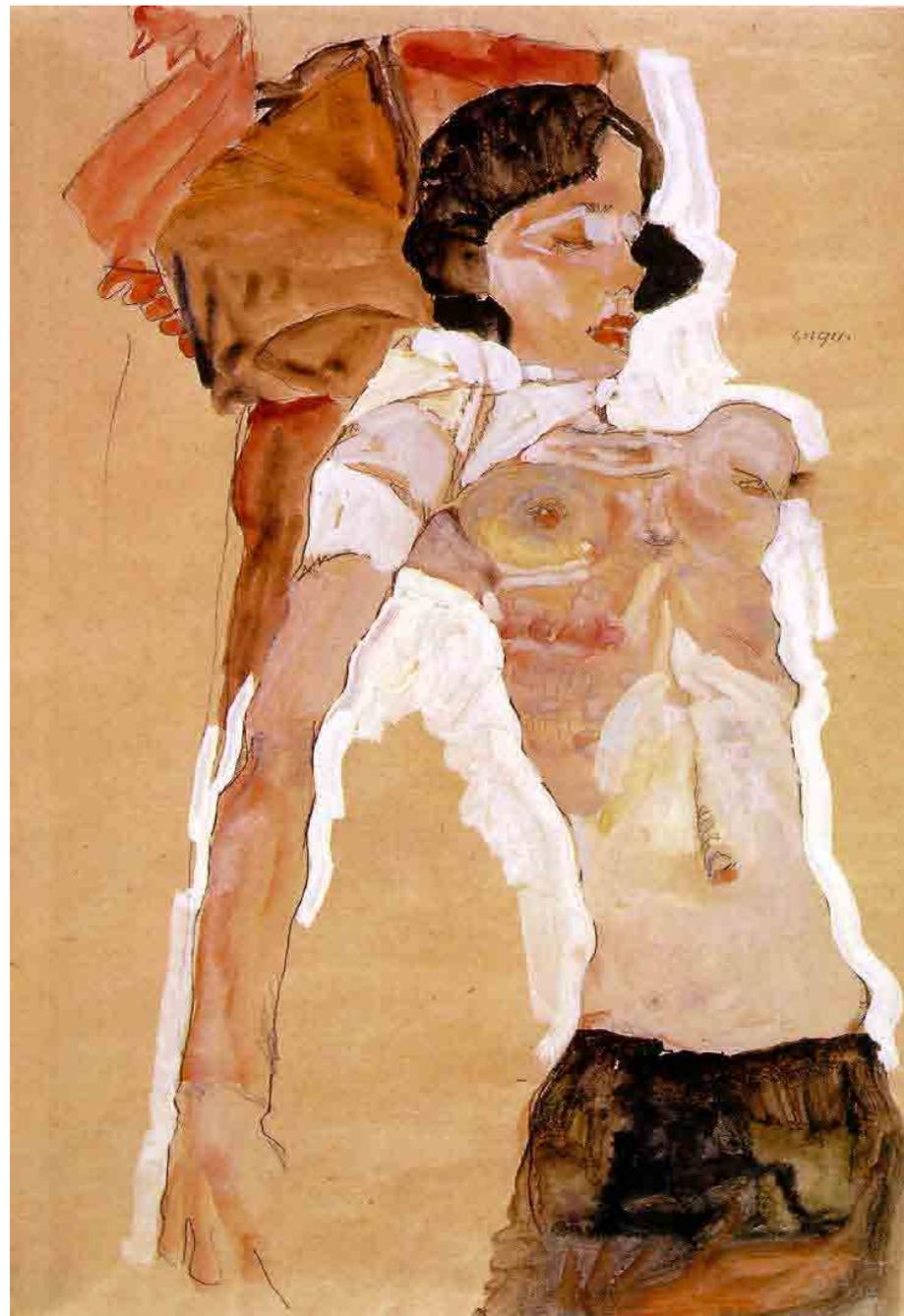


Ruolo del dietista nel Trattamento dei Disturbi del Comportamento Alimentare

Dott.ssa Anna Pomarico



 **Primo Congresso
Interregionale
AME Sud - Italia**
Responsabile Scientifico Vincenzo Triggiani

**Primo Congresso
Interregionale
ANIED Sud - Italia**


Matera, 9-10 Maggio 2014 - HILTON GARDEN INN

Comitato Organizzatore e Scientifico:
Daniela Agosti, Marco Altarelli, Giorgio Borretta, Rosco Bruno, Andrea Caparelli, Antonio Caretto, Roberto Castello, Giuseppe Ciro, Giovanni De Paola, Giuseppe Esposito, Pierluca Gravafan, Vito Angelo Giugli, Edoardo Guastamacchia, Pietro Lanzetta, Feliciano Lo Pomo, Roberto Negro, Tommaso Novo, Enrico Papioti, Guido Perrella, Silvio Settembrini, Agostino Specchio, Vincenzo Triggiani, Giuseppe Turiano, Raffaele Volpe

I Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA)

sono condizioni estremamente complesse,
che hanno radici profonde in situazioni
psicologiche, biologiche e sociali.

Secondo la definizione più unanimemente condivisa dalla Comunità scientifica i
Disturbi del comportamento alimentare sono definiti come :

Persistenti disturbi del comportamento alimentare o di comportamenti finalizzati al controllo del peso corporeo, che danneggiano in modo significativo la salute fisica o il funzionamento psicologico e che non sono secondari a nessuna condizione medica o psichiatrica conosciuta.

(Faiburn 2003 -The Lancet)

DCA secondo il *DSM-IV*

1. Anoressia Nervosa (AN)
2. Bulimia Nervosa (BN)
