



A te cura di te



*l'ABC dei disturbi alimentari
breve guida per Medici e Pediatri*

Abbi cura di te

*l'ABC dei disturbi alimentari
breve guida per Medici e Pediatri*

AUTORI

Maddalena Patrizia Cappelletto: Avvocato, Presidente Coordinamento Nazionale Disturbi Alimentari e Presidente associazione “La vita oltre lo specchio” - Pisa

Pierandrea Salvo: Psichiatra, Responsabile Centro DCA AULSS4 Veneto Orientale, Referente regionale del monitoraggio della rete regionale DCA in Veneto, Vice coordinatore tavolo tecnico regionale DCA

Giovanni Abbate Daga: Professore Ordinario di Psichiatria presso l’Università degli Studi di Torino, Direttore del Centro Regionale DCA di Torino

Stefano Vicari: Professore Ordinario Università Cattolica di Roma, Responsabile dell’Unità Operativa Complessa di Neuropsichiatria Infantile, IRCCS Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Direttore dell’Istituto di Neuropsichiatria ReTe, Ricerca e Terapia in Età evolutiva

Valeria Zanna: Psichiatra-Psicoterapeuta, Responsabile della U.O.S. Anoressia Nervosa e Disturbi Alimentari - Ospedale Pediatrico Bambino Gesù - Roma.

Sara Bertelli: Psichiatra responsabile servizio Disturbi Alimentari adulti presso ASST Santi Paolo e Carlo Milano, Presidente associazione Nutrimente Onlus - Milano

Walter Milano: Direttore della Unità Operativa Semplice Dipartimentale per i Disturbi dell’Alimentazione dell’ASL Napoli 2 Nord

Gianfranco Bruschi: Dirigente Psicologo presso AUSL di Parma con incarico di alta specializzazione nei Disturbi del Comportamento Alimentare

Giovanni Gravina: Medico endocrinologo, Centro Arianna per i DCA - ASL Nordovest Toscana; Responsabile Centro per i Disturbi Alimentari - Casa di Cura di San Rossore Pisa.

INDICE

IL COORDINAMENTO NAZIONALE DA a cura di Maddalena Patrizia Cappelletto pag. 6

INTRODUZIONE a cura di Pierandrea Salvo pag. 9

I DA COSA SONO E COME SONO a cura di Giovanni Abbate Daga pag.12

I DA IN ETÀ EVOLUTIVA a cura di Stefano Vicari, Valeria Zanna pag.16

I DA COME RICONOSCERLI a cura di Sara Bertelli pag.19

DOVE CURARSI – I LIVELLI DI CURA a cura di Walter Milano pag.26

IL COLLOQUIO BREVE CON PAZIENTE E GENITORI a cura di Gianfranco Bruschi pag.32

QUALE COMPITO PER MEDICI E PEDIATRI a cura di Giovanni Gravina pag.38

Il Coordinamento Nazionale

a cura di
Maddalena Patrizia Cappelletto

Il Coordinamento Nazionale Disturbi Alimentari è una organizzazione di volontariato di secondo livello nata nel 2014, dalla volontà di alcune associazioni di familiari, ex pazienti e professionisti che operano in spirito volontaristico, provenienti dal Veneto, Friuli Venezia Giulia, Umbria, Lombardia, Emilia Romagna, Toscana, Basilicata, Lazio e Puglia, accomunati dal desiderio di dare risposte sinergiche ai problemi dei disturbi del comportamento alimentare.

Sviluppa e sostiene iniziative condivise tra le associazioni nei singoli territori ed a livello nazionale, rivolte a sensibilizzare l'opinione pubblica relativamente alle problematiche inerenti ai Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA).

Si confronta con istituzioni pubbliche e private, specialisti del settore dei DCA al fine di sviluppare le conoscenze tecniche in materia, anche attraverso l'organizzazione ed il finanziamento di convegni, congressi e attività di formazione.

Richiama l'attenzione delle istituzioni organizzative ed amministrative dello Stato, delle Regioni, degli Enti Locali e le forze politiche al fine di promuovere e sostenere iniziative atte a migliorare le condizioni di assistenza e di vita attraverso azioni legislative, normative e assistenziali.

Favorisce l'apertura sul territorio nazionale, in collaborazione con le Regioni e le Aziende Sanitarie Locali, di strutture ambulatoriali e riabilitative residenziali che consentano l'erogazione delle cure nei territori di residenza.

Nel 2016 ha pubblicato la propria Carta dei Valori, un Codice Etico al quale le Associazioni che fanno richiesta di entrare a far parte del Coordinamento devono dichiarare la loro conformità.

È stato invitato a Roma, al Ministero della Salute, il 7 Settembre 2017 per il Workshop di presentazione delle Linee di indirizzo nazionali per la riabilitazione nutrizionale nei Disturbi Alimentari e, anche in tale occasione, ha rappresentato l'esigenza di poter essere coinvolto in quanto Coordinamento di Associazioni, ai tavoli ministeriali relativi alle problematiche sui DCA per arricchire il dialogo ed il dibattito, perché l'unicità di obiettivo non preclude il confronto ed il

pluralismo di idee, ma anzi il suo perseguimento si arricchisce grazie ad essi.

Ha sostenuto l'istituzionalizzazione della **Giornata del Fiocchetto lilla, il 15 marzo**, giorno nel quale tutte le Associazioni del Coordinamento organizzano momenti di riflessione e sensibilizzazione rispetto alle problematiche che lo occupano, promuovendo eventi, convegni, seminari, rappresentazioni teatrali, letture, testimonianze volte ad accrescere la giusta attenzione e la corretta informazione dell'opinione pubblica e delle Istituzioni.

In occasione della prima giornata mondiale sui DCA, che è stata istituita nel 2016 e che cade ogni 2 giugno, il Coordinamento ha rappresentato al grande pubblico presente l'idea del Coordinamento, della relazione tra lo stesso, le Associazioni, le famiglie e le persone colpite da queste malattie, ricorrendo all'immagine suggestiva dei cerchi nell'acqua, disegnati da un sasso gettato nel mare, che rappresenta la società: il sasso è la malattia, ma anche il cambiamento che essa può determinare, i cerchi concentrici sono i movimenti creati dalle persone, dalle famiglie, dalle associazioni e dal Coordinamento delle Associazioni, destinati ad allargarsi sempre di più fino a creare un cambiamento radicale nella società, recuperando la centralità della persona.

Nel 2018 ha costituito al proprio interno un Comitato Scientifico per dare più solidità ed efficacia alle proprie attività.

Persegue l'obiettivo di ottenere a livello nazionale linee guida più stringenti e vincolanti sulle varie problematiche, al fine di evitare situazioni

“a macchia di leopardo” ed un venir meno, nei fatti, all'effettivo esercizio del diritto alla cura in molte parti del territorio nazionale. Ritiene infine sia di particolare importanza la valorizzazione del sistema della sanità territoriale non solo ospedaliera, pur nel rispetto dell'autonomia organizzativa regionale, capace di coniugare i bisogni legati alla salute dei cittadini con le peculiarità dei territori.

Sostiene la cura in équipe effettivamente multi-professionale integrata, insistendo per l'investimento di risorse umane ed economiche che ne garantiscano la continuità terapeutica e ne evitino la paralisi (come purtroppo accade nei casi, per esesempio, di pensionamento di operatori, che non vengono sostituiti), essendo comprovato che

Lotta per far prendere conoscenza alla Sanità dei territori che i Disturbi del Comportamento Alimentare **sono una malattia grave** e come tale va trattata fin dall'esordio con una corretta conoscenza da parte dei Pediatri e Medici di base della

la cura in un efficiente centro ambulatoriale e/o semiresidenziale riduce considerevolmente i costi sanitari legati ad una persona affetta da DCA.

patologia per un pronto riconoscimento della situazione del paziente; avere nelle zone di residenza équipe multi-professionali che possano curare bene i pazienti in tutti le fasi della malattia; anche il post-ricovero per i soggetti più gravi, nella ferma convinzione che **recuperare ad una vita normale una persona anoressica o bulimica significa poter contare solitamente su una grande risorsa intellettuale umana**, perché si tratta solitamente di persone di grandissima capacità e sensibilità.

In quest'ottica, le Associazioni del Coordinamento hanno cercato di identificare le criticità e i bisogni comuni, indipendentemente dal territorio cui le stesse appartengono, e di unirsi in un progetto condiviso da realizzare in tutto il territorio nazionale. Questo bisogno è stato individuato nella necessità per i familiari e per le persone affette da disagi alimentari di poter accedere al primo livello di cura in maniera sempre più precoce attraverso il sostegno e le informazioni dei propri medici di "famiglia" e dei pediatri di libera scelta.

Sono queste, infatti, e quindi siete proprio Voi, cui questo opuscolo è indirizzato, e che per noi familiari e per i pazienti potete essere una risorsa preziosa, le figure di operatori cui i familiari si rivolgono per primi, che in genere vedete

con più assiduità e continuità i pazienti, e che, se adeguatamente formati ed informati rispetto ai disturbi alimentari, potrete essere in grado di intercettare tempestivamente il disturbo, o addirittura i prodromi dello stesso.

Purtroppo, non sempre ciò accade, perché manca una adeguata informativa rivolta a tali operatori su cosa siano, come si riconoscano i disagi alimentari, sui centri di cura esistenti e così via. Talora, abbiamo raccolto testimonianze di genitori, di mamme che, espressi i propri dubbi e le proprie preoccupazioni rispetto alle condotte delle figlie, si sono sentite rispondere dal medico di famiglia di essere troppo ansiose, di lasciar fare, che si trattava di capricci, quando non addirittura trattate loro come visionarie. Si tratta di casi abbastanza isolati, perché per fortuna dove non arriva l'informazione e la formazione spesso arriva la sensibilità e la predisposizione all'ascolto da parte dei curanti, ma purtroppo esistono. D'altra parte, non è giusto che i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta vengano lasciati "soli" nel loro tentativo di saperne di più per rispondere correttamente alle richieste di cura dei familiari o dei pazienti.

Per questo, abbiamo pensato di chiedere al nostro Comitato Scientifico, i cui esimi componenti non ringrazieremo mai abbastanza, di realizzare un opuscolo destinato proprio a Voi, per facilitare il Vostro coinvolgimento attivo, efficace, essenziale, nella cura di disturbi così complessi come quelli alimentari, dai quali si può uscire solo unendo tutte le forze e le risorse, per lottare insieme.

Introduzione

I Disturbi dell'Alimentazione (DA)

sono patologie psichiatriche complesse, ad esordio spesso precoce, che tendono a presentare un andamento subcontinuo se non cronico. Nel corso di ogni DA possono presentarsi significative complicanze organiche conseguenti alla malnutrizione per eccesso o per difetto ovvero alle pratiche attuate nel tentativo di controllare il peso corporeo.

