguardia del mantenimento della salute dei pazienti, prescindendo dagli altri punti del percorso e l'autonomia richiesta dai professionisti che se ne occupano non può che essere limitata e subordinata all'azione del case-manager medico. E' la stessa autonomia, tanto per intenderci, dell'infermiere che prepara e somministra la terapia infusiva prescritta dal medico.

Rendere totalmente “autonoma”, e quindi “decontestualizzata”, la fase di elaborazione e somministrazione dell’intervento terapeutico non consente di considerare la complessità del quadro clinico-nutrizionale, soprattutto nelle forme iniziali o apparentemente meno gravi di malnutrizione ed espone il soggetto al rischio che venga sottovalutata la sua situazione clinica e che gli interventi nutrizionali proposti finiscano per peggiorarne la prognosi.

Riferimenti bibliografici

1. Cuerda C, Muscaritoli M, Donini LM, Baqué P, Barazzoni R, Gaudio E, Jezek D, Krznaric Z, Pirlich M, Schetgen M, Schneider S, Vargas JA, Van Gossum A. Nutrition education in medical schools (NEMS). An ESPEN position paper. *Clin Nutr.* 2019 Jun;38(3):969-974. doi: 10.1016/j.clnu.2019.02.001.
2. Donini LM, Leonardi F, Rondanelli M, Banderali G, Battino M, Bertoli E, Bordoni A, Brighenti F, Caccialanza R, Cairella G, Caretto A, Cena H, Gambarara M, Gentile MG, Giovannini M, Lucchin L, Migliaccio P, Nicastro F, Pasanis F, Piretta L, Radrizzani D, Roggi C, Rotilio G, Scalfi L, Vettor R, Vignati F, Battistini NC, Muscaritoli M. The Domains of Human Nutrition: The Importance of Nutrition Education in Academia and Medical Schools. *Front Nutr.* 2017;4:2. doi: 10.3389/fnut.2017.00002. eCollection 2017.
3. Cheryl CHC. A concept analysis of malnutrition in the elderly *Journal of Advanced Nursing.* 2001; 36(1): 131-42
4. Bedogni G, Battistini N, Severi S, Borghi A. The Physiological Bases of the Assessment of Nutritional Status. *Clin Diet.* 1996; 23: 141-46
5. Dwyer JT: Nutritional Status. *Encyclopaedia of Human Nutrition.* MJ Sadler, Strain JJ, Caballero B eds. Academic Press, San Diego USA 1999, p 1347-1389
6. Hill GL: Body composition research: implications for the practice of clinical nutrition. *JPEN* 1992, 16, 197-218
7. Soeters PB, Rejven PLM, van Bokhorst-de van der Schuren MAE, Schols JMGA, Halfens RJG, Meijers JMM, van Gemert WG: A rational approach to nutritional assessment. *Clin Nutr* 2008, 27(5):706-16
8. Coin A, Sergi G, Minicucci N, Giannini S, Barbiero E, Manzato E, Pedrazzoni M, Minisola S, Rossini M, Del Puente A, Zamboni M: Fat-free mass and fat-mass reference values by DEXA in a 20-80 year-old Italian population. *Clin Nutr* 2008, 27, 87-94
9. Donini LM, Muscaritoli M. La formazione in nutrizione umana nei CLM in Medicina e Chirurgia. *Medicina e Chirurgia, The Journal of Italian Medical Education.* 2016; 69: 3133-3137
10. Muscaritoli M, Lenzi A, Basili S, Della Rocca C, Filetti S, Polimeni A, Donini LM. LA NUTRIZIONE PASSA DI QUA (NPQ). Individuazione di una road map per l’insegnamento della nutrizione nel core curriculum del laureando in Medicina e Chirurgia. *The Journal of Medical Education* 2019; 81: 3622-3627
11. Ordine Nazionale dei biologi - PROFESSIONALITÀ E COMPETENZE DEL BIOLOGO NUTRIZIONISTA Rev. Ottobre 2015 <http://www.onb.it/wp-content/uploads/2015/11/Professionalit%C3%A0-e-competenze-del-BN-rev-ott-2015.pdf>
12. Delibera del Consiglio dell’Ordine Nazionale dei Biologi n. 433 del 26.09.2019. Linee guida per la professione di Biologo
13. Glossario FESIN 1999
14. Ministero della Salute. Linee di indirizzo nazionale per la ristorazione ospedaliera e assistenziale. Data di pubblicazione: 15 febbraio 2011, ultimo aggiornamento 29 gennaio 2015.
15. RASSEGNA CNOS problemi esperienze prospettive per l’istruzione e la formazione professionale. ANNO 23 / n° 3 – 2007.
16. Standard Italiani per la Cura dell’Obesità SIO-ADI 2016-2017
17. Soc Italiana di Nutrizione Clinica – I fogli di Roma – Presente e futuro della Nutrizione Clinica in Italia – Roma, 18-19 Dicembre 2018 - Il Sole 24 Ore – Settembre 2019