3. EDNOS (Eating Disorders Not Otherwise Specified:
Disturbi alimentari non specificati)
4. Binge Eating Disorder (BED)

Nell'ultimo Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, DSM-V, l'intera classe diagnostica dei disturbi alimentari ha cambiato nome :

“Feeding and Eating Disorders”.

Accanto all' ANORESSIA e alla BULIMIA sono elencati altri disturbi :

- la **Pica** (consumo di sostanze non commestibili)
- il **Rumination disorder** (il rigurgito di sostanza ingerite)
- l' **Avoidant / restrictive food intake disorder** (mancanza di interesse per l' ingestione sufficiente di cibo)
- il **Binge eating disorder – BED** (disturbo da abbuffate compulsive)

Epidemiologia

Colpiscono con più frequenza le giovani donne e tendono ad essere molto mutevoli, anche nello stesso individuo.

L' **età di esordio** si è abbassata e non è raro trovare forme di disturbi del comportamento alimentare anche tra **bambini e pre-adolescenti**

Prevalenza *life-time*

numero di persone che hanno avuto la malattia nel corso della loro vita

-AN:	0.9%		0.3%	
-BN:	1.5%		0.5%	
-BED:	3.5%		2%	

Gli uomini rappresentano il **5-10%** di tutti i casi di anoressia.

Nei maschi le preoccupazioni per il peso e la forma del corpo sono spesso influenzate dall' impegno in attività atletiche.

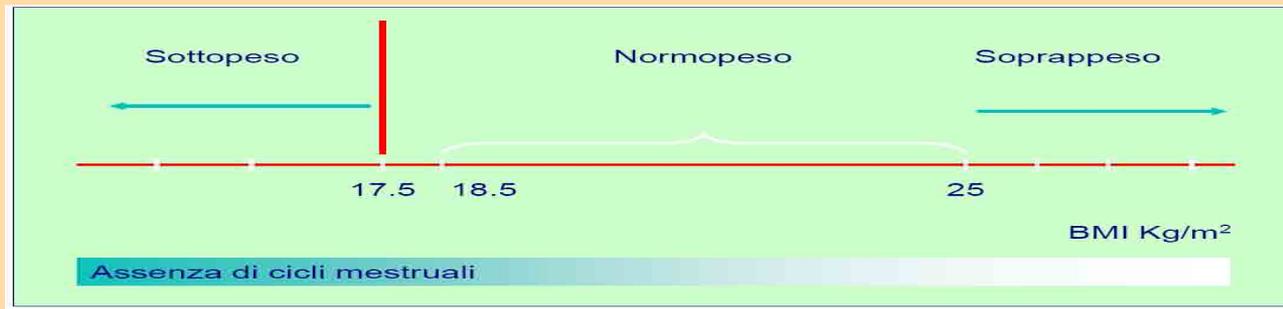
L' **ossessione per l' esercizio** fisico e la preoccupazione estrema per le dimensioni della muscolatura sono state anche indicate con il termine di **"VIGORESSIA"**