Nella prima metà del secolo scorso il concetto di "**disturbo della nutrizione**" è stato associato con quello di "**ritardo di crescita**" anche se questa ultima definizione fa riferimento ad un sintomo piuttosto che ad una reale categoria diagnostica. Le definizioni di Chapin, Spitz Reinhart relative al ritardo di crescita nei bambini istituzionalizzati, alla depressione anaclitica e alle microsomie psicosociali fanno parte di questa visione dei DA e datano fino agli '80 del secolo scorso.

Nei decenni successivi, si è andata affermando la definizione clinica e categoriale dei DA così come la conosciamo adesso e che si è compiuta nella ultima revisione del DSM5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition), datata 2013.

La attuale categorizzazione dei DA rende ragione di quadri clinici variegati e diversi tra loro che vanno conosciuti e riconosciuti.

Le cause dei DA sono evidentemente multifattoriali e queste patologie si sviluppano in persone predisposte (geneticamente?) quando sono sottoposte ad eventi scatenanti. I fattori di mantenimento fanno, in seguito, da motore per la lunga durata delle patologie stesse.

Seppure vi siano molti studi, anche italiani, che si adoperano nella ricerca dei fattori causali e di mantenimento dei DA, per molti anni si è cercato di ricondurre la genesi di queste malattie, assai variegata sotto il profilo clinico, alla interazione patologica o inefficace in ambito intra familiare o, più spesso, con la madre.

La realtà clinica e la ricerca hanno dimostrato trattarsi di presupposti non clinici, mai dimostrati e portatori di pregiudizi ideologici.

La storia recente ci insegna, al contrario, che le famiglie possono rappresentare una fondamentale risorsa nei trattamenti dei DA in ogni fase della vita della persona ammalata. Non sempre le famiglie sono “naturalmente” pronte a diventare una risorsa; spesso sono scomposte, in grande difficoltà esse stesse, traumatizzate dalla comunicazione della diagnosi o dalla constatazione della severità del disturbo e della complessità dei trattamenti che dovranno affrontare. Quasi sempre, però, le famiglie riescono a sviluppare quel livello di resilienza che permette loro non solo di affrontare l’urto della malattia senza deflagrare ma anche di diventare parte attiva della cura, della guarigione o della miglior recovery possibile per le persone che non dovessero guarire.

Ancora oggi, in Italia si sconta un ritardo storico nella conoscenza dei DA e nella creazione di adeguati percorsi di trattamento nonostante siano stati prodotti documenti di consenso, linee guida, raccomandazioni per quanto riguarda il trattamento e la gestione clinica dei DA. I livelli di trattamento, universalmente previsti, si articolano secondo un gradiente di complessità e

di gravità clinica dall’ambulatorio del medico di medicina generale (MMG) e del pediatra di libera scelta (PLS) fino alla ospedalizzazione in corso di acuzie. I ruoli ed i compiti dei vari livelli di trattamento sono chiaramente illustrati nei documenti nazionali prodotti ma raramente sono applicati in modo efficace ed organizzato.

Da tutte queste considerazioni nasce la volontà del Coordinamento Nazionale Disturbi Alimentari di produrre un opuscolo di semplice consultazione, da consegnare prioritariamente a MMG e PLS in quanto figure deputate al riconoscimento, invio e monitoraggio delle persone affette da queste patologie.

Questi compiti sono, evidentemente, assai complessi e si scontrano con la varietà clinica dei DA, la loro precoce insorgenza e la frequente egosintonicità del disturbo che cagiona una resistenza al trattamento dello stesso.

Gli studi disponibili indicano che meno della metà dei casi clinici di disturbi dell’alimentazione è identificato a livello della medicina di base. Le difficoltà che determinano questo bias attengono sia alla

A MMG e PLS è richiesto il presidio di alcune possibili aree di intervento: la Prevenzione, lo Screening e la diagnosi precoce, la Rilevazione dei segnali allarme, la Comunicazione con pazienti e familiari, la Identificazione dei nuovi casi, l’Invio ai centri specializzati il Trattamento dei casi lievi, il Follow up dei casi trattati.

sfera psicologica del paziente (negazione del problema, vergogna, ambivalenza verso le cure) sia alla scarsa esperienza dei MMG e PLS verso i DA.

La stesura di questo opuscolo è stata, volutamente, demandata ad alcuni dei massimi esperti nazionali nel campo dei DA che fanno parte del Comitato Scientifico del Coordinamento al fine di fornire informazioni utili per il riconoscimento e la gestione dei DA nelle fasi iniziali del trattamento ma propone anche nozioni più cliniche, relative alle complicanze ed alla loro gestione.

In un immediato futuro verranno messi a disposizione documenti di interesse scientifico, linee guida nazionali ed internazionali raggiungibili tramite un link dedicato.

QUADRI CLINICI

BULIMIA NERVOSA

I soggetti affetti da *Bulimia Nervosa* presentano:

- a) Abbuffate
- b) Condotte compensatorie
- c) Livelli di autostima dipendenti quasi esclusivamente dal controllo del peso

Per *abbuffate* si intende la perdita del controllo sul cibo e l'ingestione in una/due ore di grandi quantità di alimenti fino a sentire di non poter introdurre più nulla per i limiti dello spazio gastrico. Quasi sempre i soggetti non provano piacere a mangiare e nei casi gravi mangiano anche cibi crudi o surgelati. Alle abbuffate seguono **le condotte compensatorie** con la finalità di espellere il cibo introdotto. Tali condotte compensatorie sono costituite da vomito autoindotto, uso improprio di lassativi, diuretici o altri farmaci (spesso in sovradosaggio), digiuno o esercizio fisico.

Per convenzione si pone diagnosi di Bulimia Nervosa se si è verificata **almeno una condotta compensatoria a settimana per tre mesi consecutivi**.

Per due quadri clinici, Anoressia Nervosa e Bulimia Nervosa, la maggioranza dei soggetti affetti appartiene al sesso femminile, ma ci possono essere quadri, anche molto gravi, che si manifestano nel sesso maschile.

La **patogenesi** dei DA non è nota: è noto tuttavia che un complesso insieme di fattori biologici, psicologici e sociali concorrono al loro sviluppo. Il **persistere della malnutrizione** è comunque di per sé un sostanziale fattore di mantenimento dei Disturbi dell'Alimentazione. Si evidenzia che - per l'alternanza e la varietà degli stili alimentari patologici e/o le condotte di compenso - **si può essere gravemente malnutriti anche se normopeso o sovrappeso**.

Occorre sfatare alcuni FALSI MITI in tema di fattori patogenetici:

- 1 **la famiglia** nella stragrande maggioranza dei casi non ricopre un ruolo causativo specifico e sostanziale;
- 2 **i fattori culturali** (per esempio le taglie dei vestiti e le immagini dei mass media) sono importanti ma assolutamente non sufficienti a causare la malattia;
- 3 per converso la **vulnerabilità genetica** ha un ruolo rilevante, anche se da sola non spiega le malattie;
- 4 **tali disturbi non sono scelte**. Una volta instauratisi, il soggetto che ne soffre ha bisogno di un percorso di cura e di riabilitazione progressiva e non ha controllo sull'alimentazione.

molta parte del giorno e con grande sofferenza emotiva.

ATTENZIONE: Molte delle persone che soffrono di DA sono già gravemente malate anche se dall'aspetto o dagli esami di routine può sembrare per mesi che tutto sia a posto. Molti individui nascondono i segni della malattia perché hanno paura di curarsi o si vergognano.

Con il progredire della malattia i DA alterano la salute mentale e fisica degli individui, **impattano sulla qualità della vita e sul funzionamento scolastico, lavorativo, sociale e familiare**. In pochi mesi si possono sviluppare gravi problemi medici organici (per esempio ipopotassiemia grave) e/o psichiatrici (per esempio depressione e rischio di suicidio).

I DA **esordiscono generalmente in adolescenza o nella prima età adulta, anche se possono colpire tutte le età** e, se non trattati, possono durare anni con conseguenze gravi sulla salute dell'individuo: i DA **costituiscono la seconda causa di morte** dopo gli incidenti automobilistici nella fascia di età giovanile.

I disturbi della nutrizione e dell'alimentazione

a cura di
Giovanni Abbate Daga

Che cosa sono e come sono

I Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione (DA) sono un gruppo di malattie gravi, caratterizzate da una marcata alterazione dello stile alimentare. L'alterazione può essere in difetto, con conseguente significativo e rapido calo ponderale o può essere in eccesso, spesso associata a pratiche patologiche volte all'eliminazione del cibo ingerito. Uno stesso individuo può essere affetto da entrambe gli stili alimentari patologici o alternare periodi di ipoalimentazione con periodi di iperalimentazione.

In molte forme di DA è anche **alterato il rapporto con il proprio corpo**: i soggetti che soffrono di DA frequentemente sono terrorizzati dall'idea di acquisire peso, anche se sottopeso e sono altamente insoddisfatti della propria forma corporea, tanto da dedicare pensieri e azioni al controllo del corpo e del peso per

ANORESSIA NERVOSA

I soggetti affetti da *Anoressia Nervosa* presentano:

- a) Un **basso peso** (sotto il 18,5 dell'Indice di Massa Corporea) o un significativo decremento ponderale con un normopeso ancora conservato (ad es. gli esordi anoressici in persone obese).
- b) Una **spiccata paura di ingrassare** che cresce nel tempo, anche se il peso diminuisce e che può essere presente e terrificata anche a pesi molto bassi
- c) **Un'alterazione della percezione del proprio corpo.**

I soggetti si vedono grassi anche quando estremamente emaciati oppure minimizzano la magrezza patologica oppure ritengono la loro magrezza patologica necessaria per il proprio benessere mentale.

ATTENZIONE:
Alcuni soggetti possono mascherare l'anoressia nervosa, negando la paura di ingrassare o adducendo difficoltà nella digestione.

Generalmente è presente amenorrea. Da ricordare che se l'Indice di Massa Corporea è sotto i 15, *L'Anoressia Nervosa è classificata come estrema.*

L'Anoressia Nervosa riconosce due sottotipi:

- 1) Con restrizioni
- 2) Con restrizioni alternate ad abbuffate e condotte di compensazione.