ALLEGATI

Allegato 1. Valutazione dello stato di nutrizione.

La Valutazione dello Stato di Nutrizione (VSN) consente di ottenere una diagnosi precoce di malnutrizione (per difetto, per eccesso o mista), una definizione prognostica del rischio nutrizionale, l'individuazione dei fabbisogni nutrizionali, l'identificazione dei soggetti che hanno bisogno di un intervento nutrizionale sia globale che per carenze nutrizionali selettive (educazione e counseling nutrizionale, dietoterapia, supplementazione, nutrizione artificiale), la prescrizione nutrizionale, il controllo di efficacia dell'intervento nutrizionale.

I gruppi di studio più accreditati che si sono occupati in passato di VSN, hanno definito le tre componenti principali che, con caratteristiche e significati diversi (3-7), caratterizzano lo SN:

1. il bilancio di energia e nutrienti che si basa sulla valutazione di:
 - a. ingesta (abitudini alimentari, di cui dev'essere valutata l'adeguatezza sia sotto il profilo energetico che nell'apporto dei singoli nutrienti e composti funzionali; in relazione alla presenza di stati di fisiologia speciale (età evolutiva, gravidanza, allattamento, senilità) e/o di comportamenti alimentari disfunzionali (restrizione, binge eating,...) e/o di stati di patologia che possono richiedere specifiche manipolazioni nutrizionali;
 - b. fabbisogni energetico (calorimetria indiretta o equazioni di predizione per il metabolismo basale, accelerometri e questionari per l'attività fisica) e di nutrienti (LARN e specifiche indicazioni per stati fisiologici o patologici);
2. composizione corporea mediante antropometria, bioimpedenzometria e DXA;
3. funzionalità corporea considerando:
 - a. infiammazione
 - b. parametri metabolici (assetto protidemico e lipidemico, compenso glicemico)
 - c. immunocompetenza (linfocitemia, ...)
 - d. funzione motoria (forza muscolare, test del cammino, ...)

Su tale base sarà possibile stabilire una diagnosi di malnutrizione (per eccesso o per difetto o "mista") (tabella 2) e definire l'iter terapeutico nutrizionale sia in termini di scelta di intervento (educazione e counseling nutrizionale, dietoterapia, supplementazione/integrazione pe os o per via parenterale, nutrizione artificiale totale o di supporto, per via enterale o parenterale) sia l'intensità dello stesso.

Naturalmente la VSN andrà inquadrata nella più generale valutazione clinica, psicologica e funzionale ed i segni di un eventuale stato di malnutrizione, per eccesso o per difetto, dovranno essere interpretati considerando il quadro clinico del soggetto in esame.

Tabella 2. Classificazione dei soggetti adulti in funzione dello stato di nutrizione – stadiazione della malnutrizione (modificata da “Valutazione dello Stato di Nutrizione” in “Alimentazione Nutrizione Umana di A Mariani Costantini, C Cannella G Tomassi, Terza Edizione, cap 24, pagg 509-520. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma 2016. ISBN978-88-490-0547-9)

	Parametri	Grado	Malnutrizione		Fattori esplicativi o di peggioramento	
			Per eccesso	Per difetto		
Determinanti dello stato di nutrizione	Bilancio di energia e nutrienti	Rischio	Introito E < 10% al fabbisogno e/o proteico < 0.75 g/Kg	Introito E > 10% al fabbisogno	(+) Aspetti ambientali e socioculturali	
	Attività fisica		LAF < 1.70			
Variabili di esito	Composizione corporea	1a	Riduzione di FFMI e/o FMI *	Ridotta Qualità di Vita	Aumento FM (%) e/o FMI *	(+) Alterazione dello status psicologico
		1b			W > 102 cm M, 88 cm F	
	Funzione	2a	↓ proteine da trasporto e/o ↓ immunocompetenza e/o ↓ funzione muscolare e disabilità	Complicanze metaboliche e/o ↓ funzione muscolare	(+) Status Infiammatorio PCR > 10 mg/l	
		2b	Complicanze mediche (lesioni da decubito, sepsi, ...)	Complicanze internistiche (CV, respiratorie, ...)		

