
Il riconoscimento precoce dei disturbi dell'alimentazione

Dr. Riccardo Dalle Grave

Agenda

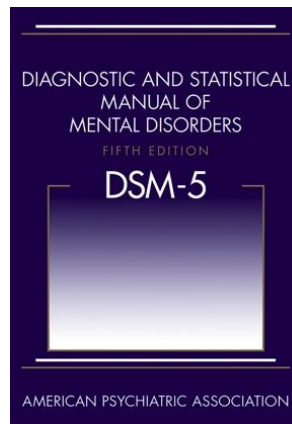
- Disturbi dell'alimentazione
 - Come definiamo il problema
 - La dimensione del problema
 - Le conseguenze
- Screening e diagnosi precoce
- Valutazione del rischio fisico
- Invio a centri specialistici
- Gestione durante il trattamento specialistico e nel follow-up

Come definiamo il problema

Definizione di disturbo dell'alimentazione

- I disturbi dell'alimentazione sono caratterizzati da un persistente disturbo dell'alimentazione o di comportamenti connessi all'alimentazione che
 - determinano un alterato consumo o assorbimento di cibo
 - danneggiano significativamente la salute fisica o il funzionamento psicosociale

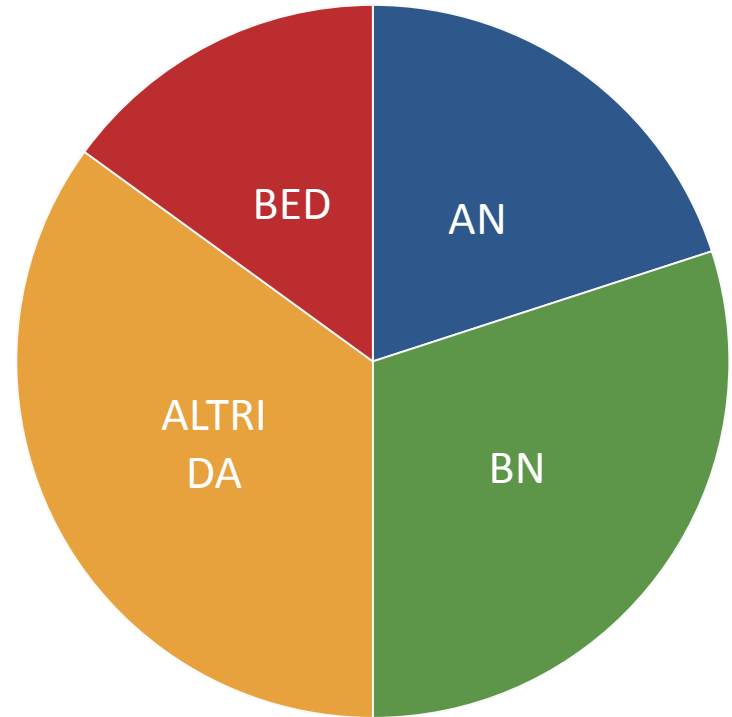
DSM-5 (2014)



Disturbi dell'alimentazione

Classificazione DSM-5

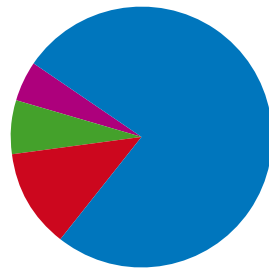
- Anoressia nervosa
- Bulimia nervosa
- Disturbo da alimentazione incontrollata (BED)
- Altri disturbi dell'alimentazione



Psicopatologia specifica e centrale

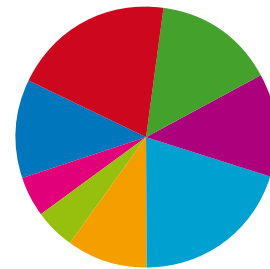
Eccessiva valutazione del peso, della forma del corpo e del controllo dell'alimentazione

- Le persone con disturbi dell'alimentazione giudicano se stesse in modo predominante o esclusivo in termini di controllo dell'alimentazione, del peso e della forma del corpo (spesso tutte e tre le caratteristiche)



