

Fare di più non significa fare meglio

Le cinque pratiche a rischio d'inappropriatezza di cui medici e pazienti dovrebbero parlare

ASSOCIAZIONE ITALIANA DI DIETETICA E NUTRIZIONE CLINICA – ONLUS

FONDAZIONE ASSOCIAZIONE ITALIANA DI DIETETICA E NUTRIZIONE CLINICA (ADI)

1	<p>Non utilizzare i cosiddetti “test di intolleranza alimentare” come strumento per la terapia dietetica dell'obesità né per diagnosticare sospette intolleranze alimentari.</p> <p>Queste metodiche sono state impiegate negli ultimi anni per identificare supposte intolleranze alimentari e ultimamente per giustificare l'obesità. Sono basate su presupposti teorici che non hanno trovato riscontro nella evidenza scientifica (determinazione delle IgG4, analisi del capello, test di citotossicità, test elettrodermico “Vega”). Vi è quindi unanime consenso internazionale tra i professionisti che non seguono terapie cosiddette “alternative” nel non utilizzare tali indagini, per altro di costo elevato (300-500 Euro). Tali pratiche sono, inoltre, ad alto rischio di malnutrizione e ridotto accrescimento nei bambini e negli adolescenti, a causa della marcata riduzione della tipologia dei cibi da assumere e della notevole apprensione che ingenerano nelle persone.</p>
2	<p>Evitare di trattare obesità e disturbi dell'alimentazione con diete prestampate e in assenza di competenze multidimensionali.</p> <p>Tali patologie sono complesse perché croniche e ad etiologia polifattoriale. Devono perciò essere trattate contemporaneamente su più fronti: quello cognitivo-comportamentale, psicologico, nutrizionale, internistico e rieducativo motorio. Fondamentale poi il contatto professionale continuo e il counselling (approccio multidimensionale). Auspicabile il supporto di differenti specialisti in modo da affrontare a tutto tondo le problematiche biologiche, sociali, ambientali e comportamentali.</p>
3	<p>Non incoraggiare un uso estensivo e indiscriminato di integratori alimentari come fattori preventivi delle neoplasie e della patologia cardiovascolare.</p> <p>Recentemente si è molto stressata l'opinione pubblica sulla efficacia di integratori dietetici nella prevenzione delle malattie neoplastiche e cardiovascolari (acido folico, antiossidanti, calcio e Vit. D). L'Italia risulta il primo consumatore in Europa. I risultati in letteratura non sono univoci e a livello preventivo l'assunzione di alimenti che contengono i principi attivi (vegetali in primis), si è dimostrata più efficace degli integratori che li contengono. È pertanto auspicabile un uso più oculato degli integratori alimentari e solo per sopperire a condizioni di carenza documentate, anche perché non sono scevri da effetti collaterali negativi in caso di sovradosaggio.</p>
4	<p>Evitare in età evolutiva approcci a sovrappeso e obesità, restrittivi, di non dimostrata efficacia e non coinvolgenti la famiglia.</p> <p>Strategie per il controllo di sovrappeso e obesità in età evolutiva non evidence-based, quali diete fortemente ipocaloriche, diete non equilibrate o restrizioni dietetiche non associate a interventi sullo stile di vita, approcci esasperati all'attività fisica, non sufficiente coinvolgimento dell'ambito familiare, superficialità nella valutazione del tratto psicologico del giovane, inducono frequenti problemi di cronicizzazione del problema perché inefficaci nel medio e lungo termine, dato che espongono al rischio di sviluppare un disturbo alimentare (anoressia, bulimia), weight-cycling syndrome (sindrome dello yo-yo, cioè ripetute oscillazioni di peso), deficit nutrizionali e rallentamento della crescita.</p>
5	<p>Evitare la Nutrizione Artificiale (NA) nelle situazioni cliniche in cui un approccio evidence-based non ha dimostrato beneficio, come nei pazienti con demenza in fase avanzata o oncologici in fase terminale.</p> <p>In situazioni come la demenza avanzata con quadro clinico estremamente compromesso o nel paziente oncologico con malattia avanzata, dolore non controllato, aspettativa di vita inferiore a 4-6 settimane, la Nutrizione Artificiale non ha dimostrato un favorevole rapporto benefici/rischi. È invece di dimostrata efficacia promuovere una cultura di prevenzione, screening e diagnosi precoce della malnutrizione ospedaliera e territoriale.</p>

Attenzione: le informazioni sopra riportate non sostituiscono la valutazione e il giudizio del medico. Per ogni quesito relativo alle pratiche sopra individuate, con riferimento alla propria specifica situazione clinica è necessario rivolgersi al medico curante.