Legenda: FM: fat mass; FMI: fat mass index; FFMI: fat-free mass index; W: circonferenza vita; CV; cardiovascolare; PCR: proteina C-reattiva; LAF livello di attività fisica

* Si può far riferimento ai valori soglia di FMI e FFMI validi per la popolazione italiana pubblicati da Coin A et al.(8)

Allegato 2 . Il progetto la “Nutrizione Passa di Qua” – NPQ (1, 9, 10)

Si articola attraverso fasi diverse tra loro strettamente interconnesse:

- individuazione degli argomenti di interesse della formazione in ambito nutrizionale che dovrebbero far parte dei saperi dello studente in Medicina e Chirurgia al momento della laurea;
- individuazione tra le Unità Didattiche Elementari (UDE) proposte dalla Conferenza Permanente dei Presidenti dei CLM in Medicina e Chirurgia (<http://presidenti-medicina.it/core-curriculum/proposte>) quelle in cui era possibile e auspicabile sviluppare gli argomenti di interesse nutrizionale;
- condivisione del progetto con i Presidenti dei CLM scelti come pilota, con i Presidi delle Facoltà, con il Rettore, con i Docenti degli Insegnamenti interessati;
- indagine ad inizio AA 2018-2019 del livello di “alfabetizzazione” nutrizionale degli studenti del CLM di Medicina e Chirurgia;
- attuazione del percorso NPQ durante l’AA 2018-2019;
- verifica a fine AA 2018-2019 del livello di “alfabetizzazione” nutrizionale acquisito dagli studenti del CLM di Medicina e Chirurgia, del gradimento degli studenti relativamente al progetto NPQ, delle opinioni dei docenti coinvolti nel percorso di NPQ.

La realizzazione del progetto è stata possibile grazie alla creazione di un gruppo di studio/lavoro che ha coinvolto i docenti afferenti all’Unità di Ricerca in Scienza dell’Alimentazione e all’Unità Operativa in Medicina Interna e Nutrizione Clinica e che ha avuto come scopi quelli di:

- svolgere tutto il lavoro preliminare (definizione argomenti di interesse nutrizionale e integrazione nelle UDE);
- discutere con il corpo docente dei CLM prescelti gli argomenti individuati per l’ottimizzazione del progetto;
- realizzare le indagini (preliminare e a posteriori) relative alla “alfabetizzazione” nutrizionale degli studenti del CLM di Medicina e Chirurgia;
- supportare, qualora necessario, i docenti dei CLM nella realizzazione del progetto.

Allegato 3 - Definizioni in ambito nutrizionale

3.1 Definizioni delle professioni e della formazione

Biologo nutrizionista (11, 12)

Il biologo nutrizionista è in possesso della laurea magistrale in Biologia. Il decreto del Ministero di Grazia e Giustizia n. 362/93 attribuisce ai biologi la “determinazione della dieta ottimale individuale in relazione ad accertate condizioni fisiopatologiche” e, inoltre, “la determinazione di diete speciali per particolari condizioni patologiche in ospedali, nosocomi”.

Secondo il parere del Consiglio Superiore di Sanità del 12/04/2011 “il biologo può autonomamente elaborare profili nutrizionali al fine di proporre alla persona che ne fa richiesta un miglioramento del proprio benessere, quale orientamento nutrizionale, finalizzato al miglioramento dello stato di salute”.

In base a ciò, l’Ordine nazionale Biologi afferma che “il biologo nutrizionista può svolgere la sua professione in totale autonomia senza la presenza del medico”.

