

Ruolo del Dietista nella gestione nutrizionale del paziente affetto da disturbo alimentare

Giovanna Cecchetto, Silvana Declich, Carla Gagliardini, Cetty Latina, Loretta Pennacchi, Mariangela Salucci, Sonia Stella, Giulia Tarrini, Adelina Zanella

(Gruppo di lavoro ANDID DA)

Presentazione:

I DA come Poliedro. I Disturbi Alimentari (DA) possono essere considerati alla stregua di un poliedro con molteplici facce eclettiche, coese l'una con l'altra, certamente non tutte uguali della forma e nella dimensione, ma assolutamente integrate l'una con l'altra senza un netto confine e caratterizzate da un reciprocità di interazioni transvarianti. Ad ogni faccia del Poliedro DA corrisponde una Disciplina col relativo Professionista che va dallo Psichiatra allo Psicologo Terapeuta Familiare, dallo Psicanalista allo Psicologo Cognitivista e Costruttivista, dall'Endocrinologo all'Internista, dallo Specialista della Nutrizione Clinica al Fisiologo della Nutrizione e al Biologo Molecolare, ecc.

Necessità di un intervento sui "comportamenti". In questa caleidoscopica e molteplice serie di competenze professionali e disciplinari si deve inserire il Dietista col suo ruolo tecnico di base che oggi ha assunto il rango accademico della Laurea. L'inserimento del Dietista, come quello di qualsiasi altro Professionista, non è facile perché si affacciano pesantemente, al momento della pratica clinica, sia comportamenti "normali" sostenuti da abitudini inveterate e stigmatizzate dalle tradizioni e dalle usanze antropologiche, sia comportamenti che si identificano in una serie di patologie psicologico-psichiatriche, a volte assai gravi, che vanno dalla depressione ai disturbi caratteriali e di personalità. In queste condizioni, dove il modello del Team Approach Multiprofessionale e Multidisciplinare Integrato rende assai complesso l'esercizio del proprio ruolo, anche se ad elevati ed eccellenti livelli, il Dietista, come tutti gli altri Professionisti, si trova in difficoltà se non sono chiaramente delineati gli ambiti di competenza specifici per ognuno dei Professionisti. Questa Posizione è un tentativo autorevole dell'ANDID basato sulle evidenze della letteratura che valorizza e caratterizza il lavoro specifico del ruolo nutrizionale dove le sovrapposizioni sono spesso un ostacolo. Pertanto questa posizione è di estrema utilità all'intero e all'esterno della professione del Dietista poiché non esistono in letteratura elaborazioni analoghe.

Non ultimo questa posizione è anche utile per tutti gli altri professionisti del Team che possono riconoscere con chiarezza di "chi fa che cosa"

Le condizioni cliniche da affrontare. Infine l'impegno del Dietista deve differenziarsi sul piano metodologico in condizioni cliniche estremamente differenti, quali: 1. la restrizione che accompagna la magrezza dell'Anoressia Nervosa; 2. la perdita del controllo tipica della Bulimia Nervosa e del Binge Eating Disorder; 3. i comportamenti compensatori caratterizzati dal vomito autoindotto, dall'esercizio fisico compulsivo, dall'uso-abuso di diuretici e lassativi fino all'abuso di sostanze come l'alcool e gli stupefacenti; 4. le comorbidità psicologico-psichiatriche che si accompagnano a resistenze per la compliance; 5. l'eccesso ponderale con la conseguente richiesta del dimagrimento che sarà raggiunto con grande difficoltà e in modo effimero. Queste condizioni cliniche richiedono un management appropriato, sempre frutto di una capillare formazione.

La ridefinizione del ruolo. Queste sono le premesse concettuali che devono indirizzare il Dietista, che vuole affrontare il raggiungimento di una specificità professionale adeguata, ad abbracciare quella metodologia di formazione che unicamente può soddisfare la ridefinizione del ruolo, in particolare, per l'acquisizione un nuovo modello professionale.