DISTURBO DA BINGE EATING (BED)

ALIMENTAZIONE INCONTROLLATA

I soggetti affetti da *Disturbo da Binge Eating* presentano:

- a) **Abbuffate** come nella Bulimia Nervosa *in assenza di condotte compensatorie*
- b) Almeno tre tra **i seguenti fattori:**
 - a. Mangiare più rapidamente del dovuto
 - b. Mangiare fino a sentirsi sgradevolmente pieni
 - c. Mangiare in assenza di fame
 - d. Mangiare da soli per l'imbarazzo o la vergogna di sentirsi osservati
 - e. Sentirsi disgustati o depressi o in colpa dopo l'abbuffata

Per convenzione si pone diagnosi se si è verificata **almeno una abbuffata a settimana per tre mesi consecutivi.**

Il BED colpisce tutte le età e negli anni può condurre a obesità e a gravi alterazioni metaboliche

e a sofferenza emotiva. Una percentuale considerevole delle persone che afferiscono ai percorsi di chirurgia bariatrica soffre di questo disturbo.

DISTURBO EVITANTE RESTRITTIVO DELL'ASSUNZIONE DI CIBO - ARFID

I soggetti che sono affetti da questo disturbo presentano:

- a) Incapacità di assumere gli appropriati apporti nutrizionali per uno dei seguenti motivi:
 - a. Mancanza di interesse per il cibo
 - b. Evitamento del cibo per disgusto del cibo
 - c. Evitamento del cibo per paura delle conseguenze dell'alimentazione (per esempio paura di vomitare)
- b) Perdita di peso e/o deficit nutrizionali e/o bisogno di nutrizione artificiale e/o conseguenze negative sul funzionamento psicosociale.

Tale disturbo è **più frequente nei bambini o nella prima adolescenza** e si differenzia dall'Anoressia Nervosa per la **totale mancanza di paure riguardo al peso e preoccupazioni per la forma corporea.**

Ciò nonostante tale disturbo può avere conseguenze gravi sulla nutrizione e sulla crescita.

ALTRI DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E DELL'ALIMENTAZIONE

Esistono due tipi di DA che sono tipici dell'infanzia.

- La **Pica** ovvero la tenace assunzione di sostanze non alimentari e non commestibili e
- il **Disturbo da Ruminazione** caratterizzato da rigurgito di cibo in assenza di cause organiche. Lo stesso cibo viene rimasticato e poi ingoiato o sputato.

Infine esistono **molteplici quadri clinici misti** o in cui manca uno dei criteri per poter effettuare la diagnosi. Questi quadri clinici vanno sotto l'eterogenea etichetta diagnostica di **Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione senza altra specificazione.**

ATTENZIONE: Questa ultima categoria non deve trarre in inganno: può includere situazioni cliniche gravi e urgenti. L'esempio classico è il soggetto che pur rimanendo ancora normopeso ha perso decine di Kg partendo dalla condizione di sovrappeso. Questa situazione può essere molto rischiosa. Infatti la velocità con cui si perde peso è uno degli indici primari di rischio organico.

I disturbi alimentari in età evolutiva

a cura di
Valeria Zanna e Stefano Vicari

In età pediatrica i problemi legati all'alimentazione e alla nutrizione si manifestano in maniera frequente e possono costituirsi come fenomeni dalla rilevanza clinica estremamente variabile: accanto, infatti, a quadri transitori che rappresentano la modalità con cui il bambino manifesta una difficoltà inscrivibile all'interno di precise tappe evolutive e di alcuni momenti critici dello sviluppo (svezamento, passaggio all'alimentazione autonoma, avvio dei cicli scolastici), si delineano quadri molto seri caratterizzati dal rifiuto totale del cibo con conseguente grave impatto sullo sviluppo sia fisico che psicologico del bambino.

La pratica clinica suggerisce che quanto più il bambino è piccolo, tanto più il disturbo alimentare si configura attraverso forme restrittive e selettive (Anoressia Nervosa - ARFID), mentre col crescere dell'età si osserva una sovrapposizione con gli altri quadri clinici più tipici dell'età adulta (Bulimia

Nervosa - Binge Eating Disorder).

Mentre l'Anoressia Nervosa (AN) è caratterizzata da una volontaria restrizione alimentare dovuta ad un'eccessiva preoccupazione per il peso e le forme corporee, nel Disturbo dell'alimentazione evitante/restrittivo o ARFID, acronimo inglese, la riduzione degli introiti alimentari non è accompagnata da una specifica paura di ingrassare. Si manifesta, viceversa, con diversi comportamenti che vanno dall'alimentazione selettiva (restrizione a poche o pochissime categorie di alimenti, scelti in base al colore, all'odore, alla consistenza o altro), alla paura di soffocare o al completo disinteresse per il cibo. È presente soprattutto nei bambini maschi, spesso dai 2-3 anni di età fino alla pre-adolescenza e mostra una importante comorbilità psichiatrica con l'ansia, differentemente dall'Anoressia Nervosa che colpisce prevalentemente pazienti di sesso femminile e che ha una maggiore comorbilità con la depressione.

Negli ultimi tempi si è evidenziato un progressivo abbassamento dell'età di esordio con picchi intorno agli 8-10 anni e alcuni casi anche a 7 anni.

Il pediatra di famiglia ha l'opportunità di seguire sistematicamente i propri pazienti e dunque di poter identificare le varie sindromi all'esordio, con notevole impatto in termini di guarigione. Il ritardo nella diagnosi, infatti, innesca fenomeni legati alla malnutrizione che rendono più difficile la risoluzione del disturbo. **L'intervento precoce è fondamentale sempre, tanto più in età evolutiva dove l'interferenza della sintomatologia alimentare sullo sviluppo psicofisico è più elevata**, con conseguente necessità spesso di dover intervenire con modalità d'urgenza. La diagnosi e l'intervento precoce migliorano decisamente l'outcome, con tassi di risoluzione in età evolutiva che arrivano circa all'80-85%.

Quando il comportamento alimentare anormale perde la sua transitorietà, configura un quadro più rigido e duraturo nel tempo, si accompagna ad un iperinvestimento nelle performances scolastiche e ad un progressivo ritiro sociale, è necessario attivare l'intervento di figure professionali più specializzate.

Il Neuropsichiatra Infantile deve essere coinvolto il prima possibile: nei DA, infatti, tutte le linee guida relative al trattamento sollecitano la necessità di approcciarsi a tale patologia mediante la sinergia di più figure professionali che integrino e condividano gli obiettivi dell'intervento, ovvero permettere al paziente il recupero del peso previsto per età e altezza, promuovere l'educazione ad una sana e corretta abitudine alimentare, sostene-

re i genitori, correggere le distorsioni cognitive implicite nella sintomatologia alimentare e approfondirne il significato psicologico sottostante.

L'intervento terapeutico elettivo in età pediatrica prevede sempre il coinvolgimento dei genitori che costituiscono una importante risorsa al trattamento.

BIBLIOGRAFIA

American Psychiatric Association (2006). Practice Guidelines for the Treatment of Patients with Eating Disorders (Third Edition). American Journal of Psychiatry, 163 (July Suppl.), pp. 1-54.

American Psychiatric Association (2013). DSM-5. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, tr. it. Raffaello Cortina, Milano, 2014.

Favaro A., Caregaro, Tenconi, Bosello, Santonastaso P., (2009) Time trends in age at onset of anorexia nervosa and bulimia nervosa. Journal of Clinical Psychiatry, 70, 12, 1715-21

Forman S.F., McKenzie N., Hehn R., Monge M.C., Kapphahn C.J. (2014). Predictors of outcome at 1 year in adolescents with DSM-5 restrictive eating disorders: report of the national eating disorders quality improvement collaborative. The Journal of Adolescent Health, 55(6), pp. 750-756.

G.Spitoni, F. Aragona (2019), Manuale dei Disturbi Alimentari, Carocci editore, Roma.

National Institute For Health And Clinical Excellence (Nice) (2004). Eating Disorders - core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders. Clinical Guideline, 9. NICE, London. <http://www.nice.org.uk/CG009NICE-guideline>.

Pinhas L, Nicholls D, Crosby RD, Morris A, Lynn R, and Madden S. (2017). Classification of childhood onset eating disorders: A latent class analysis. International Journal of Eating Disorders, 50, pp. 657-664.

Rosling A, Salonen Ros H, Swenne I. One-year outcome and incidence of anorexia nervosa and restrictive eating disorders among adolescent girls treated as out-patients in a family-based setting. Ups J Med Sci. 2016; 121:50-9.

I disturbi alimentari come riconoscerli

a cura di
Sara Bertelli

L'identificazione precoce dei disturbi dell'alimentazione (DA) è importante affinché il paziente intraprenda un percorso di cura quanto più rapidamente e quindi per godere di una migliore prognosi di malattia. Tuttavia gli studi disponibili mostrano che meno della metà dei casi di DA sono identificati a livello di cura primaria.

Differentemente dall'immaginario comune, i pazienti affetti da DA consultano il medico di medicina generale (MMG) frequentemente lamentando un'ampia varietà di sintomi tra cui quelli gastrointestinali, ginecologici, neuropsichiatrici che potrebbero, se accuratamente valutati, far sospettare la diagnosi di un disturbo dell'alimentazione.

I MMG rappresentano dunque una risorsa per identificare i prodromi o i primi sintomi del DA. Questo processo può essere facilitato dall'uso di alcuni questionari di screening ma ancor più dalla consapevolezza del MMG rispetto al complesso quadro clinico che caratterizza i DA.

Di seguito cercheremo di fornire alcune idee per riconoscere il DA e cercare di comprenderne la gravità.

La manifestazione più evidente di un disturbo alimentare è una **modificazione delle abitudini alimentari o l'adozione di una modalità alimentare strana e persistente.**

Quali di questi cambiamenti dovrebbero essere motivo di preoccupazione?

Non vi sono regole fisse su questo. Il confine tra quella che può essere considerata un'innocua attenzione per la dieta e per le forme del corpo e l'inizio di un'insorgente malattia non è sempre facile da stabilire. Molto spesso indagando con una **corretta anamnesi** si possono ottenere preziosi indizi su un possibile disturbo alimentare, **altre volte invece saranno i parenti stessi a dimostrare le loro perplessità su alimentazione o stili di vita non congrui.**

Importante è tenere presente che **non si riconosce un Disturbo dell'Alimentazione solamente dal peso:** si

può essere normo-peso ed essere eccessivamente preoccupati in maniera tale da giustificare una diagnosi di Disturbo dell'Alimentazione.

È anche importante rendersi conto che questi segnali di avvertimento potrebbero non essere così facili da riconoscere.

La persona con un disturbo alimentare (che si tratti di anoressia, bulimia, binge eating ecc.) vive spesso un **forte senso di vergogna**

o di colpa rispetto al proprio comportamento e non riuscirà a comunicarlo. Inoltre, molte persone con disturbi alimentari non si rendono conto di avere un problema, o comunque hanno grande difficoltà a rinunciare al loro comportamento autodistruttivo che possono vivere come protettivo, perché si tratta del loro meccanismo per affrontare un problema, per sedarlo e anestetizzarlo.