D’altro canto l’Ordine dei Biologi afferma altresì che “le diete che il biologo può elaborare possono essere rivolte a tutta l’utenza in condizioni fisiologiche. Se invece il cliente presume di essere affetto da una qualche patologia e vorrebbe dal biologo consigli alimentari per curarla, il biologo deve rinviarlo al medico perché accerti, con le sue competenze, se il soggetto è affetto da una qualche patologia e solo dopo questo accertamento potrà determinare ed elaborare una dieta che consenta, unitamente ai farmaci consigliati dal medico, il recupero dello stato di benessere. L’obbligo che incombe al biologo è, infatti, quello di non qualificarsi come medico, e, quindi, di non effettuare diagnosi mediche e di non prescrivere farmaci”.

Ciò viene sottolineato anche dai pareri del ministro della Salute del 15 dicembre 2009 e del Consiglio Superiore di Sanità del 12 aprile 2011 (Ministero della Salute. Consiglio Superiore di Sanità. Sessione XLVI. Seduta del 15 dicembre 2009. Sezione II.; Ministero della Salute. Consiglio Superiore di Sanità. Sessione XLVI. Seduta del 12 aprile 2011. Sezione II.)

Quindi, è poco chiaro il rapporto di (in)dipendenza medico-biologo. Ed in particolare.

- è fuorviante la dizione “*se invece il cliente presume di essere affetto da una qualche patologia*”. Fare la differenza tra uno stato fisiologico ed uno patologico non attiene al soggetto, ma solo il medico ha le conoscenze e le competenze per fare diagnosi in ambito clinico-nutrizionale. Bisogna infatti tener conto del fatto che buona parte dei soggetti cosiddetti sovrappeso sono di fatto obesi e che una discreta quota di soggetti che ritiene di doversi giovare di un intervento dietetico, in presunta assenza di patologie, necessita di un’attenta valutazione onde evitare, come spesso succede, che un intervento nutrizionale diventi l’anticamera di un vero e proprio DCA o di qualsiasi altra patologia;
- sono poco chiari i concetti di “*determinazione della dieta ottimale individuale in relazione ad accertate condizioni fisiopatologiche*” o di “*rilascio un programma alimentare personalizzato*”. La prescrizione di un atto terapeutico, come è la dietoterapia, non può che essere di competenza unicamente di chi può valutare compiutamente il quadro clinico, psicologico e funzionale del paziente. Come già detto, il ruolo di case-manager dei pazienti cui si rivolge la Nutrizione Clinica non può che essere del medico, Clinico della Nutrizione, sulla base delle conoscenze e competenze acquisite durante il corso di laurea e attraverso la formazione di terzo livello. Quindi la dizione “*determinazione*” della dieta deve essere interpretato come “*elaborazione*” di uno schema alimentare prescritto dal medico, Clinico della Nutrizione;
- se, come scritto dall’Ordine dei Biologi, il biologo non può prescrivere farmaci, è corretto pensare, tenuto conto della complessità, già più volte ricordata, dell’atto prescrittivo di un qualsiasi intervento nutrizionale, che il biologo non possa prescriverlo (significato giuridico e medico-legale dell’atto prescrittivo);

- nell'ultimo documento pubblicato nel 2019 dall'Ordine dei Biologi sulla figura del Biologo Nutrizionista viene previsto un ruolo non clinico [non può "consigliare o prescrivere terapie" (punto 6), "ogni e qualsiasi tipologia di test analitici possono essere effettuati, su prescrizione medica" (punto 9), viene collocato nel Dipartimento di Prevenzione del SSN (potendo operare negli ambiti di Sorveglianza Nutrizionale, Educazione Alimentare, Nutrizione Collettiva, Dietetica Preventiva) (punto 12)], ma dall'altra si parla di "effettuare consulenza dietetico-nutrizionale ... (ai fini) di una trattamento ambulatoriale" (punto 2), di "trattamento (dietetico)" (punto 7).

Oltre a ciò, va sottolineato che il titolo di "biologo nutrizionista" di per sé non certifica la competenza professionale del professionista in quanto, sempre secondo l'Ordine dei Biologi, "per svolgere la professione di biologo nutrizionista è sufficiente l'iscrizione all'Ordine Nazionale dei Biologi nella Sezione A", senza necessità di formazione specifica: "il possesso del diploma universitario di Specializzazione in Scienza dell'Alimentazione, di Master universitari e corsi di formazione costituiscono (unicamente) ulteriori titoli curriculari". Inoltre, sia la specializzazione in Scienza dell'Alimentazione per le professioni "non mediche" che ha tra gli obiettivi formativi l'acquisizione di competenze finalizzate alla valutazione dello stato di nutrizione e dei fabbisogni per il singolo individuo sano (Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca (MIUR), Decreto Interministeriale 16 settembre 2016 n. 716, Riordino delle Scuole di specializzazione ad accesso riservato ai "non medici"), sia la Laurea Magistrale in Scienza della Nutrizione (LM-61), che non ha tra gli obiettivi formativi la nutrizione clinica, non formano i biologi al trattamento dei pazienti con patologie.