Infatti il modello tradizionale, in cui la maggior parte dei professionisti si sono formati, ha fornito concrete soluzioni per la maggior parte delle patologie, mentre nel campo dei DA si deve considerare l'elevato grado di insuccessi e si devono ridefinire i ruoli di tutti i professionisti, Dietisti compresi.

Un messaggio accademico. Condivido quanto affermato nel testo della Posizione: *“Sotto questo profilo la formazione universitaria dovrebbe garantire un'adeguata preparazione teorica e pratica nell'ambito del trattamento dei DA. Allo scopo di favorire l'acquisizione di competenze teorico-pratiche appropriate, è opportuno che l'attività di tirocinio pratico sia svolta presso servizi del SSN dedicati ai DA, sotto la supervisione di un dietista esperto. È inoltre auspicabile una formazione specifica nell'ambito della Terapia Cognitivo-Comportamentale e delle tecniche della comunicazione, educazione e counseling nutrizionali”.* In attesa di migliori soluzioni i professionisti si devono muovere verso un nuovo paradigma, l'Approccio dell'Empowerment come processo di ampliamento delle possibilità che una persona può praticare e rendere operative attraverso l'uso delle proprie risorse.

Il Cambiamento. Si tratta di un modello necessario per aiutare tutti i professionisti, pazienti compresi, ad attuare il cambiamento degli stili terapeutici dei professionisti e degli stili di vita dannosi per la salute dei pazienti.

Questa prefazione, che fa perno sulla formazione del Dietista per acquisire un nuovo ruolo professionale, rappresenta il distillato di pensiero di un Professionista che ha lavorato in stretta collaborazione in una equipe multidisciplinare per tutto l'arco del suo mandato istituzionale, con la reciprocità di ricadute interattive: **Formare per essere Formato.**

Nazario Melchionda, Presidente SISDCA

1. Background

I Disturbi Alimentari (DA) rappresentano un motivo di preoccupazione crescente nei paesi occidentali industrializzati. Una recente rassegna documenta una prevalenza dello 0.48% per l'Anoressia Nervosa (AN) dello 0.51% per la Bulimia Nervosa (BN) e dell'1.12% per il Disturbo da Alimentazione Incontrollata (DAI) ⁽¹⁾. Nei Paesi Occidentali, l'incidenza dell'AN è stimata in 8 casi e quelli della BN in 12 casi per 100.000 persone.

La visione multifattoriale dei DA, ha orientato ad interventi clinici integrati ed articolati ⁽²⁾. I DA sono infatti determinati da un complesso insieme di fattori socio-culturali, individuali e familiari distinti in:

- 1) fattori predisponenti (genetica, età, genere femminile, obesità infantile, familiarità per obesità o per disturbi dell'umore, tratti di personalità, caratteristiche familiari, fattori socio-culturali quali l'idealizzazione della magrezza, i pregiudizi nei confronti dell'obesità, la manipolazione industriale e la palatabilità del cibo);
- 2) fattori precipitanti (separazioni, lutti, la frequente adesione alle diete ⁽³⁾, stress, elevata performance nello sport e tra i pari);
- 3) fattori di mantenimento (vantaggi secondari della malattia, potere sulla famiglia, effetti del digiuno)
- 4) fattori iatrogeni come la prescrizioni dietetiche (Key et al; Polivy), la rialimentazione forzata e/o i ricoveri non concordati con il paziente (Ramsay, 1999).

L'American Dietetic Association (ADA) afferma che: ⁽⁴⁾

1. L'intervento nutrizionale è una componente essenziale del trattamento dei DA
2. La natura dei DA richiede un approccio collaborativo da parte di un Team multi-disciplinare
3. Il Dietista esperto è un membro integrato del trattamento in Team
4. Il Dietista esperto provvede al Counseling Nutrizionale, riconosce i segni clinici e sostiene il monitoraggio medico, la psicoterapia e farmacoterapia.