I gruppi ad alto rischio che il medico di medicina generale e il pediatra di libera scelta dovrebbero monitorare **sono gli adolescenti** (< 16 anni) **e i pazienti con una o più delle seguenti caratteristiche:** IMC basso o elevato, preoccupazioni per il peso e la forma del corpo, disturbi mestruali (in

particolare amenorrea), sintomi dispeptici e problemi psicologici.

Vedi tabella fine capitolo*

Sulla base dell'ultima revisione delle linee guida NICE nel 2017 e di quelle del Ministero della Salute abbiamo sintetizzato gli ambiti specifici e le condizioni da considerare rilevanti per intercettare e valutare la presenza di un Disturbo della Nutrizione e dell'Alimentazione.

SEGNALI FISICI:

- Perdita di peso improvvisa o rapida/frequenti fluttuazioni di peso. È importante che la storia del peso sia contestualizzata rispetto agli eventi di vita.
- Un indice di massa corporea o peso corporeo insolitamente basso o alto per la loro età.
- Bassa temperatura corporea con particolare sensibilità al freddo.
- Disturbi mestruali.
- Conseguenze fisiche del vomito: guance gonfie/mascella, calli sulle nocche, usura dentale atipica (come l'erosione).
- Svenimenti, vertigini.
- Grande stanchezza, incapacità di svolgere attività normali come ad esempio concentrarsi sullo studio, oppure, al suo contrario, incredibile iperattività.
- Disturbi endocrini o sintomi gastrointestinali inspiegabili.
- Dolore addominale che è associato a vomito o restrizioni nella dieta e che non può essere

completamente spiegato da una condizione medica.

- Squilibrio elettrolitico inspiegabile, ipoglicemia.
- Problemi nella gestione di una malattia cronica che ha a che vedere con l'alimentazione, come il diabete o la celiachia.
- Sviluppo di una leggera peluria sulla schiena.
- Perdita di peli pubici e sottoascellari.
- I capelli diventano opachi e sfibrati e possono cadere.
- Stitichezza.
- Cefalee muscolo-tensive.
- Altri segnali fisici come: malnutrizione, cattiva circolazione, vertigini, palpitazioni.

MODIFICAZIONI DEL COMPORTAMENTO IN RAPPORTO A CIBO E CORPO DA INDAGARE!

- Restrizione alimentare che si può presentare attraverso:
 - La decisione di mettersi a dieta.
 - Cambiamenti nelle preferenze alimentari quali mangiare cibi molto ricchi di fibre, intraprendere diete vegane o vegetariane, interesse improvviso per il "mangiare sano", improvvise intolleranze a cibi particolari ecc.
 - Saltare i pasti oppure, per nascondere il fatto di mangiare poco o nulla, dire di aver già mangiato con amici, a scuola, dalla nonna ecc.
 - Calcolare le calorie degli alimenti.
 - Bere grandi quantità di liquidi e bibite dietetiche.

- Sviluppo di rituali ossessivi attorno alla preparazione e al consumo di cibo ad esempio insistendo che i pasti devono sempre essere fatti ad un certo orario e in un certo lasso di tempo, solo utilizzando un certo coltello, bere solo da una certa tazza, mangiare molto lentamente, tagliare il cibo in piccoli pezzi, mettere in ordine il cibo nel piatto secondo un proprio schema ecc.
- Focus dei comportamenti sulla preparazione e pianificazione del cibo ad esempio cucinare per la famiglia ma non consumare i pasti stessi, molto tempo speso a leggere libri di cucina, ricette, guide nutrizionali ecc.
- Familiari, compagni o amici che segnalano un cambiamento nel comportamento alimentare.
- Gli episodi di abbuffata, cioè l'assunzione di grandi quantità di cibo associata alla sensazione di perdita di controllo nei confronti dell'alimentazione; questi episodi avvengono per lo più in solitudine, mangiando di nascosto e sperimentando un forte senso di colpa e di fallimento. Gli episodi di abbuffata spesso si verificano dopo periodi più o meno lunghi di restrizione alimentare o in risposta a stati di soffe-

renza emotiva; tali comportamenti potrebbero essere notati dal contesto circostante sulla base di diversi segnali quali ad esempio scomparsa di grandi quantità di alimenti dalla cucina o frigorifero, accumulo di cibo nascosto per poi potersi abbuffare in solitudine ecc.

- Il vomito autoindotto o abuso di lassativi, che vengono utilizzati per eliminare il cibo assunto nelle abbuffate o per eliminare pasti normali che vengono soggettivamente considerati eccessivi; possono essere presenti frequenti visite al bagno durante o subito dopo i pasti.
- Esercizio fisico eccessivo o compulsivo, cioè praticare sport in maniera eccessiva allo scopo di perdere o controllare il peso (ad esempio allenandosi persino quando si è feriti o in terribili condizioni meteorologiche, il rifiuto di interrompere l'esercizio per qualsiasi ragione, l'insistenza nell'esecuzione di un certo numero di ripetizioni di esercizi ecc). Inoltre quando la persona non può fare lo sport di cui sente la necessità, lo vive in modo disperato con grandi sensi di colpa.
- Ritiro sociale, in particolare da situazioni che coinvolgono il cibo; isolamento verso gli amici, incluso

l'evitamento di attività precedentemente godute.

- Prendere parte ad attività associate ad un alto rischio di disturbi alimentari (ad esempio, sport professionistico, moda, danza ecc).
- Preoccupazione eccessiva per il cibo che porta la persona a raccogliere informazioni per la dieta sui siti di perdita di peso o nei libri e nelle riviste, frequente è l'utilizzo ossessivo di App che permettono il counting calorico ecc.
- Sviluppo di comportamenti di controllo sul corpo ripetitivo o ossessivo come pizzicare la vita o i polsi, pesarsi con frequenza, una ricerca ossessiva per gli specchi ecc.
- Cambio evidente nello stile dell'abbigliamento ad esempio usare abiti larghi.
- Continua negazione della fame anche quando questa è evidente.

SEGNALI PSICOLOGICI:

- Preoccupazione eccessiva per l'immagine corporea che si esprime per lo più come desiderio di magrezza e controllo frequente del peso e della forma del corpo.
- Paura eccessiva di prendere peso.
- Estrema insoddisfazione del corpo, immagine negativa del proprio aspetto, disgusto verso se stessi.
- Immagine del proprio corpo distorta (ad esempio, lamentarsi di essere grassi quando invece nella realtà si ha un normopeso).
- Maggiore sensibilità alle osservazioni o critiche sulla forma fisica o sul peso, sulle abitudini

alimentari o sull'esercizio fisico.

- Depressione dell'umore, tristezza, rabbia, isolamento sociale, ossessioni, stati ansiosi e altri disturbi emotivi e psicologici che possono accompagnare i sintomi sopradescritti e spesso sono accentuati dallo stato di malnutrizione.
- Bassa autostima (ad esempio, sentirsi inutili, sentimenti di vergogna, colpa o autodifesa).
- Pensiero rigido "del tutto o nulla" (vedere tutto come "buono" o "cattivo"...).
- Sentire di non essere in grado di controllare i comportamenti attorno al cibo o al contrario opposto pensare di avere tutto sotto controllo.
- Altri problemi di salute mentale (Disturbi d'Ansia, Disturbo Ossessivo Compulsivo, Disturbo Post Traumatico da Stress).
- Forme di autolesionismo come graffiarsi; abusare di droghe o alcol.

All'interno del quadro delineato, e dato il frequente ritardo nella diagnosi, è facilmente intuibile quanto importante sia il ruolo dei medici di base nel riconoscere precocemente un Disturbo della Nutrizione e dell'Alimentazione, attuando la diagnosi differenziale con altre patologie.

SCREENING

BMI: Un semplice criterio per effettuare un valido screening in rapporto al peso è calcolare il Body Mass Index (BMI= Peso (kg) / Altezza (m)²).

Normale se compreso fra 18,5 e 24,9.
A rischio anoressia se fra 17,5 e 18,5.
Sovrappeso se si colloca fra 25 e 29.

Per soggetti di età inferiore ai 18 anni è opportuno raffrontare il BMI con le tabelle dei percentili, ovvero curve di crescita espressione grafica di peso, statura e BMI a diverse età ricavate dallo studio di un certo numero di bambini presi a campione. La normalità di tali parametri verrà quindi rappresentata all'interno di una fascia di valori intermedi tra un massimo ed un minimo individuati tra il 3° ed il 97° percentile rappresentando rispettivamente i bambini più piccoli e più grandi.

SCOFF: l'American Academy of Pediatrics ha proposto una guida per i pediatri al fine di aiutarli a porre attenzione e a riconoscere i primi segni di disturbo alimentare, a conoscere e inviare a centri specialistici sul territorio e ad avere un ruolo fondamentale nella prevenzione anche attraverso una ge-

stione dei problemi di peso orientata all'equilibrio e alla promozione dell'autostima piuttosto che attraverso la proposta di diete molto restrittive.

A tal fine è stato inoltre creato e condiviso uno strumento di screening utile a tutti i professionisti della salute che può suggerire la necessità di un approfondimento con una valutazione di un team specialistico, lo SCOFF (Morgan A., Reid F. e Lacey J.H., 1999). Esso appare particolarmente indicato per il setting di medicina primaria perché è costituito da sole 5 domande ideate per aiutare ad individuare insieme all'osservazione dei criteri già citati i pazienti a rischio. Pertanto è importante sottolineare che il questionario non permette di fare una diagnosi.

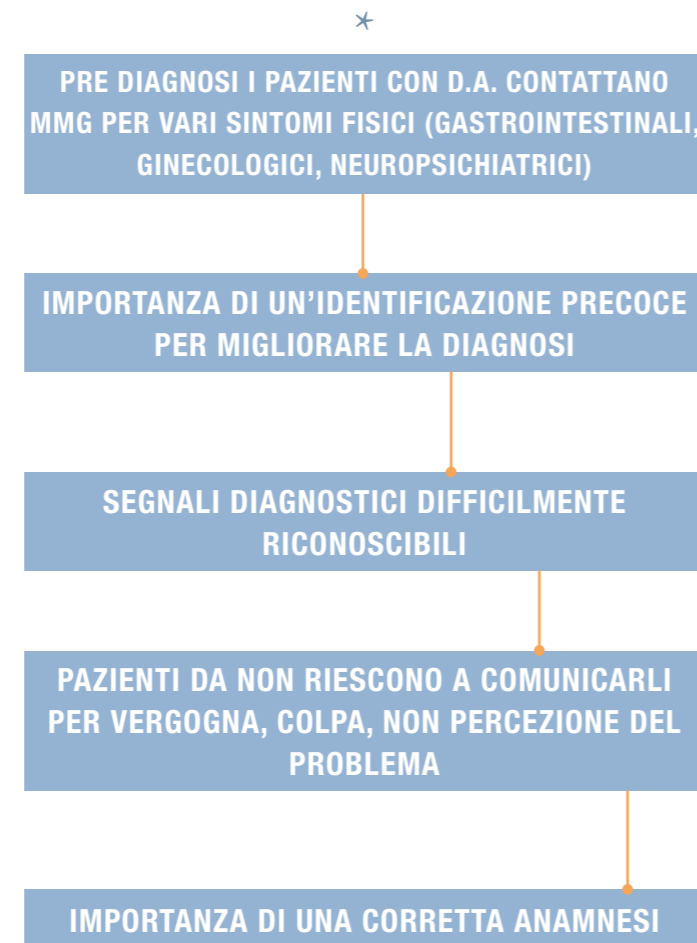
DOMANDE:

1. Si è mai sentita disgustata perché sgradevolmente piena?
2. Si è mai preoccupata di aver perso il controllo su quanto aveva mangiato?
3. Ha perso recentemente più di 6 Kg in un periodo di 3 mesi?
4. Le è mai capitato di sentirsi grassa anche se gli altri le dicevano che era troppo magra?
5. Affermerebbe che il cibo domina la sua vita?

