



Disturbi del Comportamento Alimentare

La prospettiva del Medico di Medicina Generale

Terni 21/04/2018

Dr.ssa Assunta Daniela Bettelli

DA e MMG



Raramente o mai una paziente ci dirà:

“SONO ANORESSICA O BULIMICA”

ma ci porterà segni e sintomi da cui potremo **sospettarlo**



Screening per gruppi ad alto rischio

- Adolescenti
- Donne, soprattutto in periodi particolari di transizione della loro vita (indirizzare gli interventi preventivi nei confronti delle donne con ideazione nei confronti del peso e della forma)
- Donne con PCO o diabete
- Atlete (fitness competitivo, danza); nei maschi valutare con attenzione l'esercizio fisico praticato con lo scopo di rendere il corpo più muscoloso
- Persone con storia familiare di un disturbo alimentare
- Persone alla ricerca di aiuto per perdere peso



Screening per gruppi ad alto rischio

Adolescenti e giovani donne con

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

DCA e MMG

Sintomi e segni rilevabili in un ambulatorio di MG

- perdita di peso corporeo (variazioni in anamnesi di 5 kg)
- Assenza di mestruazioni
- Vomito (dopo attenta ed esperta anamnesi)
- Abuso di lassativi e diuretici (dopo attenta ed esperta anamnesi)
- Ipotensione, bradicardia
- Freddo agli arti
- Alterazione basi denti (perimolisi)
- Fragilità ossea (osteoporosi) e unghie
- Frequenti recidive fenomeni flogistico infettivi
- Disfagia, dispepsia

Compiti pratici PLS e MMG

(M.Vine,2013 Expanding the Role of Primary Care in the Prevention and treatment of Childhood Obesity: A Review of clinic- and community-based recommendations and interventions):

- **Rilevazione BMI/carte di crescita in percentili** (Koplan, 2005), (Colange, 2010, "Screening for obesity in children and adolescents: US preventive service task force recommendation statement");
- **Anamnesi familiare e personale;**
- **Monitoraggio dieta e attività fisica.**

Kubrik ("Providing obesity prevention counseling to children during a primary care clinic visit:result from a pilot study", Journal of the American Dietetic Association, 2008) → Brochures educazionali in sala d'attesa: "*Kid's goal board*", "*Parent Tip Board*".

Perrin ("Obesity prevention and the primary care pediatrician's office", Current Opinion in Pediatrics, 2007) → **MMG ed educazione terapeutica.**

SCOFF

Tabella 7.1 Questionario SCOFF per identificare le persone con disturbi dell'alimentazione

	Si	No
• Ti induci il vomito quando ti senti eccessivamente pieno?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ti preoccupi se hai perso il controllo su quanto hai mangiato?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Recentemente hai perso più di 6 kg in un periodo di 3 mesi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Pensi di essere grasso, mentre gli altri dicono che sei troppo magro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Diresti che il cibo domina la tua vita?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Positivo se >2 risposte)



Cotton, Ball, Robinson, 2003, riportano come meglio identificative nello screening le seguenti domande:

- Il peso influenza il modo con cui ti senti?
- Sei soddisfatto delle tue abitudini alimentari?



Documento di consenso degli esperti italiani su Obesità e Disturbi dell'Alimentazione

Setting di cura - Principi generali:

- **team approach**
- **setting multipli**

PRIMO LIVELLO

Cure primarie (PLS, MMG) e SIAN: promozione di stili di vita sani

SECONDO LIVELLO

Ambulatorio specialistico (ambulatorio nutrizionale SIAN, ambulat. endocrinologico)

TERZO LIVELLO

Day hospital, day service, centro diurno, (Centro provinciale DCA)

QUARTO LIVELLO

Riabilitazione intensiva residenziale o riabilitazione psichiatrica

QUINTO LIVELLO

Ricoveri H24

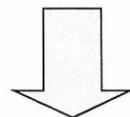
Documento di consenso degli esperti italiani su Obesità e Disturbi dell'Alimentazione

Setting di cura

- Indicazioni essenziali per il primo livello di cura

PRIMO LIVELLO

Cure primarie (PLS, MMG) e SIAN: promozione di stili di vita sani



- Capacità di riconoscere i fattori di predisposizione
- Capacità di sorvegliare e valutarne l'evolutiveità
- Capacità di effettuare Interventi di correzione di stili di vita non salutari
- Saper riconoscere i segnali di allarme
- Monitorare e indirizzare verso livelli di cura pluridisciplinari integrati
- Evitare il ritardo diagnostico

L'esame obiettivo dovrebbe includere:

- Misurazione del peso e dell'altezza. Il tasso di perdita di peso negli ultimi tre mesi è un importante indicatore da valutare.
- Misurazione della frequenza cardiaca e della pressione arteriosa. La presenza di bradicardia marcata (per esempio < 50 al minuto) e di grave ipotensione (pressione arteriosa massima < 80 mmHg) indicano la presenza di rischio fisico. Spesso è presente ipotensione posturale.
- Misurazione della temperatura corporea. I pazienti malnutriti hanno in genere le mani e i piedi freddi e una temperatura corporea inferiore ai 36 °C.
- Esame delle estremità: la presenza di acrocianosi ed edema sono segni di grave malnutrizione.
- 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 il medico sospetti un disturbo dell'alimentazione in un setting di medicina primaria. Molti esami risultano normali anche in condizione 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 (calcemia, fosforemia, magnesemia, potassiemia, sodiemia, cloremia).
- Creatininemia.
- CPK.
- Test di funzione epatica.
- Glicemia a random.
- Esame delle urine.
- ECG: se ci sono sintomi e segni di compromissione cardiaca (bradicardia, anomalie elettrolitiche, IMC < 15 o percentile di IMC equivalente).
- Test di funzione tiroidea, FSH, LH prolattinemia: per differenziare eventualmente l'amenorrea.
- DXA: se IMC < 15 o percentile di IMC equivale o amenorrea di durata superiore ai 6 mesi.



Trattamento dei casi lievi

Intervento motivazionale ed educativo

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

FOLLOW UP

- Rinforzare il paziente a perseverare nel seguire il programma specialistico intrapreso
- Stabilire un contatto con lo specialista qualora si verificano crisi nell'adesione al trattamento
- Monitorare il buon andamento dei comportamenti del paziente dopo la remissione e la conclusione della terapia specialistica, 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



Follow up del paziente

Condivisione degli obiettivi

Azione di rinforzo

Possibilità di colloquiare

(numeri tel dedicati / cellulari / vie preferenziali)

Conoscenza dei segnali di scompenso della patologia

Stringere e rinforzare buona alleanza terapeutica
col paziente

GRAZIE



PER L'ATTENZIONE