La terapia cognitivo-comportamentale possiede evidenza di efficacia nel trattamento della BN e del DAI. ^(3,4,5,23) L'ADA prevede la possibilità di utilizzo della terapia cognitivo-comportamentale nell'ambito dell'intervento nutrizionale, riconoscendola come terapia principale per i pazienti con BN e come terapia da prendere in considerazione per il trattamento dell'AN e del DAI. Essa è infatti efficace nel ridurre gli episodi compulsivi e gli atti compensatori (es. vomito) nei bulimici e favorisce una migliore risposta alla cura nei soggetti con AN. ⁽⁴⁾

Per il caso specifico dell'obesità, la ricerca dimostra che è possibile superare i limiti della semplice prescrizione di comportamenti, privilegiando gli aspetti educativi, basati sulla collaborazione e partecipazione attiva del paziente al processo di cambiamento/guarigione. ^(5,6)

Nonostante i DA siano oggetto di un crescente numero di studi, molte raccomandazioni sono basate sul parere di esperti, e sono pochi i dati provenienti da studi randomizzati controllati e rassegne sistematiche ⁽³⁾

2. Posizione

É posizione dell'ANDID che il Dietista impegnato nel trattamento nutrizionale dei DA:

- 1) ponga al centro del proprio intervento il paziente e le sue esigenze;
- 2) collabori attivamente con gli altri membri del team, per attuare il suo ruolo specifico;
- 3) possenga una formazione specifica ed un aggiornamento continuo nell'ambito dei DA;
- 4) valuti costantemente l'efficacia della sua prestazione.

2.1 Centralità del paziente

Applicando i principi della Medicina Basata sull'Evidenza ^(8,9), il Dietista impiega il proprio giudizio professionale per adattare la migliore evidenza fornita dalla ricerca alla situazione clinica e personale del singolo paziente. Nella pratica professionale il dietista applica le indicazioni fornite dalle linee guida nazionali ed internazionali.

2.2 Ruolo del dietista

Il Dietista partecipa alla definizione del livello di cura e all'elaborazione del programma terapeutico, valutando lo stato nutrizionale del paziente, elaborando il Piano di Riabilitazione Nutrizionale (PRN) personalizzato o di gruppo.

Il Dietista esperto in DA deve essere in grado di: 1) valutare gli elementi del quadro clinico e gli esami bioumorali relativi allo stato nutrizionale; 2) riconoscere segni e sintomi dell'alterata funzionalità d'organo, associata alle pratiche di compenso (vomito autoindotto, abuso di lassativi e diuretici, ecc) 3) identificare i pensieri disfunzionali relativi al cibo, al peso e alla dieta; 4) valutare e tenere in considerazione la disponibilità e la reale abilità del paziente nella modificazione del comportamento; 5) concordare con il paziente gli obiettivi nutrizionali 6) monitorare l'adesione del paziente al PRN e valutarne i risultati; 7) instaurare relazioni collaborative con i parenti dei pazienti (genitori e famiglia).

La valutazione dello stato nutrizionale comprende la valutazione della composizione corporea, del bilancio energetico e della funzionalità corporea. L'interesse del Dietista verso la composizione corporea e il dispendio energetico è di tipo funzionale perché entrambi influenzano la funzionalità corporea e lo stato di salute, condizionando, in caso di denutrizione severa, l'efficacia della psicoterapia e la sopravvivenza stessa.

La tecnica di riferimento per la valutazione della composizione corporea nella pratica clinica è l'antropometria. ^(21, 22) La valutazione antropometrica di primo livello è rappresentata dalla misurazione del peso corporeo, della statura e della circonferenza della vita; nel caso di un paziente gravemente denutrito, ovvero nei casi in cui la rilevazione del peso sia fonte di eccessiva ansia per il paziente, può essere utile una valutazione antropometrica di secondo livello che comprende la misurazione della circonferenza del braccio e delle pliche tricipitale e sottoscapolare; in età pediatrica, la valutazione antropometrica comprende la misurazione di parametri auxologici specifici.