Una risposta con "sì" a due o più domande suggerisce un'ulteriore discussione ed una valutazione specialistica più completa.

Altre due domande hanno dimostrato di indicare una elevata sensibilità e specificità per la bulimia nervosa .

1. È soddisfatta delle sue abitudini alimentari?
2. Le capita mai di mangiare in segreto?



BIBLIOGRAFIA

<https://www.nice.org.uk/guidance/ng69>

https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2774_allegato.pdf

<https://www.aidap.org/2017/la-gestione-clinica-dei-disturbi-dell'alimentazione>

Luck A.J., Morgan J.F., Reid F., O'Brien A., Brunton J., Price, C. Perry, L. Lacey, J.H. (2002), **The SCOFF questionnaire and clinical interview for eating disorders in general practice: comparative study** British Medical Journal, 325,7367, 755 – 756

De Virgilio G., Coclite D., Napoletano A., Barbina D., Dalla Ragione L., Spera G. & Di Fiandra, T. (2012). Conferenza di consenso. **Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) negli adolescenti e nei giovani adulti**. Roma: Rapporti ISTISAN 13/6 e 24-25 ottobre 2012

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5, 5th edition. Fifth edn. American Psychiatric Publishing, Arlington, VA, 2013

American Psychiatric Association. DSM-5: The future of Psychiatric Diagnosis. www.dsm5.org. 2013

DCA Buone pratiche di cura e prevenzione sociale

<http://www.disturbialimentarionline.it/mappadca/index>.

Quaderni del Ministero della Salute 17/22 2013 **Appropriatezza clinica, strutturale e operativa nella prevenzione, diagnosi e terapia dei disturbi dell'alimentazione**

Eating disorders: A Professional Resource for General Practitioners” (www.nec.com.au)

Hay P., Chinn D., Forbes D., Madden S., Newton R., Sugenor L., . . . Ward W. (2014). **Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of eating disorders**. Aust N Z J Psychiatry, 48 (11), 977-1008.

Donini L. M., Cuzzolaro M., Spera G., Badiali M., Basso N., Bollea M. R., . . . Zamboni M. (2010). [Obesity and Eating Disorders. Indications for the different levels of care. An Italian Expert Consensus Document]. **Eating and Weight Disorders**, 15(1-2 Suppl), 1-31.

Dove curarsi - i livelli di cura

a cura di
Walter Milano

I Disturbi dell'Alimentazione

(DA) sono patologie complesse in cui il corpo diventa lo scenario delle difficoltà e del dolore del paziente. Non sono certo l'effetto accidentale di cause esterne ma parte integrante della vita di chi se ne ammala.

L'espressione dei sintomi su più livelli (psichico, fisico, alimentare) rende necessario un approccio diagnostico e terapeutico che abbracci più competenze e di conseguenza il trattamento dei DA è complesso, richiede un notevole impegno di risorse e determina costi sanitari elevati. Sia la fase di valutazione che quella del trattamento devono prevedere interventi multidisciplinari articolati su diversi livelli in base alla gravità clinica, pertanto si delineano come percorsi difficili che coinvolgono trasversalmente non solo diversi professionisti della salute ma anche diversi luoghi di cura, agenzie sanitarie e modelli organizzativi.

I Disturbi dell'Alimentazione, proprio per le loro peculiarità, tendono a scardinare l'organizzazione rigida dell'area psichiatrica perché tollerano male le barriere imposte nell'istituzione pubblica inerenti i limiti di età (passaggio a 18 anni dalla neuropsichiatria infantile alla psichiatria dell'adulto) e la tipologia del disturbo correlato (SERD quando c'è un problema concomitante di uso di sostanze o il DSM se c'è un altro tipo di comorbidità, ecc.). Barriere che rischiano di cronicizzare il disturbo se non si creano "reti" di percorsi che facilitino la continuità della presa in carico e l'integrazione tra le varie agenzie e che tengano conto della diffusione del disturbo su area psichica, fisica, alimentare, relazionale, ecc.

Il primo "nodo" della rete è la costituzione di team curante in cui ad operatori con formazione e competenze diverse sono richieste la capacità e la disponibilità di integrare e di mettere in comune il proprio bagaglio professionale e i propri punti di vista con quelli dei colleghi, acquisendo nuove competenze condivise.

La metafora della rete sta ad indicare un insieme di unità (professionisti, luoghi o enti) che operano e lavorano in maniera autonoma ma interconnessa.

Il settore **internistico-nutrizionale** gestisce fattori quali la restrizione alimentare, il peso, le idee disfunzionali su cibo, peso e corpo, badando bene a non avere come obiettivo unicamente il far mangiare o il fare aumentare di peso, ma soprattutto la correzione dei danni biologici più severi.

Il settore **psicoterapico** rivolge, invece, il proprio intervento ad aspetti quali bassa autostima, insicurezza o comorbidità come per esempio il disturbo d'ansia o la depressione o gli effetti di traumi pregressi, tenendo ben presente che il comportamento alimentare è un sintomo espresso in un linguaggio simbolico e, pertanto, rispondere al tema alimentare con altri temi alimentari significa spesso non entrare nel vero linguaggio che sta dietro al cibo. Questa disponibilità di due relazioni inoltre può favorire la riduzione del fenomeno dell'abbandono terapeutico in quanto se una relazione vacilla, l'altra può sostenere il paziente ed aiutarlo a superare un eventuale blocco motivazionale.

L'équipe deve, inoltre, **intrattenere rapporti di collaborazione con le altre strutture della rete dei Servizi del SSN** (dipartimenti di cure primarie, di salute mentale, ospedalieri, materno-infantile, di sanità pubblica, ecc.) in fase di riconoscimento precoce di situazioni di disagio o di disturbo più strutturato; in fase di diagnosi e di terapia; in fase di follow up e nella progettazione degli interventi di prevenzione, sia generale che selettiva.

Le domande che spesso al clinico, sia esso psichiatra, nutrizionista o psicologo, pongono i pazienti e le loro famiglie riguardano non solo il tipo di trattamento ma anche **il luogo sanitario più adatto alla cura** in quel dato momento e per quel problema di salute specifico ovvero **gli altri eventuali "nodi" della rete**.

I possibili luoghi di cura sono: l'ambulatorio specialistico, il centro diurno, la residenza psico-riabilitativa e nutrizionale intensiva, il ricovero ospedaliero volontario in strutture mediche e psichiatriche, il ricovero in trattamento sanitario obbligatorio psichiatrico.

L'intervento terapeutico da praticare nei DA e il luogo in cui intervenire viene deciso sulla base di una valutazione clinica che deve prendere in considerazione svariati elementi:

- La definizione diagnostica del disturbo dell'alimentazione, la sua durata e gravità
- Le condizioni fisiche generali del paziente e le eventuali alterazioni degli indici di funzionalità organica
- Il profilo psicopatologico e personale del paziente, compresa la preven-

dibile aderenza alla cura

- L'eventuale coesistenza di altre patologie psichiatriche e/o mediche
- La storia di eventuali trattamenti precedenti
- Le dinamiche familiari e la situazione socio-ambientale (compresa la prevedibile collaborazione dei familiari e delle altre persone significative nei confronti dell'intervento terapeutico).

UNITÀ AMBULATORIALE SPECIALISTICA

Costituisce il nucleo fondamentale dell'attività diagnostica e terapeutica e svolge funzione di filtro per i successivi livelli terapeutici, di day-hospital e di ricovero riabilitativo e ordinario, in relazione agli elementi clinici emersi durante l'iter diagnostico. Oltre alla fase diagnostica, il livello assistenziale ambulatoriale svolge anche compiti di controllo periodico per i soggetti che non hanno presentato elementi clinici tali da richiedere trattamenti intensivi ma che, comunque, manifestano fattori di rischio che non possono essere trascurati. In questo livello di cura non è necessario monitorare quotidianamente le condizioni fisiche e psicologiche del paziente; è indicato per i pazienti la cui sintomatologia fisica e psicologica appare suf-

ficientemente stabile e che presentano una buona motivazione al trattamento. Il trattamento ambulatoriale non è indicato per pazienti gravemente sottopeso, a meno che non abbiano un'alta motivazione al trattamento, il sostegno della famiglia e ci sia la disponibilità di un ricovero immediato nel caso essi non dovessero rispondere alla terapia ambulatoriale.

CENTRO DIURNO O STRUTTURE SEMIRESIDENZIALI

Il centro diurno o il centro semiresidenziale prevede la possibilità di accesso dei pazienti in strutture specializzate, per diverse ore al giorno, in genere per 5/6 giorni la settimana, in cui è possibile fornire un intervento nutrizionale e psicologico integrato analogo a quanto effettuato a livello ambulatoriale ma con un maggiore livello di assistenza, inclusa l'assistenza ai pasti.

Il centro diurno necessita di operatori specializzati e di strutture e spazi dove è possibile praticare la riabilitazione non solo psico-sociale ma anche quella psico-nutrizionale. È opportuno che l'équipe del centro ambulatoriale e di quello semiresidenziale siano le stesse o in costante interazione.