Corsi post-lauream. I corsi post-lauream (master, corsi di aggiornamento o perfezionamento) non sono abilitanti ad alcuna professione. Anche il titolo che si consegue con la scuola di specializzazione in Scienza dell'alimentazione non è un'abilitazione professionale. Gli specialisti in Scienza dell'Alimentazione nell'arco dei 4-5 anni della formazione acquisiscono conoscenze e abilità di alta qualificazione nel settore delle scienze di base, della prevenzione e della nutrizione in generale, con competenze differenziate per medici e non-medici, come definito dal legislatore nel 2005 nel decreto di riassetto delle scuole di specializzazione (Supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 258 del 5 novembre 2005, Serie generale, pag. 129-133).

Dietista

Il dietista è l'operatore sanitario, in possesso di una laurea di 1° livello (L/SNT-3), competente per tutte le attività finalizzate alla corretta applicazione dell'alimentazione e della nutrizione ivi compresi gli aspetti educativi e di collaborazione all'attuazione della politiche alimentari, nel rispetto della norma vigente.

In particolare (regol. ministeriale 744 del 14/9/1994):

- a) organizza e coordina le attività specifiche relative all'alimentazione in generale e alla dietetica in particolare;
- b) collabora con gli organi preposti alla tutela dell'aspetto igienico sanitario del servizio di alimentazione;
- c) elabora, formula ed attua le diete prescritte dal medico e ne controlla l'accettabilità da parte del paziente;
- d) collabora con altre figure al trattamento multidisciplinare dei disturbi del comportamento alimentare;
- e) studia ed elabora la composizione di razioni alimentari atte a soddisfare i bisogni nutrizionali di gruppi di popolazione e pianifica l'organizzazione dei servizi di alimentazione di comunità di sani e di malati;
- f) svolge attività didattico - educativa 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.

Il dietista può svolgere la sua attività professionale in strutture pubbliche o private, in regime di dipendenza o libero - professionale.



Sulla base delle conoscenze e competenze acquisite durante il Corso di Laurea è lecito pensare che il dietista possa svolgere attività nell'ambito della Nutrizione Applicata e nella Nutrizione Clinica a supporto dell'attività del medico, Clinico della Nutrizione.

Medico dietologo

Termine obsoleto che indica un "Medico specialista² in Scienza dell'Alimentazione o specialista in branca equipollente, ma con documentata esperienza (come definito nel Codice Deontologico della FNOMCEO), che opera nella dietetica e nella dietoterapia" (13).

E' quindi un medico, dotato di conoscenze e competenze cliniche che permettono di fare diagnosi di patologie e prescrivere farmaci e interventi nutrizionali (diete, programmi di nutrizione artificiale, integratori e supplementi nutrizionali).

Nutrizionista

Il termine "nutrizionista" non è definito a norma di legge, ma il Ministero della Salute, nel parere del Consiglio Superiore di Sanità, lo definisce come lo "specialista (13) in alimentazione umana di diversa estrazione professionale medica e/o non medica". (Ministero della Salute. Consiglio Superiore di Sanità. Sessione XLVI. Seduta del 15 dicembre 2009. Sezione II.)

Lo stesso Ministero della Salute, con circolare del 6 agosto 2012 della Direzione Generale delle professioni sanitarie - circolare citata dai biologi ma mai trovata - e delle risorse umane del Servizio Sanitario Nazionale, afferma che la qualifica di nutrizionista afferisce esclusivamente alle professioni sanitarie individuate e riconosciute nel Sistema Sanitario Nazionale, tra cui il biologo, il medico, il dietista e il farmacista, fermo restando le diverse competenze.

Tale definizione è pertanto un contenitore onnicomprensivo che non contribuisce a specificare responsabilità professionali e competenze, ma esprime un generico interesse per la nutrizione. Di fatto ingenera confusione nell'utenza per cui dovrebbe essere abbandonato o accompagnato da specifiche che fanno riferimento, in particolare alla laurea, unico titolo abilitante alla professione.