■ Peso, forma del corpo, alimentazione
■ Scuola
■ Famiglia
■ Altro

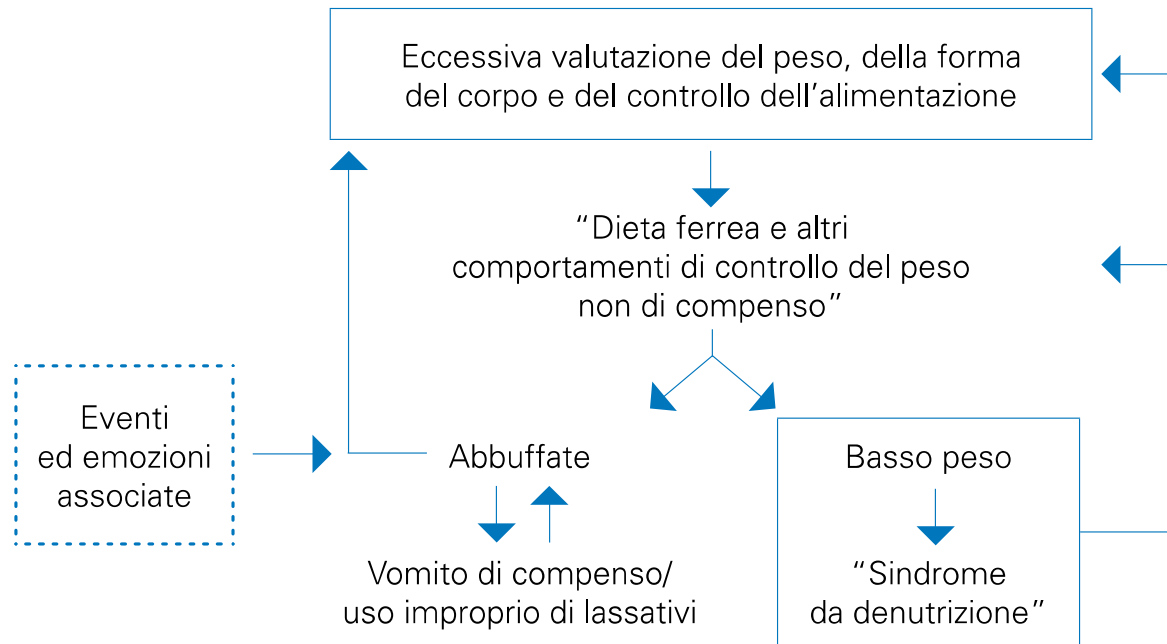
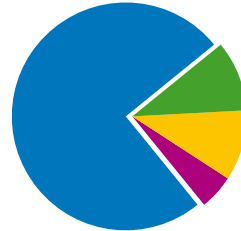
Persona con DA



■ Peso, forma del corpo, alimentazione
■ Scuola
■ Famiglia
■ Sport
■ Musica
■ Amici
■ Pittura
■ Altro

Persona senza DA

I meccanismi di mantenimento dei DA



La dimensione del problema

Anoressia nervosa

Incidenza

5 - 5,4 casi per 100.000 abitanti per anno
(stabile dal 1970)

Picco d'incidenza tra 15-19 anni

Prevalenza lifetime

Donne: da 0,9% a 2,2%

Uomini: da 0,24% a 0,3%

Bulimia nervosa

Incidenza

6,1 – 6,6 casi per 100.000 abitanti per anno
(declinata dal 1990)

Picco d'incidenza tra 16-20 anni

Prevalenza lifetime

Donne: da 1,7% a 2,9% (0,5% negli uomini)

La dimensione del problema

Disturbo da alimentazione incontrollata

Prevalenza lifetime

Nella comunità: 3%

- Età più avanzata d'insorgenza dell'AN e della BN
- Presente nel 7-12% delle persone che richiedono un trattamento per l'obesità
- $\frac{1}{4}$ sono maschi
- Frequente nella razza nera
- I pazienti richiedono il trattamento attorno ai 40 anni

Disturbo dell'alimentazione

Aree danneggiate

Salute fisica

- Mortalità (fino al 5% dei casi di anoressia nervosa dopo 10 anni dall'insorgenza)

Funzionamento psicologico

Relazioni interpersonali

Profitto scolastico e lavorativo

In alcuni casi determinano una grave disabilità

Screening e diagnosi precoce

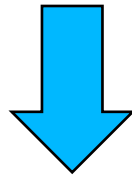
Il fenomeno

- Meno della metà dei casi clinici di disturbo dell'alimentazione sono identificati dal pediatra di libera scelta o dal medico di famiglia
- Il ritardo diagnostico può avere serie ripercussioni sulla storia naturale del disturbo: il trattamento precoce aumenta le possibilità di successo