STRUTTURE RESIDENZIALI

Per il tipo di prestazioni e per l'intensità delle cure, sicuramente le strutture residenziali psico-riabilitative e psico-nutrizionali, dovranno essere intensive nel funzionamento ovvero con ri-

covero 24 ore su 24 e 7 giorni su 7. Tutte le linee guida internazionali, le raccomandazioni fatte dalle società scientifiche nazionali e le indicazioni sull'appropriatezza clinica, emanate dal Ministero della Salute in Italia, sottolineano che le strutture residenziali devono essere gestite da équipe con competenze specifiche per la rialimentazione e per il monitoraggio delle condizioni di salute fisica e per interventi psico-terapeutici, riabilitativi psico-sociali e psico-educativi familiari. È necessario che l'invio per il ricovero sia gestito dall'équipe che ha in trattamento ambulatoriale e territoriale la paziente e che vi sia condivisione del progetto terapeutico individualizzato tra l'équipe inviante e quella accettante. La struttura residenziale è auspicabile che sia ubicata alla minima distanza possibile dal luogo di residenza, in modo da consentire il coinvolgimento dei familiari, il mantenimento dei legami sociali, professionali, di studio e lavorativi ed evitare, quanto più possibile, frammentazione della rete assistenziale. L'allontanamento da casa può essere in sé un vantaggio nelle situazioni di invischiamento familiare perché permette alla paziente di avere una visione diversa e a volte più chiara di sé potendosi osservare e sentire direttamente, autonomamente e non attraverso l'interazione con il gruppo familiare.

A volte allontanarsi dai sistemi rigidi di funzionamento diviene per il paziente il solo modo possibile per pensarsi come essere autonomo, separato dai propri genitori e per consentire passaggi evolutivi.

Del resto anche il sistema familiare, senza la presenza del paziente, va incontro a delle evoluzioni perché le problematiche familiari possono emergere non più nascoste dal disturbo alimentare. Indubbiamente però l'allontanamento comporta anche una serie di svantaggi: per esempio che i cambiamenti acquisiti durante un trattamento in ricovero siano contesto dipendenti e tendano pertanto a perdersi al rientro nella realtà quotidiana. Esiste anche il rischio di confermare nel sistema familiare, se non viene opportunamente guidato e accompagnato, che solo il paziente è il portatore di un problema e quindi di non supportare la necessità che tutti si attivino per il cambiamento. In ogni caso è indispensabile offrire ai genitori un aiuto terapeutico durante il ricovero dei figli. L'aiuto deve avvicinarsi il più possibile a ciò di cui hanno maggiormente bisogno (sostegno, direttive, psicoterapia della coppia genitoriale o di uno dei due). La partecipazione a un gruppo di genitori di ragazzi con DA, quando è possibile, risulta estremamente efficace.

RICOVERO ORDINARIO

Le unità di ricovero ordinario possono

avere sede in reparti internistici o pediatrici, per il trattamento delle complicanze mediche urgenti e della malnutrizione per difetto grave, e in reparti psichiatrici, per la gestione del rischio suicidario, la comorbidità psichiatrica e per gli eventuali trattamenti sanitari obbligatori (TSO).

La decisione del ricovero è una decisione spesso traumatica per il paziente e la famiglia e deve pertanto essere gestita con grande attenzione e in tutti i suoi aspetti.

BIBLIOGRAFIA

D. Belardini, R. Schumann **La riabilitazione psico-nutrizionale nei disturbi dell'alimentazione** Carrocci Faber

M. Cuzzolaro **Anoressie e Bulimie** Il Mulino

L.M. Donini, U. Nizzoli, et al. **Manuale per la cura e la prevenzione dei Disturbi dell'Alimentazione e delle Obesità** SISDCA

W. Milano **I disturbi dell'alimentazione. Clinica e terapia: manuale di gestione delle complessità** Fioriti Editore

U. Nizzoli, Claudio Colli, Chiara Covri **DCA: disturbi del comportamento alimentare. Manuale per operatori, insegnanti, genitori** Carrocci Faber

Quaderni del Ministero della salute **Appropriatezza clinica, strutturale e operativa nella prevenzione, diagnosi e terapia dei disturbi dell'alimentazione** n. 17/22 luglio-agosto 2013

M. Recalcati, M. A. Rugo **Alimentare il desiderio. Il trattamento istituzionale dei disturbi dell'alimentazione** Raffaello Cortina Ed.

P. Salvo **Manuale di psicoeducazione per disturbi dell'alimentazione. Il metodo RPP® Riabilitazione Psiconutrizionale Progressiva per famiglie e operatori** Ericsson Ed.

Il colloquio breve con paziente e genitori

a cura di
Gianfranco Bruschi

Nel ruolo di Medico di Medicina Generale o di Pediatra di Libera Scelta può succedere di incontrare soggetti e loro familiari, che riportano difficoltà e problematiche di salute ascrivibili a non meglio identificati disordini dell'alimentazione oppure a veri e propri disturbi alimentari all'esordio, avanzati o già in cura.

L'interazione con persone in difficoltà in contesti sanitari, in particolare di salute mentale, già di per sé complessa, può comportare in questi casi ancora più ostacoli, specie se consideriamo il complicarsi delle comunicazioni con i genitori ed altri familiari.

Comunicare in maniera efficace diviene quindi una variabile insieme delicata e strategica per favorire la costruzione di consapevolezza del problema da parte dei soggetti coinvolti e la decisione di proseguire in un percorso di cura appropriato.

Il presente contributo vuole proporre punti di riferimento utili per gestire tali difficoltà di comunicazione e promuovere così l'adesione alle cure, sia in fase iniziale o preventiva, sia in fase itinerante, sia nei casi di ricaduta o recidiva. Ciò in considerazione dei passaggi che compongono il processo del cambiamento, un ciclo che vede consequenzialmente:

- impensabile cambiare,
- pensabile cambiare,
- “si può fare”,
- “si fa” e si mantiene ciò che si è cambiato

se non si ricade.

Si tratta di un circuito che interessa tutti i tipi di cambiamento (modello trans-teorico di Prochaska e Di Clemente, 1982), attraverso delle fasi nelle quali si realizza la presa di consapevolezza di una persona e la sua decisione di cambiare e di mantenere tale azione.

Il modello prevede che tale circuito possa essere percorso anche più volte in tentativi di cambiamento e ricadute che possono poi portare a mantenere stabilmente il comportamento modificato nel processo di cura.

CENNI SULLA COMUNICAZIONE: UTILITÀ E BLOCCHI DA EVITARE

Il contesto comunicativo che coinvolge medico e paziente, con o senza i familiari, in presenza di disordini del comportamento alimentare, ha caratteristiche specifiche di difficoltà nella intensità emotiva delle interazioni, nelle resistenze e chiusure e nelle limitazioni del giudizio sociale, a carico di chi soffre del problema o disturbo e quindi anche dell'intero contesto comunicativo. Il ruolo del medico di medicina generale o del pediatra diviene allora fondamentale per favorire l'inizio di una conoscenza del problema di salute e della possibilità da parte di chi ne soffre di porsi nell'ottica di rivolgersi ai servizi appropriati. Le modalità di interazione utilizzate dagli operatori della salute possono modificare l'evoluzione della relazione di aiuto.

Condizioni facilitanti:

- creare clima di accettazione e fiducia
- limitare le difese e rendersi disponibili ed interessati alla relazione
- neutralità non come distacco ma come disponibilità nel lasciare esprimere l'individuo
- ascolto dell'altro senza imporre il proprio stile, ponendosi dal suo punto di vista.

In tal senso occorre attenzione al proprio stile di comunicazione per imparare a gestirlo ed

evitare stili di comunicazione scorretti come i seguenti:

- a) Atteggiamento di etichettatura e biasimo dei comportamenti
- b) Atteggiamento interpretativo sulla base delle convinzioni personali
- c) Atteggiamento di sostegno paternalistico e consolatorio
- d) Atteggiamento investigativo, indagante
- e) Atteggiamento di soluzione immediata del problema

CENNI SULL'ASCOLTO RIFLESSIVO COME FACILITAZIONE DELLA COMUNICAZIONE CHE PROMUOVE CAMBIAMENTO

Il processo di cambiamento compete al soggetto portatore del disturbo. Molto può essere fatto però a livello indiretto per favorire tale percorso, sia da parte dei caregivers, sia da parte degli operatori dei servizi sanitari e della salute mentale. Agire sulla comunicazione significa in questo contesto, intervenire perché possa essere avviata una serie di riflessioni e comprensioni che può portare il soggetto sofferente e in alcuni casi i suoi familiari a decidere di affrontare il problema.

Innanzitutto occorre facilitare la comunicazione con un atteggiamento naturale ed appropriato, comprensivo e di supporto alla decisione di aderire al percorso di cura, secondo i punti proposti sopra. Tale atteggiamento va diretto in maniera principale a chi porta il disturbo o problema per aiutarlo ad assumersi la responsabilità della sua salute.

Il soggetto e la malattia sono due entità da vedere separate anche se si presentano come un tutt'uno: l'intento è di parlare con la persona perché possa riconoscere la sua malattia e decidere di agire di conseguenza.

Nei confronti dei genitori e familiari occorre invece adottare una comunicazione di ascolto e supporto simile, volta però a riconoscere ciò che possono fare, cioè intervenire inevitabilmente in maniera indiretta sul problema, che è sempre da considerare separato dalla persona che ne soffre. La loro parte è limitata alla comprensione delle difficoltà del loro caro e al suo supporto ad affrontare la malattia, ma possono farlo solo se riescono a distinguere la loro azione da quella del/la loro figlio/a o parente, **non prendendo il suo posto**.

Spesso, se non addirittura sempre, chi arriva presso il medico di famiglia o dal pediatra di libera scelta, con un disturbo alimentare, non lo fa di sua iniziativa, perché come si vedrà in altre parti del volume, si tratta di una malattia egosintonica, che permette di sentire sicurezza e falsa competenza di fronte a percepita bassa autostima e capacità relazionali. Sovente, specie nel caso di minori, sono i genitori o caregivers ad accompagnare la persona, senza che vi sia una vera e propria consapevolezza del problema e tantomeno una volontà di volerlo affrontare. Tale situazione crea non di rado conflitti e tensioni emotive molto forti o esasperate.

I casi in cui sono i soggetti sofferenti stessi a fare il primo passo, da adulti più che da minori, sono rari. Occorre quindi favorire il contatto con i servizi sanitari, attraverso una comunicazione che accolga le difficoltà e le resistenze per aprire alla possibilità di una volontarietà e motivazione alle cure.

In questi casi, rispetto al circuito del cambiamento di cui sopra, la persona si trova quasi sempre in fase di impensabilità di modificare il suo comportamento oppure di ambivalenza tra i vantaggi e svantaggi dell'affrontare un percorso di cura e quelli di rimanere nello stato di malattia.

L'approccio comunicativo in tale situazione può tendere ad una modalità empatica di ascolto che lascia spazio all'espressione della persona

che chiede aiuto, che possiamo definire insieme all'autore Carl Rogers (1970) "ascolto attivo" o anche riflessivo. Consiste nell'ascoltare attentamente e riformulare ciò che il soggetto ha detto, senza modificarne il contenuto, al fine di verificare la nostra corretta comprensione di ciò che la persona ha riportato, verificando così se abbiamo veramente colto l'oggetto del discorso, sia in senso cognitivo che emotivo.