Nutrizionista clinico o Medico, Clinico della Nutrizione: Medico Specialista in Scienza dell'Alimentazione o Specialista in branca equipollente, ma con documentata esperienza in ambito nutrizionale (come definito nel Codice Deontologico della FNOMCEO), che svolge la propria attività nelle Unità Operative (Ospedaliere/Universitarie) di Dietetica e Nutrizione Clinica o quale libero professionista, con particolare riferimento alla Dietoterapia ed alla Nutrizione Artificiale, e ha il compito di effettuare valutazione nutrizionale e prescrizione di schemi dietoterapeutici ad personam, per soggetti con problematiche nutrizionali complesse. È supportato dal dietista che, sulla base della prescrizione nutrizionale effettuata dal medico, allestisce piani dietetici individuali, utilizzando grammature, alimenti e modalità di preparazioni specifiche (13).

Specialista. In Italia per potersi fregiare della qualifica di Specialista è necessario ottenere il diploma accademico. La FNOMCEO con comunicazione n. 10 del 26 gennaio 2015 ha chiarito che non è necessario avere un titolo di specialista per poter pubblicizzare la propria competenza utilizzando il termine sostantivato "Dietologo" nella fattispecie (<https://specialistaequiparato.files.wordpress.com/2017/05/fnomceo-comunicazione-numero-10-del-26-gennaio-2015.pdf>).

Secondo il Presidente Amedeo Bianco, infatti, alla Legge 175/1992 -pur se abrogata - ci si deve ancora rifare - in via analogica - per identificare lo specialista equiparato (*Il medico non specialista può fare menzione della particolare disciplina specialistica che esercita, con espressioni che ripetano la denominazione ufficiale della specialità e che non inducano in errore o equivoco sul possesso del titolo di specializzazione, quando*

abbia svolto attività professionale nella disciplina medesima per un periodo almeno pari alla durata legale del relativo corso universitario di specializzazione presso strutture sanitarie o istituzioni private a cui si applicano le norme, in tema di autorizzazione e vigilanza, di cui all'articolo 43 della legge 23 dicembre 1978, n. 833) ma ai fini della pubblicizzazione può essere usata sia la denominazione della specialità sia il termine sostantivato.

Team di cura di Nutrizione Clinica

E' auspicabile che, tenendo conto della complessità del quadro clinico assistenziale dei pazienti ai quali si rivolge la Nutrizione Clinica, diverse professioni sanitarie (oltre a quelle le cui competenze sono state descritte in precedenza) partecipino al team di cura di Nutrizione Clinica negli ambiti di legge e delle conoscenze e competenze acquisite durante i rispettivi CdL:

- **Psicologo:** è il professionista che interviene all'interno dei contesti (individuali, interpersonali, sociali, istituzionali e in ambito lavorativo) tramite l'utilizzo di strumenti e tecniche che hanno il loro fondamento in teorie, costrutti e modelli psicologici condivisi dalla comunità scientifica. Opera al fine di conoscere, migliorare e tutelare il benessere psicologico e la salute nelle singole persone, nelle famiglie, nella comunità e nelle organizzazioni sociali e lavorative.

La competenza dello psicologo è specifica e trasversale, e consente di connettere la prassi professionale alla domanda della committenza (Ordine dei Psicologi Consiglio Nazionale Roma 05/06/2018 Prot.15000174):

“La professione di psicologo comprende l'uso degli strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione-riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico. Comprende altresì le attività di sperimentazione, ricerca e didattica in tale ambito” (art. 1 Codice Deontologico degli Psicologi Italiani; Legge 18/02/1989, n. 56).

Nell'ambito della Nutrizione Clinica lo psicologo può svolgere un ruolo importante nella valutazione dello status psicologico (spesso alterato nei pazienti cui si rivolge la Nutrizione Clinica), nell'identificazione di un disturbo del comportamento alimentare (frequente anche nell'obesità e spesso anche nel “semplice” sovrappeso), nella gestione del pasto assistito e della psicoterapia che spesso si rendono necessari.

- **Infermiere:** è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante (Laurea Professioni Sanitarie L/SNT 1) e dell'iscrizione all'albo professionale è responsabile dell'assistenza generale infermieristica (DM 739/94).