Il *bilancio energetico* rappresenta la differenza tra l'introito e il dispendio energetico. Il Dietista valuta l'introito energetico utilizzando la storia dietetica e/o altri strumenti di rilevazione degli introiti (recall delle 24 ore - Diario alimentare) La storia dietetica viene condotta con un intento quali-quantitativo, bio-psico-sociale e pedagogico. Sul versante quantitativo, la storia dietetica viene utilizzata per investigare: 1) energia, 2) proteine (totali e percentuale ad alto valore biologico), 3) lipidi, 4) colesterolo, 5) carboidrati, 6) fibra, 7) alcool. Sul versante qualitativo, essa è utilizzata per investigare: 1) modalità di consumo dei pasti), 2) pratiche di compenso (tipologia, modalità, frequenza), 3) comportamenti compulsivi e perdite di controllo (modalità e frequenza) 4) comportamenti restrittivi (modalità e frequenza), 5) segnali di fame e sazietà (percezione, intensità), 6) presenza di segni o sintomi a carico dell'apparato digerente 7) storia ponderale, 8) storia dietetica pregressa, 9) ciclo mestruale, 10) allergie e intolleranze alimentari, 11) interazioni farmaco nutrizionali, 12) correlazioni tra stati emotivi e consumo di cibo, 13) associazione tra cibi specifici e condotte fobiche e ansiose, 14) attività fisica (tipologia, modalità e durata). Sul versante cognitivo e socio-culturale, vengono valutati gli aspetti relazionali familiari e sociali (in rapporto al cibo, al peso e all'immagine corporea), le abitudini alimentari familiari, i comportamenti nelle

situazioni potenzialmente ansiogene (ristorante, fast-food, pizzeria, ricorrenze familiari e sociali) e i pensieri disfunzionali. La storia dietetica, effettuata da un Dietista esperto, rappresenta lo strumento centrale per instaurare una relazione di fiducia, motivare il paziente e personalizzare il PRN. E' opinione dell'ANDID che la capacità di coniugare nella giusta misura gli aspetti biologici e psico-sociali della storia Dietetica costituisca la capacità centrale del Dietista esperto in DA. ⁽²⁴⁾ Il Dietista stima il dispendio energetico attraverso l'utilizzo di algoritmi predittivi e sottopone il valore stimato al vaglio critico della storia dietetica e della composizione corporea controllata longitudinalmente.

La valutazione della funzionalità corporea comprende l'interpretazione degli esami bioumorali dello stato nutrizionale. Il PRN si pone come obiettivi finali: 1) la normalizzazione dell'alimentazione, 2) l'acquisizione di sensazioni fisiologiche di fame e sazietà, 3) la correzione delle conseguenze biologiche e psicologiche della malnutrizione e 4) il ripristino del peso entro limiti accettabili.⁽³⁾ ⁽⁴⁾ Il PRN non mira soltanto a favorire l'adozione di un modello alimentare bilanciato, ma anche e soprattutto alla modificazione degli atteggiamenti e dei comportamenti nei confronti del cibo ed è orientato alla risoluzione dei problemi. ^{(10,11).}

Premessa indispensabile per il PRN è l'instaurazione di una relazione di fiducia e di collaborazione tra Dietista e Paziente.