L'ascolto attivo è una pratica importante nella relazione di aiuto che si articola su alcuni punti fondamentali.

- 1) Lasciare parlare l'altro, facilitare il suo accesso ad uno spazio fisico e psicologico accogliente;
- 2) Ascoltarlo per cercare di capire il suo stato d'animo, cosa prova, facendo interventi "non contaminanti";
- 3) Riformulargli con una certa frequenza quanto abbiamo capito, per verificare se ci siamo messi veramente nella sua prospettiva di pensiero;
- 4) Evitare critiche, consigli e altri atti del genere; il consiglio deriva da una valutazione che vuole indicare ciò che è meglio per la persona dal nostro punto di vista, ma se voglio promuovere un'analisi di quello che succede, non c'è bisogno di consigli, quanto piuttosto di riflettere insieme per comprendere ("spiegami bene come stanno le cose secondo te e dimmi cosa si potrebbe fare");
- 5) Porre domande che aiutino il soggetto ad

interrogarsi, a riconoscere le proprie risorse e le opportunità che potrebbe cogliere ("cosa hai pensato di fare? Cosa vuoi fare? C'è qualcuno che potrebbe aiutarti?").*

Facilitare la relazione interpersonale significa rendere il rapporto con l'interlocutore il meno distante possibile, pur ammettendo una certa asimmetria, provando a comunicare la nostra impressione soggettiva di operatori invece di pronunciare giudizi o consigli che mettono la persona in una situazione di dipendenza ed inferiorità.

Con il giudizio verso l'altro, si realizza nel rapporto un controllo senza mettersi in discussione; se l'altro non è ben disposto verso il colloquio e non accetta tale atteggiamento di valutazione si sentirà rinforzato nella sua resistenza o opposizione; se l'altro non è ostile alla situazione non si sentirà comunque compreso e a suo agio. In ambedue i casi la relazione è compromessa. Se invece esprimo la mia impressione e il mio stato d'animo di fronte al suo comportamento, chiedendo conferma o ulteriore spiegazione di ciò che ho compreso, l'altro può restare indifferente o poco coinvolto

ed allora capiamo che per ora è meglio non insistere sullo stesso tasto, non peggiorando eventuali disagi o contrasti. Oppure può capire che sta suscitando impressioni anche diverse da quelle che pensava e può interrogarsi a sua volta su cosa sta provando, in una comunicazione che acquista così carattere di autenticità, nella quale egli sente l'interesse dell'operatore.

In ultima analisi, specie se capiamo che non è utile esporci, può essere molto utile anche descrivere i fatti nel modo più oggettivo possibile, mettendo in evidenza gli eventuali effetti che il comportamento della persona potrebbe originare e chiedendo di pensarci.

In questo modo si favorisce un processo di responsabilizzazione del soggetto stesso, che si sente quindi invitato a riflettere sul proprio comportamento, sulle sue conseguenze ed ad assumersene le responsabilità.

Tali atteggiamenti possono aiutare soprattutto nei casi di impensabilità del cambiamento oppure di ambivalenza rispetto allo stesso. Fare domande aperte, rivolte a riflettere su dati di realtà, percepiti o comunicati, riguardo agli effetti del disturbo sulla mente e sul corpo, può permettere al soggetto di riflettere su quanto gli sta succedendo o può succedergli, favorendo una sua presa di consapevolezza spontanea e non imposta dall'alto, che facilita a sua volta una valutazione ed una presa di decisione rispetto al percorso di cura.

BIBLIOGRAFIA

Mucchielli R., Apprendere il counseling, Erickson, Trento, 1987

Prochaska J.O., Di Clemente C.C., Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. Psychotherapy, theory, research and practice 1982; 19:276-88

in Miller WR, Rollnick S., Il colloquio motivazionale. Preparare la persona al cambiamento Erickson, Trento, II edizione, 2004.

Rogers C. R., La terapia centrata sul cliente Martinelli, Firenze, 1989.

*Può essere d'aiuto immaginare ad esempio una comunicazione secondo il seguente schema:

STIMOLO (OPERATORE)	REAZIONE (NELL'INTERLOCUTORE)	EFFETTO (NELL'INTERLOCUTORE)
Spiegami bene ...	Cosa mi succede	Si guarda dentro
Come ci stai ...	Cosa sento	Cerca di capire il suo vissuto
Cosa si potrebbe fare ...	Cosa io posso fare	Guarda alle risorse interne/esterne
Cosa vuoi fare	Cosa voglio/posso fare	Progetta

Quale compito per Medici e Pediatri

a cura di
Giovanni Gravina

L'azione del Medico di Medicina Generale (MMG) o del Pediatra di Libera Scelta (PLS) rappresenta il primo dei cinque livelli d'intervento previsti in Italia per la cura dei disturbi dell'alimentazione (DA).

Negli ultimi anni risulta sempre più chiaro come il ruolo del medico di medicina generale (MMG) e del pediatra di libera scelta (PLS) possa essere cruciale nella rete di cura per intercettare i nuovi casi e per il sospetto o prima diagnosi di un disturbo dell'alimentazione.

prodromici del disturbo, accogliere le preoccupazioni dei familiari riguardo a comportamenti a rischio, monitorare

I MMG e i PLS, adeguatamente formati, possono identificare precocemente i nuovi casi di disturbi dell'alimentazione e fare diagnosi nelle fasi iniziali del disturbo per l'invio ai servizi specializzati. I MMG e i PLS possono essere i primi a percepire segnali d'allarme e sintomi

tali comportamenti, effettuare diagnosi differenziale e procedere ad una valutazione del rischio fisico in presenza di un sospetto diagnostico tramite esame obiettivo e prescrizione di opportuni esami bioumorali e strumentali.

In sintesi quindi le aree potenziali di intervento nel primo livello di cura includono: la prevenzione, lo screening e la diagnosi precoce, la rilevazione dei segnali di allarme, la comunicazione con il paziente e i familiari, l'identificazione dei nuovi casi, la valutazione del rischio fisico, l'invio ai centri specialistici, il follow-up.

1 PREVENZIONE:

In un'ottica preventiva il medico di medicina generale **può svolgere un intervento educativo** rivolto ai pazienti più giovani per favorire la sana alimentazione e l'attività fisica, aiutandoli ad adottare una visione che favorisca la comprensione e l'accettazione dei cambiamenti corporei. I giovani sono frequentemente bersagliati dal messaggio inappropriato che sia possibile modificare il peso e la forma del corpo a proprio piacimento. **Un giovane può migliorare la propria alimentazione e i livelli di attività fisica per tenersi in forma e, se è in sovrappeso, può porsi l'obiettivo**

di ottenere un realistico decremento ponderale. Non può, però, modificare le sue forme corporee determinate dalla genetica né raggiungere e mantenere un peso corporeo corrispondente a ideali di magrezza spesso irrealistici. Le limitazioni biologiche nei confronti di un dimagrimento inappropriato sono una realtà e una dieta troppo rigida e prolungata può portare, in alcuni casi, allo sviluppo di un disturbo dell'alimentazione. Il medico può cercare di aiutare le adolescenti in normopeso a non intraprendere diete ipocaloriche. Alcune ricerche hanno dimostrato che una dieta ipocalorica nei giovani normopeso aumenta di 8 volte il rischio di sviluppare un disturbo dell'alimentazione.

2 SCREENING e DIAGNOSI PRECOCE

Uno dei principali problemi nella cura dei disturbi dell'alimentazione è il ritardo con cui viene posta la diagnosi. Tale ritardo può avere serie ripercussioni sulla storia naturale del disturbo, perché più precocemente si inizia un trattamento maggiori sono le possibilità di successo. Purtroppo non sempre è facile per un medico non specialista porre una diagnosi precoce dei disturbi dell'alimentazione, e per questo **è opportuna una adeguata formazione.**

3 RILEVAZIONE dei segnali di allarme

Nell'ambulatorio medico possono essere rilevati segnali di allarme per la presenza o il rischio di insorgenza di un disturbo dell'alimenta-

zione, raccolti direttamente attraverso il colloquio con il paziente o con i suoi familiari. Questi segnali generalmente comprendono: grave perdita di peso, paura irragionevole di ingrassare, preoccupazione intensa per il peso e la forma del corpo, amenorrea da almeno tre cicli consecutivi, abbuffate o adesione a diete ferree (saltare i pasti, ridurre le porzioni, dividere i cibi in buoni e cattivi), comportamenti frequenti di controllo del cibo e del corpo, evitamento dell'esposizione del corpo, coesistenza di tali sintomi con un cambiamento dell'umore, isolamento sociale, ansia, disturbi gastrointestinali). Il MMG o PLS può effettuare un colloquio con i familiari, nel rispetto del segreto professionale e della normativa sul trattamento dei dati personali, quando i familiari si sono rivolti a lui per ricevere un parere, perché preoccupati dal comportamento del figlio oppure quando abbia riscontrato segnali di allarme nel contatto con il paziente (in tal caso egli può anche chiedere ai familiari se essi abbiano notato la presenza di tali segnali).

4 IDENTIFICAZIONE di nuovi casi

I nuovi casi di anoressia nervosa sono un'evenienza rison-

trabile nell'ambito della medicina di famiglia, ancor più frequente può essere il riscontro di casi di bulimia nervosa, disturbi dell'alimentazione non altrimenti specificati e Binge Eating Disorder, patologie che raggiungono una prevalenza di circa il 5% in età giovanile. Gli studi disponibili indicano che meno della metà dei casi clinici di disturbi dell'alimentazione è identificato a livello della medicina di base. Nonostante ciò, i pazienti con questi disturbi consultano frequentemente il medico di famiglia, prima di ricevere la diagnosi, per un'ampia varietà di sintomi, specie gastrointestinali, ginecologici e psicologici che possono, se accuratamente valutati, far sospettare la diagnosi.

Per i MMG e i PLS la diagnosi di un disturbo dell'alimentazione può essere ostacolata dalla psicopatologia di questi disturbi, caratterizzata da negazione, ambivalenza, segretezza e vergogna, elementi che rendono difficile per il paziente parlare apertamente del problema alimentare con il medico curante. Un altro ostacolo può essere, talora, la scarsa esperienza clinica di MMG e PLS riguardo ai disturbi dell'alimentazione, con conseguente sottovalutazione dei sintomi iniziali del disturbo oppure scarsa attenzione nella

comunicazione (come ad es. fare commenti critici verso i comportamenti attuati dal paziente).