ANORESSIA NERVOSA

criteri diagnostici

“**anorexia**”
mancanza di
appetito

- Peso < **85%** dell' atteso
- Intensa paura dell' aumento del peso(in presenza di sottopeso)
- Impropria percezione del proprio corpo
- Rifiuto assoluto di ammettere lo stato di malattia
- **Amenorrea** (assenza di 3 cicli mestruali consecutivi)



ANORESSIA NERVOSA

sottotipi

Restrizione

ridotta assunzione di cibo, attività fisica estrema,
senza regolari condotte di eliminazione

Abbuffate /Condotte di Eliminazione

il soggetto presenta regolarmente abbuffate e/o
condotte di eliminazione (per esempio vomito
autoindotto, uso inappropriato di lassativi,
diuretici o enteroclistmi)

BULIMIA NERVOSA

criteri diagnostici

■ "BULIMIA"
Fame da bue

- Ricorrenti abbuffate.
- Ricorrenti ed inappropriate condotte compensatorie per prevenire l'aumento di peso, come vomito autoindotto, abuso di lassativi, di diuretici, di enteroclistmi o di altri farmaci, digiuno o esercizio fisico eccessivo.
- Le abbuffate e le condotte compensatorie si verificano entrambe in media almeno due volte alla settimana, per tre mesi.
- I livelli di autostima sono indebitamente influenzati dalla forma e dal peso corporeo

BULIMIA NERVOSA

sottotipi

CON CONDOTTE DI ELIMINAZIONE

vomito autoindotto, uso di diuretici, lassativi, esercizio fisica

SENZA CONDOTTE DI ELIMINAZIONE

il soggetto utilizza regolarmente comportamenti compensatori inappropriati tipo il digiuno o eccessivo esercizio fisico ma

NON ELIMINATORI

BULIMIA NERVOSA

I pazienti affetti da bulimia nervosa hanno di solito un **peso normale**, anche se in qualche caso possono essere in **sovrappeso**.

Al di fuori delle abbuffate il paziente bulimico spesso cerca di seguire un regime alimentare molto ristretto, iniziando un ciclo alternante di dieta e crisi bulimiche che spesso consolida e mantiene il disturbo stesso.

BED Binge eating disorder

Il Disturbo da Alimentazione Incontrollata è un disturbo che si caratterizza per la presenza di crisi bulimiche in assenza di comportamenti compensatori inappropriati.

TRATTAMENTO INTEGRATO DCA

L'approccio più efficace per il trattamento dei DCA è quello **MULTIDISCIPLINARE ED INTEGRATO.**

Ogni membro del team multidisciplinare lavora con compiti specifici all'interno di un programma terapeutico discusso e concordato in dettaglio

Il Team tecnico interdisciplinare

comprende le figure dei nutrizionisti (medico dietologo e dietista), psichiatri, psicologi, endocrinologi e ginecologi etc che collaborano nel percorso di valutazione, nella formulazione della diagnosi e nell'attuazione del percorso terapeutico.