Screening e diagnosi precoce

Segnali di allarme

- Perdita di peso
- Paura irragionevole di ingrassare
- Preoccupazione intensa per il peso e la forma del corpo
- Check e evitamento del corpo
- Adozione di regole dietetiche estreme e rigide



- Spesso associati a cambiamento dell'umore, isolamento sociale, ansia, disturbi gastrointestinali

Screening e diagnosi precoce

Gruppi ad alto rischio

Adolescenti (< 16 anni)

- IMC basso o elevato
- preoccupazioni per il peso e la forma del corpo
- disturbi mestruali o amenorrea
- sintomi dispeptici e problemi psicologici

Questionario di screening (SCOFF)

Screening e diagnosi precoce

SCOFF

- Ti induci il vomito quando ti senti eccessivamente pieno?
- Ti preoccupi se hai perso il controllo su quanto hai mangiato?
- Recentemente hai perso più di 6 kg in un periodo di 3 mesi?
- Pensi di essere grasso, mentre gli altri ti dicono che sei troppo magro?
- Diresti che il cibo domina la tua vita?

Per ogni “sì” 1 punto.

Punteggio ≥ 2 rischio anoressia nervosa o bulimia nervosa

Valutazione del rischio fisico

	Parametro	Preoccupazione	Allerta
Nutrizione	IMC (kg/m ²)	< 14	< 12
	Perdita peso settimanale	> 0,5	> 1,0
	Albumina (g/L)	< 35	< 32
Cardiovascolare	Creatinichinasi (U/L)	> 170	> 250
	Pressione sistolica (mmHg)	< 90	< 80
	Pressione diastolica (mmHg)	< 70	< 60
Temperatura (C°)	Polso (bmin)	< 50	< 60
		< 35	< 34,5
Esami bioumorali	Globuli bianchi (x 10 ³ mL)	< 4,0	< 2,0
	Neutrofili (x 10 ³ mL)	< 1,5	< 1,0
	Hb (g/dL)	< 11,0	< 9,0
	Piastrine (x 10 ³ mL)	< 130	< 110
	K ⁺ (mEq/L)	< 3,5	< 3,0
	Na ⁺ (mEq/L)	< 135	< 130
	Glucosio (mg/dL)	< 60	< 45

Invio ai centri specialistici

Intervento motivazionale ed educativo

- Il colloquio motivazionale deve essere affiancato da un intervento educativo che informi in modo scientifico e non terroristico il paziente dei rischi medici e psicologici del suo disturbo, delle opzioni terapeutiche disponibili e dei risultati che può ottenere
- Intervento strutturato in modo idoneo al contesto della pediatria o della medicina generale (incontri brevi e frequenti e forte rapporto di fiducia)

Invio a centri di cura specialistici

Supporto al paziente nella scelta del centro

- Necessità di disporre di un sistema a rete che abbia la possibilità di un intervento a passi successivi (ambulatoriale – ambulatoriale intensivo – ricovero)
- Scelta di un centro che garantisca le competenze e l'organizzazione per curare i disturbi dell'alimentazione nell'adolescenza e che applichi terapie basate sull'evidenza
 - Terapia cognitivo comportamentale transdiagnostica (CBT-E)
 - Trattamento basato sulla famiglia con i pasti assistiti (FBT)
- Accordo con i professionisti del centro su chi ha la responsabilità di monitorare e gestire il rischio fisico del paziente (accordo da condividere anche con il paziente e i suoi familiari)

Gestione durante il trattamento specialistico e nel follow-up

- Rinforzare il paziente e la famiglia a perseverare nel seguire il programma specialistico intrapreso
- Stabilire un contatto con lo specialista qualora si verificano crisi nell'adesione al trattamento
- Dopo la remissione e la conclusione della terapia specialistica
 - Monitorare il buon andamento dei comportamenti del paziente, rassicurandolo e consigliandolo a perseverare nell'attuazione del percorso prescritto e a diffidare dei pensieri disfunzionali circa il peso e la forma del corpo che dovessero riaffiorare

Conclusioni

Il medico di medicina generale e il pediatra di libera scelta hanno **un ruolo cruciale** nella rete di trattamento dei disturbi dell'alimentazione