Gli obiettivi a breve e medio termine in presenza di comportamenti restrittivi sono: 1) riduzione della condotta restrittiva, 2) miglioramento della qualità dell'alimentazione; 3) prevenzione o riduzione del rischio di abbuffate. In presenza di comportamenti compensatori (vomito autoindotto, uso di lassativi, uso di diuretici, ecc.), sono obiettivi prioritari: 1) il controllo e la riduzione dell'ansia e della paura causate dalla fame e dalle perdite di controllo, 2) la riduzione del rischio di abbuffate e del conseguente ricorso alle pratiche di compenso con l'interruzione dei circoli viziosi conseguenti alla restrizione e al digiuno, 3) la promozione dell'autostima e della capacità di autogestione. Gli obiettivi di "peso salutare" (determinato in base all'Indice di Massa Corporea o ai percentili di IMC per età e sesso), devono essere raggiunti gradualmente, discussi e concordati con il paziente all'interno del PRN tenendo conto del loro effetto ansiogeno; inizialmente può essere sufficiente bloccare il calo ponderale.⁽³⁾ E' opinione dell'ANDID che anche in presenza di grave rischio nutrizionale e in regime di ospedalizzazione, il raggiungimento degli obiettivi di peso raccomandati necessiti, ove possibile, di una condivisione e di una definizione concordata del piano nutrizionale ^(3,4) Nel caso della Nutrizione Artificiale (NA), praticata come intervento concordato o salvavita, il Dietista sostiene ed orienta il paziente ad assumere o mantenere un minimo di alimentazione per os, nell'ottica dell'alleanza terapeutica e della continuità assistenziale. La promozione della compliance/concordance è favorita da metodologie di approccio fondate sui principi della terapia cognitivo-comportamentale ⁽¹²⁾ (occorre porre particolare attenzione alla "destrutturazione e ristrutturazione cognitiva" dei pensieri disfunzionali) e ai fattori psico-biologici. La considerazione di questi ultimi è essenziale per la "resincronizzazione" del complesso sistema di autoregolarizzazione ⁽¹³⁾ Sono tecniche di supporto per il raggiungimento di questi obiettivi: 1) il counseling e altre tecniche motivazionali 2)

il pasto assistito ⁽¹⁴⁾, 3) la conduzione di gruppi psicoeducazionali e 4) l'utilizzo di strumenti specifici basati sull'automonitoraggio (come il Diario Alimentare) ^(15, 16,17)

Le parole chiave del PRN sono: educazione nutrizionale, pianificazione dei pasti, organizzazione di modelli alimentari regolari e disapprovazione di regimi dietetici.⁽⁴⁾ Alla luce delle evidenze disponibili e delle esperienze acquisite nell'ambito del trattamento delle patologie cronico-degenerative (obesità, diabete, cardiopatie)^(6,7,18,19, 20) e degli stessi DA ^(3,4) l'ANDID ritiene che l'approccio prescrittivo presenti numerose criticità in relazione alle possibili conflittualità nei confronti degli obiettivi riabilitativi, con particolare riferimento al rischio di incremento della dipendenza dalla dieta, dell'aumento dell'ansia, delle fobie per il cibo e della possibilità di ricadute.

2.3 Formazione e aggiornamento

La formazione universitaria dovrebbe garantire un'adeguata preparazione teorica e pratica nell'ambito del trattamento dei DA. Allo scopo di favorire l'acquisizione di competenze teorico pratiche appropriate, è opportuno che l'attività di tirocinio pratico sia svolta presso servizi del SSN dedicati ai DA, sotto la supervisione di un dietista esperto. È inoltre auspicabile una formazione specifica nell'ambito della terapia cognitivo-comportamentale e delle tecniche della comunicazione, educazione e counseling nutrizionali.

Per quanto attiene alla formazione continua in Medicina, l'ANDID auspica che almeno il 50% dei crediti sia ottenuto da eventi relativi ai DA

2.4 Valutazione dell'efficacia della prestazione

Il Dietista valuta e comunica regolarmente agli altri membri del team lo stato di adesione del paziente al PRN. Gli obiettivi individuati in collaborazione con il team e concordati con il paziente, vengono controllati ed aggiornati in relazione al grado di compliance/concordance e alle condizioni cliniche. Tutti i dati vengono riportati sulla cartella dietistica, messa a disposizione del team.

La durata della prestazione è un fattore che condiziona profondamente la qualità dell'assistenza nutrizionale del paziente con DA. La durata del trattamento e la frequenza dei controlli sono condizionate dalle caratteristiche del paziente (capacità e motivazione), dallo stato di nutrizione, dal grado di motivazione e dal setting di cura.