Ciononostante i medici che operano al primo livello di cura sono in una buona posizione per identificare i pazienti che presentano i primi sintomi o anche i prodromi del disturbo dell'alimentazione. L'impiego di alcuni semplici questionari di screening può facilitare questo processo (vedi questionario SCOFF), ma lo strumento migliore è che il medico, adeguatamente preparato, di fronte a sintomi, spesso ambigui in fase prodromica, consideri sempre la possibilità che il paziente abbia un disturbo dell'alimentazione. A riguardo può essere utile rivolgere al paziente alcune domande chiave durante la raccolta dell'anamnesi - per esempio, "Pensa di avere un problema alimentare?" e "Si preoccupa eccessivamente del peso e della forma del suo corpo?".

5 ELEMENTI per il SOSPETTO della presenza di bulimia nervosa

Generalmente i pazienti con bulimia nervosa hanno un'età maggiore di quelli con anoressia nervosa e tendono a consultare il medico di medicina generale per problemi non chiaramente connessi al disturbo. A volte è presente una storia pregressa di anoressia nervosa o di insoddisfazione corporea con

Se il paziente risponde in modo affermativo a una di queste domande, è utile approfondire, in modo empatico e non giudicante, quali comportamenti egli adotta per controllare il peso e la forma del suo corpo.

vari tentativi di perdita di peso. Attraverso un colloquio adeguato, con domande aperte e non giudicanti, possono emergere l'adozione di regole dietetiche estreme e rigide oppure la presenza di abbuffate, seguite o meno da vomito autoindotto.

Nel caso il paziente non dichiari la presenza di un problema alimentare, alcuni sintomi e segni fisici possono indirizzare verso la diagnosi di bulimia nervosa. I sintomi specifici includono la richiesta di perdita di peso, la presenza di alterazioni mestruali e le conseguenze fisiche del vomito autoindotto o dell'uso improprio di lassativi e diuretici, la perdita di controllo nell'assunzione di cibo. I sintomi non specifici includono stanchezza, sensazione di gonfiore e dolore addominale, irregolarità dell'alvo, pirosi gastrica. I segni fisici, non sempre presenti, sono la conseguenza del vomito autoindotto (es. erosioni sul dorso delle mani, erosioni dello smalto dei denti, ingrossamento delle ghiandole salivari).

6 DIAGNOSI DIFFERENZIALE

La diagnosi differenziale deve considerare le cause di calo ponderale (malassorbimento, morbo celiaco o malattie infiammatorie intestinali, neoplasie, uso illecito di sostanze stupefacenti, infezioni croniche, malattie autoimmunitarie, malattie endocrine, es. ipertiroidismo), l'amenorrea o irregolarità mestruali (gravidanza, ovaio policistico, prolattinoma) e i disturbi psichiatrici (depressione, disturbo ossessivo-compulsivo, somatizzazioni). Nei casi con sovrappeso od obesità

è sempre opportuno valutare la possibile presenza di abbuffate e di perdita di controllo rispetto all'assunzione di cibo.

7 VALUTAZIONE del rischio fisico

Una volta confermato il sospetto di un disturbo dell'alimentazione, il medico dovrebbe valutare il rischio fisico attraverso un accurato esame obiettivo e la prescrizione di esami bioumorali e strumentali.

L'esame obiettivo dovrebbe includere: misurazione del peso e dell'altezza (una perdita di peso > 1 kg a settimana negli ultimi tre mesi può porre l'indicazione per un ricovero; negli adolescenti, un indice di massa corporea al di sotto del 5° percentile indica una condizione di sottopeso); misurazione della frequenza cardiaca e della pressione arteriosa - la presenza di bradicardia marcata (< 50 battiti/minuto) e di grave ipotensione (pressione arteriosa massima < 80 mmHg) indica la presenza di rischio fisico; misurazione della temperatura corporea (i pazienti con malnutrizione per difetto hanno in genere una temperatura corporea inferiore ai 36 °C); esame delle estremità (la presenza di acrocianosi ed edema sono segni di grave malnutrizione per

difetto); auscultazione cardiaca (la presenza di battiti irregolari in un paziente con disturbo dell'alimentazione indica la presenza di rischio fisico). Un'estensiva valutazione laboratoristica e strumentale non è generalmente necessaria nel caso che il medico sospetti un disturbo dell'alimentazione in un contesto di medicina primaria. Molti esami risultano normali anche in condizioni di estremo sottopeso e costituiscono uno scarso ausilio per la valutazione del rischio fisico. Una lista ragionevole di esami da prescrivere, se non ci sono altre indicazioni diagnostiche, è la seguente: emocromo completo; elettroliti serici (calcio, fosforo, magnesio, potassio, sodio, cloro); creatinemia; creatinfosfochinasi; test di funzionalità epatica; glicemia; esame delle urine; elettrocardiogramma (se ci sono sintomi e segni di compromissione cardiaca); test di funzionalità endocrina (misurazione dei livelli serici di FSH, LH, prolattina); densitometria a doppio raggio X (se l'indice di massa corporea è < 15 kg/m² o percentile equivalente o è presente amenorrea di durata superiore ai 6 mesi).

INVIO AI CENTRI DI CURA SPECIALISTICI

MMG e PLS dovrebbero essere in rete e avere la possibilità di comunicare facilmente con il centro territoriale specialistico di riferimento per i disturbi dell'alimentazione, per richiedere una valutazione se hanno accertato la presenza o hanno il sospetto di un disturbo dell'alimentazione in un loro assistito. In questi casi possono preparare una breve relazione per i colleghi del secondo livello di cura, allegando gli esami bioumorali e strumentali eseguiti. Qualora sia presente una condizione di rischio fisico moderato-elevato o un'instabilità psichiatrica, il medico può valutare l'opportunità di fare eseguire una visita medica o psichiatrica urgente.

In Italia solo alcune Regioni sono organizzate in un sistema di rete e in molti casi l'invio è effettuato a specialisti di conoscenza, che non sempre adottano trattamenti basati sull'evidenza o seguono le linee guida esistenti. Dal momento che un trattamento inadeguato può favorire la cronicizzazione del disturbo dell'alimentazione, la scelta del centro di cura secondaria è un passo fondamentale che MMG e PLS dovrebbero compiere con estrema attenzione.

Nel caso la gestione del paziente con disturbo dell'alimentazione sia condivisa tra il medico di medicina generale e il centro di cura secondario, ci deve essere un chiaro accordo tra i professionisti su chi ha la responsabilità di monitorare e gestire il rischio fisico del paziente. Questo accordo dovrebbe essere condiviso anche con il paziente e i suoi familiari.

BIBLIOGRAFIA

Currin L. Waller G., Treasure J et al (2007) The use of guidelines for dissemination of "best practice" in primary care of patients with eating disorders Int J Eat Disord 40:476-9.

Ministero della Salute (2013) Appropriatelyzza clinica, strutturale e operativa nella prevenzione, diagnosi e terapia dei disturbi dell'alimentazione Quaderni Min Sal n.17/22

National Institute for Healthcare and Excellence. EDs: recognition and treatment (NICE Guideline 69)

Ministero della Salute (2013) Linee di indirizzo nazionali per la riabilitazione nutrizionale nei disturbi dell'alimentazione Quaderni Min Sal n.29

LE ASSOCIAZIONI ADERENTI

LOMBARDIA	<p>Associazione NUTRIMENTE onlus, Milano tel 366 2349163 • info@nutrimente.org fb: nutrimenteass • www.nutrimente.org</p>		
FRIULI VENEZIA GIULIA	<p>Associazione FENICE FVG odv, Cervignano del Friuli tel 331 4353265 • fenicefvg@libero.it fb: fenicefvg • www.fenicefvg.it</p>		
EMILIA-ROMAGNA	<p>Associazione “sulleALIdelleMENTI”, Parma-Ravenna tel. 339 5001571 • giu2207@virgilio.it fb: sullealidellementi</p> <p>Fondazione CEIS onlus, Parma-Modena-Bologna tel 393 1549740 • involo@gruppoceis.org fb: involo • www.involodca.it</p> <p>Associazione FANEP onlus, Bologna Policlinico Universitario S.Orsola Malpighi • info@fanep.org fb: fanep onlus • www.fanep.org</p>	TOSCANA	<p>Associazione LA VITA OLTRE LO SPECCHIO odv, PISA tel. 366 3075799 • lavitaoltrelospecchio@gmail.com fb: Lavitaoltrelospecchio • www.lavitaoltrelospecchio.it</p>
		UMBRIA	<p>Associazione CORAGGIO aps, Perugia tel. 335 6865133 • aps.coraggio@gmail.com</p>
		PUGLIA	<p>Associazione CIBIAMOCI, Giovinazzo (BA) tel. 345 1284359 associazionecibiamoci@gmail.com" fb: volodelcolibrìcibiamoci</p> <p>ANTHROPOS cooperativa sociale, Giovinazzo (BA) info@anthroposonline.it • www.anthroposdca.it</p>
VENETO	<p>Associazione FENICE, Portogruaro (Venezia-Treviso-Padova) tel. 335 6400875 • info@feniceonlus.it fb: associazionefeniceonlus • www.feniceonlus.it</p> <p>Associazione MARGHERITA FENICE, Belluno tel. 331 9186820 • assmargheritabl@libero.it fb: associazione margherita fenice belluno www.associazionemargherita.it</p>	BASILICATA	<p>10MAGNITUDOLIFEDCA, Potenza tel 392 1427718 • fb: 10 magnitudo life dca; www.10magnitudolife.wordpress.com</p>
		LAZIO	<p>Associazione CIBO & GIOIA aps, Roma tel. 333 8191244 • presidenzaciboegioia@gmail.com www.ciboegioia.it</p>

Tutti i testi e le immagini (compresi i loghi) qui pubblicati che sono di proprietà di terzi appartengono ai rispettivi proprietari e non possono essere riprodotti senza il loro consenso.

Salvo quanto sopra, i contenuti della presente pubblicazione sono forniti con licenza creative commons 2.5. È possibile citarli o riprodurli, salvo che a fini commerciali, purché ne venga riportata la fonte, ne sia rispettata l'integrità, senza apportare alterazioni o modifiche, non vengano utilizzati per opere derivate.

I testi della presente pubblicazione hanno finalità esclusiva di consultazione e informazione e non sostituiscono il alcun modo il parere, la diagnosi o l'intervento del medico.

Il Coordinamento Nazionale Disturbi Alimentari non assume alcuna responsabilità per qualunque tipo di errore, omissione o danno derivanti dall'impiego di qualsiasi forma di contenuto pubblicata.

Prima edizione marzo 2020.

illustrazioni di Francesca Dafne Vignaga

Impaginazione di Sara Isello



info@coordinamentonazionaledca.it

www.coordinamentonazionaledca.it

