

RISPOSTE prova scritta n. 2

Domanda 1.

I LARN (Livelli Di Assunzione di Riferimento di Nutrienti ed energia per la popolazione italiana) individuano diversi valori di riferimento per la dieta. In dietetica individuale è preferibile utilizzare come valore di riferimento la Assunzione raccomandata per la popolazione (Population reference intake - PRI) o il Fabbisogno Medio (Average Requirement – AR) e per quali motivi?

PRI: il livello di assunzione del nutriente sufficiente a soddisfare il fabbisogno di quasi tutti (97.5%) i soggetti sani in uno specifico gruppo di popolazione.

AR: il livello di assunzione del nutriente che è sufficiente a soddisfare i fabbisogni del 50% di soggetti sani in uno specifico gruppo di popolazione

Non utilizzare l'AR come obiettivo di introduzione. Questo livello si associa ad una probabilità di inadeguatezza di circa il 50%. PRI mirare a questo livello di fabbisogno per rendere minima la probabilità di inadeguatezza. (Fonte: LARN IV edizione, 2016)

Domanda 2.

In condizioni di grave malnutrizione, in corso di Anoressia Nervosa, è preferibile ricorrere alla alimentazione parenterale o enterale tramite SNG, per quale motivo e quali sono le supplementazioni nutrizionali profilattiche da attuare in questa situazione

La nutrizione enterale con SNG è la prima scelta in quanto più fisiologica, più sicura e più facile da gestire rispetto alla parenterale. La nutrizione parenterale con CVC dovrebbe essere evitata per l'elevato rischio di infezioni da catetere. (fonte Linee guida per la riabilitazione nutrizionale dei DA, Min Salute.), supplementazioni profilattiche: P 05. – 0.8 mmol/kg/die; K 1 – 3 mmol/kg/die, Mg 0.3 – 0.4 mmol/kg/die, Na 1 mmol/kg/die, Tiamina + Vit complesso B (fonte Manuale per la cura e la prevenzione dei DAeO, 2017)

Domanda 3.

La Riabilitazione Psiconutrizionale Progressiva (RPP) rappresenta una best practice nel trattamento dei disturbi della alimentazione. In questo modello riabilitativo si utilizza la metodica della rialimentazione progressiva. La si descriva sinteticamente.

Per rialimentazione progressiva si intende che la progettazione del piano alimentare personalizzato parte da ciò che l'utente riesce effettivamente ad introdurre e che suscita la minore paura. In particolare, il primo obiettivo riabilitativo dal punto di vista nutrizionale è adattare caloricamente il piano alimentare in rapporto alle condizioni di malnutrizione, al rischio di sindrome da rialimentazione, alla severità del quadro psicopatologico e comportamentale del DA. Solo secondariamente, raggiunta una soddisfacente stabilizzazione del quadro clinico, il lavoro si concentra sull'ampliamento della varianza alimentare, ossia sulla espansione delle scelte alimentari in funzione dei desideri e della cultura della persona. Infatti, si tollerano scelte vegetariane, macrobiotica, etc. ma si scoraggiano scelte alimentari su cui si incida il DA come uso di prodotti light, dolcificanti, abitudini ortoressiche. (Fonte: *Mente coatta, corporeità, anoressia mentale, 2017.*)



Domanda 4.

Quali sono le caratteristiche cliniche del disturbo alimentare Evitante/ restrittivo (Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder ARFID) in età infantile ed in età adolescenziale.

- A. un disturbo della alimentazione e o della nutrizione (es apparente mancanza di interesse nella alimentazione o per il cibo, evitamento basato sulle caratteristiche sensoriali del cibo, preoccupazione rispetto a conseguenze negative della alimentazione) CHE SI MANIFESTA con la costante incapacità di soddisfare un modo adeguato i fabbisogni nutrizionali e e/o energetici associati con uno o piu dei seguenti sottocriteri:
 - a. significativa perdita di peso (o fallimento nel raggiungere il peso atteso o difetto di crescita nei bambini)
 - b. significativa carenza nutrizionale
 - c. dipendenza da alimentazione enterale o da integratori e supplementi
 - d. marcata interferenza con il funzionamento psicosociale
- B. il disturbo non è meglio spiegato dalla mancanza di cibo disponibile o da pratica culturale e religiosa
- C. il disturbo alimentare non compare esclusivamente durante il corso di anoressia o bulimia nervosa e non vi è evidenza di un disturbo della immagine corporea
- D. il disturbo alimentare non è attribuibile ad una concomitante condizione medica e non è meglio spiegato da un altro disturbo mentale

Quando il disturbo alimentare compare nel contesto di un'altra condizione o disturbo, la severità del disturbo alimentare supera ciò che di solito è associato con la condizione o disturbi e necessita di ulteriore attenzione clinica.

[Si manifesta in tutte le età ma principalmente nella infanzia\adolescenza; 60 maschi 40% femmine. I bambini mangiano solo pochi cibi e si rifiutano di assaggiarne di nuovi Di fronte ad un alimento sconosciuto reagiscono con disgusto e\o nausea. Negli adolescenti la restrizione è per lo più giustificata dalla paura di avere una indigestione, da ematofobia, dalla paura di soffocare, di manifestare sintomi somatici legati alle caratteristiche sensoriali degli alimenti. Il quadro clinico che ne deriva è moto simile alla anoressia nervosa con ritardo dell'accrescimento o decremento ponderale.]

(fonte: DMS 5, DIAGNOSTICAL AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS, 2013)