L'ASM nel 2008 ha istituito il
**SERVIZIO PER IL TRATTAMENTO DEI DISTURBI
DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE**

Protocollo operativo interdipartimentale

Dal punto di vista organizzativo il Servizio è formato da:

1. **DIPARTIMENTO MEDICO**
2. **DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE**
3. **DIPARTIMENTO DI NEUROPSICHIATRIA- INFANTILE**
4. **DIPARTIMENTO MATERNO-INFANTILE**

SERVIZIO PER I DCA

Protocollo operativo interdipartimentale

Trattamento step by step per DCA

- Accoglienza
- Valutazione psichiatrica e psicologica
- Valutazione comportamentale
- Valutazione medico nutrizionale → dietista
- Formulazione diagnosi
- Definizione percorso terapeutico → dietista
- Monitoraggio percorso clinico- terapeutico

Il percorso terapeutico è personalizzato e dipende dalle condizioni cliniche e psichiatriche del paziente

Può essere:

- **AMBULATORIALE** (paziente in buon compenso organico e psichiatrico)
- **DAY HOSPITAL** (pazienti che necessitano di brevi trattamenti nutrizionali o psichiatrici o altre consulenze)
- **RICOVERO ORDINARIO** (pazienti con grave compromissione dello stato nutrizionale o complicanze mediche che necessitano di monitoraggio continuo delle condizioni cliniche e supporto nutrizionale con NA)
- **TSO** (gravissime condizioni cliniche o grave patologia psichiatrica)

LA DIFFERENZA TRA DIETOLOGO E DIETISTA in particolare nell'ambulatorio per DCA

DIETOLOGO: il dietologo è un medico specializzato in nutrizione.

Le peculiarità del dietologo sono:

1. Raccolta dell'anamnesi patologica remota e prossima.
2. Esame obiettivo (volto in particolare alla valutazione dello stato nutrizionale: valutazione della disposizione del tessuto adiposo, della qualità delle masse muscolari ...)
3. Valutazione - richiesta esami emato-chimici e/o strumentali.
4. Prescrizioni di farmaci , integratori.
5. Richiesta visite specialistiche.

DIETISTA: il dietista è un tecnico della nutrizione.

Le peculiarità del dietista sono:

1. Raccolta dell'anamnesi alimentare remota e prossima.
2. Stesura del piano nutrizionale.
3. Consiglio di eventuali integratori.
4. Controllo della compliance alla terapia dietetica.
5. Consiglia strategie comportamentali.

Dietista

1. Valuta l'aderenza alla terapia dietetica proposta.
2. Propone nuovi obiettivi per proseguire il percorso terapeutico.
3. Invia il paziente periodicamente dal medico dietologo.



1. Valuta l'aderenza alla terapia dietetica proposta

L DIARIO ALIMENTARE: STRUMENTO DIAGNOSTICO E TERAPEUTICO

1. guida all' **autoservazione** e all' **autovalutazione** del comportamento alimentare
2. mezzo per stimolare il coinvolgimento attivo del paziente e per stabilire un **clima di collaborazione**
3. favorisce l' **autoconsapevolezza** rispetto a circostanze ambientali ed emozioni che influenzano il comportamento alimentare

DIARIO ALIMENTARE

DATA 22-03-14

Ora Luogo Cibo e bevande consumate

9,00 al bar Espresso + cornetti
di cioccolato

13,00 casa mia Brodo di carne di
tacchino con pasta

18,00 casa mia yogurt +
Bacchette energetiche

21,00 casa mia 2 Fettine di
maiale +
pane
Acqua

12,30 casa mia Pane con mozzarella

ATTIVITÀ FISICA

Ora Luogo Tipo di attività

19,00 paese corso passeggiata

GIORNO DELLA SETTIMANA SABATO

Quantità Sensazioni e commenti

1 Espresso
2 cornetti Avevo molte fame.

1/2 piatto di pasta
1 pezzo di tacchino Non avevo molta
fame. sono sazio
fili e piccino.

1 yogurt
1 bacchetta Fame non partecio
lo, ma briciole
della stamaca.