Gli ambiti di intervento sono:

- a) partecipazione all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività;
- b) identificazione i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formula i relativi obiettivi;
- c) pianificazione e gestione dell'intervento assistenziale infermieristico;
- d) corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche;
- e) collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali e, ove necessario, con il personale di supporto.

Nell'ambito della Nutrizione Clinica l'infermiere può farsi carico della gestione dell'intervento nutrizionale (assistenza al pasto, somministrazione dei supplementi orali, gestione delle linee di infusione della nutrizione artificiale, monitoraggio del comportamento alimentare e degli ingestivi).

- **Fisioterapista:** è l'operatore sanitario, in possesso del diploma universitario (Laurea Professioni Sanitarie L/SNT 2) abilitante, che svolge in via autonoma, o in collaborazione con altre figure sanitarie, gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione nelle aree della motricità, delle funzioni corticali superiori, e di quelle viscerali conseguenti a eventi patologici, a varia eziologia, congenita od acquisita (DM 741/94; Associazione Italiana Fisioterapisti AIFI).

In riferimento alla diagnosi ed alle prescrizioni del medico, nell'ambito delle proprie competenze, il fisioterapista:

1. elabora, anche in équipe multidisciplinare, la definizione del programma di riabilitazione volto all'individuazione ed al superamento del bisogno di salute del disabile;
2. pratica autonomamente attività terapeutica per la rieducazione funzionale delle disabilità motorie, psicomotorie e cognitive utilizzando terapie fisiche, manuali, massoterapiche e occupazionali;
3. propone l'adozione di protesi ed ausili, ne addestra all'uso e ne verifica l'efficacia;
4. verifica le risposdenze della metodologia riabilitativa attuata agli obiettivi di recupero funzionale.

Nell'ambito della Nutrizione Clinica il fisioterapista può gestire il recupero funzionale di pazienti con malnutrizione (per eccesso o per difetto) favorendo il ripristino di una corretta composizione corporea.

- **Laureato in scienze motorie:** è un professionista delle attività motorie e sportive che può trovare operatività in numerosi settori: nelle palestre, sia quelle legate al fitness, sia quelle che offrono programmi di attività motoria per soggetti con fragilità o con patologie croniche sport-sensibili; in società sportive, in enti pubblici e privati che si occupino di servizi alla persona per lo sviluppo, mantenimento e recupero del benessere psicofisico attraverso stili di vita attivi (Università degli Studi di Ferrara www.unife.it).

Nell'ambito della Nutrizione Clinica il laureato in scienze motorie può occuparsi del ricondizionamento fisico di pazienti con malnutrizione (per eccesso o per difetto) favorendo l'adozione di un corretto stile di vita.

- **Farmacista** La FOFI, a seguito di numerose sollecitazioni, il 02/04/2008, verificando che il farmacista è abilitato alla produzione e alla vendita del farmaco, non rinvenendo specifico articolo che lo abilitasse alla elaborazione di diete, precisò che esso può fornire consulenza nel campo nutrizionistico in modo particolare per ciò che concerne la diffusione di informazioni e consigli nel settore dei medicinali (art. 1 DLgs 258/1991 nonché art. 51 DLgs 206/2007 e art. 96 DLgs 219/2006), ma non è abilitato alla prescrizione e all'elaborazioni di diete. Ruolo importante ha il farmacista nella preparazione di soluzioni per nutrizione parenterale

3.2 Definizione delle Attività in Ambito Nutrizionale

Chronic Care Model (CCM) si è dimostrato efficace nel miglioramento della qualità di cura delle malattie croniche, quali, ad esempio, obesità e diabete mellito.

Gli elementi costitutivi del CCM sono rappresentati da:

- programmazione degli interventi (prevenzione, diagnosi, cura e controlli) per migliorare la gestione delle malattie croniche in tutti i loro stadi. Questa programmazione è alla base della cosiddetta "sanità di iniziativa": in essa il team di operatori (ognuno con compiti ben definiti e attinenti alle proprie abilitazioni professionali, operante in maniera integrata con tutti gli altri) svolge la sua attività in modo da prevenire la comparsa delle malattie e, quando esse si manifestino, in modo da gestirle al meglio e prevenirne le complicanze;
- coinvolgimento dei cittadini per diffondere la conoscenza delle malattie e la capacità di autogestione delle stesse;
- supporto decisionale per l'applicazione di linee guida basate sulle evidenze;
- sistemi informativi adeguati a offrire la valutazione dei bisogni assistenziali della comunità attraverso l'analisi dei fattori che determinano le condizioni di salute e a fornire interventi specifici per il paziente attraverso la raccolta e la gestione dei dati clinici.