Come si è giunti alla creazione della lista

L'ADI, sentito il parere del Presidente della Società, ha individuato un percorso operativo finalizzato a identificare quali tra le pratiche scorrette associate alla alimentazione, ovvero che non si associano ad alcun beneficio in termini di salute per l'individuo e possono perfino esporlo a maggior rischio, siano da considerarsi più significative. Il percorso si è articolato attraverso le seguenti tappe:

- 1) si è deciso di affidare la valutazione ad un gruppo di figure rappresentative della Società: un coordinatore + altri 5 esperti di nutrizione;
- 2) ciascun esperto ha selezionato, utilizzando un format dedicato, le cinque pratiche anzidette, da lui ritenute più cogenti (rilevanti) specificando per ciascuna le motivazioni della scelta e le fonti bibliografiche;
- 3) i contributi sono stati reciprocamente condivisi, quindi discussi;
- 4) tra le pratiche individuate sono state selezionate le 5 che hanno ricevuto il maggior numero di consensi e quindi da ritenersi le più significative.

Principali fonti bibliografiche

1	<ol style="list-style-type: none">1. Stapel SO, Asero R, Ballmer-Webber BK: Testing for IgG4 against foods is not recommended as a diagnostic tool. EAACI Task Force Report. Allergy 2008; 63:793, -6.2. Carr S, Chan E, Lavine E, Moote W: CSACI Position statement on the testing of food-specific IgG, Allergy Asthma Clin Immunol, 2012; 8(1):12.
2	<ol style="list-style-type: none">1. Wilfley D, Vannucci A, White EK: Early intervention of eating and weight-related problems. J Clin Psychol Med Settings, 2010; 17(4):285-300.2. Raman J, Smith E, Hay P: The clinical obesity maintenance model: an integration of Psychological constructs including mood, emotional regulation, disordered overeating, habitual cluster behaviours, health literacy and cognitive function. J Obes, 2013:240128.3. Obesity and Eating Disorders. Indications for the different levels of care. An Italian Expert Consensus Document. Eating Weight Disord 2010; 15: 1-31.
3	<ol style="list-style-type: none">1. Kamangar F, Emadi A: Vitamin and mineral supplements: do we really need them? Int J Prev Med, 2012; 3(3):221-26.2. Martinez ML, Jacobs ET, Baron JA, Marshall JR, Byers T: Dietary supplements and cancer prevention: balancing potential benefits against proven harms, J Natl Cancer Inst, 2012; 104(10): 732-39.
4	<ol style="list-style-type: none">1. Stice E, Presnell K, Spangler D: Risk factor for binge eating onset in adolescent girls: a 2-year prospective investigation. Health Psychol. 2002 Mar; 21(2):131-8.2. Portela de Santana ML, Da Costa Ribeiro Junior H, Mora Giral M, Raich RM: Epidemiology and risk factors of eating disorder in adolescence: a review. Nutr Hosp 2012 Mar-Apr; 27(2): 391-401.3. Boschi V, Siervo M, D'Orsi P, Margiotta N, Trapanese E, Basile F, Nasti G, Papa A, Bellini O, Falconi C: Body composition, eating behavior, food-body concerns and eating disorders in adolescent girls. Ann Nutr Metab. 2003; 47(6):284-93.4. Santonastaso P, Friederici S, Favaro A: Full and partial syndromes in eating disorders: a 1-year prospective study of risk factors among female students. Psychopathology 1999 Jan-Feb; 32(1):50-6.5. Favaro A, Ferrara S, Santonastaso P: The spectrum of eating disorders in young women: a prevalence study in a general population sample. Psychosom Med 2003 Jul-Aug; 65(4):701-8.6. Birch LL, Fisher JO: Development of eating behaviors among children and adolescents. Pediatrics 1998 Mar; 101(3 Pt 2):539-49.
5	<ol style="list-style-type: none">1. AGS Position Statement – Feeding Tubes in Advanced Dementia (2013).2. ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition, Geriatrics, 2006, (25): 330-360.

Slow Medicine, rete di professionisti e cittadini per una cura sobria, rispettosa e giusta, ha lanciato in Italia nel dicembre 2012 il progetto **“Fare di più non significa fare meglio”**, in analogia all’iniziativa Choosing Wisely già in atto negli Stati Uniti. Società Scientifiche e Associazioni professionali sono invitate a individuare ognuna una lista di 5 esami diagnostici o trattamenti, di uso corrente nella pratica clinica, che secondo le conoscenze scientifiche disponibili non apportano benefici significativi ai pazienti ma possono, al contrario, esporli a rischi.

Promuovono il progetto anche: FNOM-CeO, IPASVI, SIQuAS-VRQ, Istituto Change di Torino, PartecipaSalute, Inversa Onlus, Altroconsumo e Slow Food Italia. Per ulteriori dettagli: www.slowmedicine.it

L’A.D.I. Onlus - Associazione Italiana di Dietetica e Nutrizione Clinica ha lo scopo di promuovere e sostenere tutte le iniziative scientifiche, culturali e didattiche che possono interessare, sotto ogni aspetto, la Scienza della Alimentazione.

L’Associazione non ha scopo di lucro e persegue finalità di solidarietà sociale, nei campi dell’assistenza sociale e socio-sanitaria, a favore di soggetti svantaggiati esterni all’associazione.

www.adiitalia.net