2 Fettine
1/2 Panino acqua
qualcosa di più Sta sera a cena
avevo molta fame
Avevo talmente fame
che ho perso il conto
su quanto pane di
brici mangiato.
Sono sazio.

7 fette di pane
Avevo moltissima fame.

Durata Sensazioni e commenti

1 ora Stavo bene, bella
serata.

2. Propone nuovi obiettivi per proseguire il percorso terapeutico

a) Concordare un peso desiderabile (stabilire il peso naturale)

Per stabilire il peso naturale si fa innanzitutto riferimento al peso precedente dell' insorgenza del disturbo dell' alimentazione

BMI 2 (obiettivo)



b) Pianificare l' alimentazione

quando, quanto, cosa, dove mangiare, in quanto tempo?

QUANDO mangiare ? Regularizzare la frequenza dei pasti con 3 pasti più 1 spuntino/die .

QUANTO ? Imparare a fare le giuste porzioni

COSA ? Aggiunta progressiva di nuovi alimenti

Concordare di volta in volta quantità e qualità degli alimenti da reintrodurre

DOVE ? Mangiare a casa con i familiari con lo scopo di riuscire ad assumere tranquillamente il cibo indipendentemente dal luogo e dalle persone presenti

IN QUANTO TEMPO ? Un tempo adeguato per consumare un pasto normale dovrebbe essere di 45-60min

c) Recuperare il rapporto con il cibo

Chi soffre di disturbi dell' alimentazione si trova di fronte a 2 problemi:

a) non riesce a capire quando ha fame o è sazio.

b) ha pensieri problematici nei confronti del peso e del cibo che lo inducono a seguire una dieta ferrea

La strategia più efficace quella di imparare a mangiare meccanicamente

SERVIZIO PER I DCA
PERCORSO TERAPEUTICO

MONITORAGGIO del PERCORSO CLINICO-TERAPEUTICO

Il Team multidisciplinare si riunisce ogni 15 giorni per la discussione dei casi clinici, con revisione critica e adozione di decisioni necessarie.

SERVIZIO PER I DCA

PERCORSO TERAPEUTICO

MONITORAGGIO del PERCORSO CLINICO-TERAPEUTICO

Il trattamento effettuato è verificato in relazione alla sua efficacia. Sono stati scelti 6 indicatori di efficacia che vengono valutati all'inizio del trattamento, dopo 6 mesi, dopo 1 anno, dopo 2 anni e alla fine del trattamento.

SERVIZIO PER I DCA

PERCORSO TERAPEUTICO

MONITORAGGIO PERCORSO CLINICO TERAPEUTICO

Gli indicatori scelti sono:

- BMI
- Riabilitazione nutrizionale
- Complicanze mediche
- Alterazioni psicologiche proprie dei DCA (pensieri ossessivi, autostima)
- Patologie psichiatriche associate
- Miglioramento della qualità di vita (sociale e lavorativa, autonomia, sessualità ecc.)

L'obiettivo è riportare gli indicatori entro valori accettabili per la salute del corpo e della mente.



Associazione Medici
Endocrinologi

Primo Congresso Interregionale AME Sud - Italia

Primo Congresso Interregionale ANIED Sud - Italia

Responsabile Scientifico Vincenzo Triggiani

GRAZIE !!!!!



Matera, 9-10 Maggio 2014 - HILTON GARDEN INN

Comitato Organizzatore e Scientifico:

Daniela Agrimi, Marco Affard, Giorgio Borretta, Rocco Bruno, Andrea Caparelli, Antonio Caretto, Roberto Castello, Giuseppe Citro, Giovanni De Pergola, Giuseppe Fanciulli, Piernicola Garofalo, Vito Angelo Giagulli, Edoardo Guastamacchia, Pietro Lanzetta, Feliciano Lo Pomo, Roberto Negro, Tommaso Novo, Enrico Papini, Guido Perrella, Silvio Settembrini, Agostino Specchio, Vincenzo Triggiani, Giuseppe Turiano, Raffaele Volpe