Sono richiesti almeno 12-16 incontri nei primi 3-4 mesi, ciascuno della durata di circa 60' e a cadenza settimanale. Gli incontri successivi a questa prima serie dovrebbero durare 45 - 60 minuti ⁽²⁵⁾

3. Bibliografia

1. Preti A, Girolamo G, Vilagut G, et al : The epidemiology of eating disorders in six European countries: results of the ESEMeD-WMH project, J Psychiatric Res. 2009 Sep.; 43 (14): 1125-32. Epub 2009, May 8
2. Geller J. L. Harris M., On the Usefulness of the first-person account in " Hospital And Community Psychiatry, 1994, 45, pp 323-324
3. American Psychiatric Association: Practice Guidelines for Treatment of Patients with Eating Disorders, 3th Edition, July 2006
4. Position of the American Dietetic Association: Nutrition Intervention in the Treatment of Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, and Other Eating Disorders, J.A.D.A. - Volume 106, Issue 12, Dec. 2006
5. N.D. Bulik, C.M. Brownley, K.A., Sedway, J.A., Rooks, A & Gartlehner, G. Berkman: Management of Eating Disorders. Evidence Report/Technology/Assessment, 2006
6. Melchionda N: L'Obesità: Evoluzione della Terapia. Management Multi-dimensionale a breve e lungo termine, Edizioni Pendragon, Bologna.
7. Linee Guida Italiane Obesità, LiGIO'99, Identificare, Valutare, Trattare, Task Force Obesità Italia (TFOI), Edizioni Pendragon, Bologna)
8. Gray EG, Gray LK. Evidence-based medicine: applications in dietetic practice. J Am Diet Assoc 2002; 102:1263-1272
9. Sackett DL, Strauss SE, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Evidence-based Medicine. Edinburgh: Churchill-Livingstone, 2000
10. M.Cuzzolaro, M.R.Bollea, M.Khazrai: Manuale di nutrizione clinica e scienze dietetiche applicate, cap. 46, pag.573-584, SEU 2006
11. R. Ostuzzi: La riabilitazione psiconutrizionale dei disturbi del comportamento alimentare. Quon 1997; 4: 13-3
12. Fairburn, C G, M.D. Marcus, G.T Wilson. Cognitive-behavioral therapy for binge eating and Bulimia nervosa. (1993
13. J.E. Blundell. : "the psychobiological approach to appetite and weight control; Eating Disorders And Obesity. Brownell KD, Fairburn CG. Guilford Press, New York1995. 13-20.
14. Garner, D.M., P.E. Garfinkel: Handbook of treatment for eating disorders. Guilford Press, 199
15. Caras., Personal accounts: Disabled :One more label, in " Hospital and Community Psychiatric", 1994 , 45, pp 323 -324
16. Browell K.D. The learn program for weight control: lifestyle, exercise, attitude, relationship, Nutrition; Paperback 1997
17. C.G.Fairburn: "Cognitive -behavioral therapy for Beinge-eating and Bulimia Nervosa: a comprehensive treatment manual", 1981



18. Franz MJ, Bantle JP, Beebe CA, et al. Nutrition principles and recommendations in diabetes. *Diabetes Care* 2004; 27 Suppl 1:S36-46
19. National Heart, Lung, and Blood Institute. American College of Cardiology Foundation. American Heart Association, Grundy SM e Coll. *Circulation*. 227-39, implications of recent clinical trials for the National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III guidelines
20. Seagle HM: Position of the American Dietetic Association: weight management, *J Am Diet Assoc.* 2009, Feb; 109 (2): 330-
21. Posizione ANDID: Ruolo del Dietista nella prevenzione e nel trattamento della malnutrizione per difetto
22. G. Bedogni, G.Cecchetto “ Manuale Andid di Valutazione dello Stato Nutrizionale”, Società Editrice Universo, 1° Edizione, Roma 2009.
23. Brownley KA, Berkman ND, Seway JA, et al. Binge eating disorder treatment: a systematic review of randomized controlled trials. *Int J Eat. Disord.* 40, 337-48 2000
24. Il Dietista e la pratica professionale: posizioni dell'ANDID
25. Nationale Institute for Clinical Excellence (NICE) . Eating Disorders. National Collaborative Centre for Mental Health, British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrics: 85 NICE Clinical Guideline N°9, January 2004.