A tal fine le linee guida recenti concordano tutte sulla necessità di poter contare su un approccio con un team multidimensionale, interdisciplinare, multi professionale integrato in cui le diverse figure svolgano i compiti che attengono alle loro abilitazioni professionali. E' auspicabile inoltre comunicare per iscritto entità, organigramma, titolo di studio degli operatori (16).



Parte integrante del CCM è l’Educazione terapeutica che deve essere condotta da operatori abilitati e formati, specificamente qualificati sulla base di una formazione professionale continua.

La Nutrizione Clinica, tenuto conto delle caratteristiche cliniche dei pazienti ai quali si rivolge non può che rifarsi a tale modello in cui è essenziale il ruolo del case manager, che, tenuto conto delle conoscenze e competenze acquisite nel CdL in Medicina e Chirurgia e della formazione di terzo livello in ambito nutrizionale, non può che essere il medico, Clinico della Nutrizione.

Prescrizione nutrizionale

La prescrizione nutrizionale, a prescindere dalle motivazioni che la richiedono, è un atto terapeutico che richiede una diagnosi e una prescrizione, che, tenuto conto della complessità del quadro clinico dei pazienti ai quali si rivolge la Nutrizione Clinica, non possono che essere di competenza unicamente del medico, Clinico della Nutrizione.

Nutrizione (2)

1. di base

La nutrizione di base è la disciplina che si occupa dei fondamenti scientifici della nutrizione umana. Si interessa in primo luogo degli aspetti molecolari, genetici, biochimici, fisiologici e metabolici che riguardano il meccanismo d'azione, gli effetti nutrizionali dei componenti degli alimenti (nutrienti e sostanze non nutrienti), la loro azione integrata nell'organismo e i relativi sistemi di regolazione.

2. applicata

La nutrizione applicata è la disciplina che si occupa delle relazioni tra alimentazione e stato di salute e benessere nella popolazione generale. In tale ambito si interessa della promozione della sana alimentazione, della prevenzione della malnutrizione (per eccesso, per difetto e /o selettiva) e delle malattie a componente nutrizionale, e della dietetica di gruppi e comunità di individui sani.

3. clinica

La Nutrizione Clinica è la disciplina medica che si occupa dei rapporti tra stato di nutrizione e salute dell'uomo in presenza di stati patologici acuti e/o cronici, in tutte le età della vita. Si interessa in particolare di valutare, prevenire, diagnosticare e curare la malnutrizione (*per eccesso, per difetto e/o selettiva*) e le alterazioni metaboliche nel malato, in gruppi di malati e nell'individuo a rischio nutrizionale.

Sulla base delle conoscenze e competenze acquisite durante i diversi Corsi di Laurea è lecito pensare che:

- tutte le figure professionali che hanno conoscenze e competenze in ambito nutrizionale (medico, biologo con competenze in ambito nutrizionale, dietista) possano svolgere attività nella Nutrizione di Base e nella Nutrizione Applicata;
- il medico, Clinico della Nutrizione debba svolgere nell'ambito della Nutrizione Clinica il ruolo di case manager essendo l'unico che ha conoscenze e competenze (che gli derivano dal CdL e dalla formazione di terzo livello in ambito nutrizionale) che gli consentono di valutare in maniera corretta la complessità del quadro clinico del paziente cui si rivolge la Nutrizione Clinica, di prescrivere su tale base l'intervento nutrizionale, di valutare in maniera completa l'esito dell'intervento terapeutico in ambito nutrizionale;

tutte le altre figure professionali citate nel presente documento (biologo con competenze in ambito nutrizionale, dietista, infermiere, psicologo, fisioterapista, laureato in scienze motorie), tenuto conto delle conoscenze e competenze acquisite nei rispettivi corsi di studio e della complessità dei quadri clinici e degli interventi nutrizionali che caratterizzano i pazienti ai quali si indirizza la Nutrizione Clinica, possono svolgere un ruolo importante sempre e comunque a supporto dell'attività del medico case-manager.