

21-22 Ottobre 2016

I° Convegno Nazionale SIRIDAP



Azienda Ospedaliera Cà Granda NIGUARDA

Sentieri interrotti

**I DCA nel ciclo di vita:
dall'esordio alla persistenza**



Gruppo di Interesse

Diagnosi precoce e ruolo della Medicina di Primo Livello



Patrizia Iacopini

Disturbi del comportamento alimentare

Sono un insieme di sindromi a etiologia multifattoriale, caratterizzati da alcuni elementi psicopatologici comuni:

- *alterazioni affettive*
- *alterazioni cognitive*
- *alterazioni comportamentali*

strettamente correlate all'ingestione di cibo e all'immagine corporea

Dati Epidemiologici

In totale, circa tre milioni di persone in Italia e decine di milioni di giovani nel mondo si ammalano ogni anno.

Per ogni 100 ragazze in età adolescenziale, si stima che 10 soffrano di qualche disturbo collegato all'alimentazione, 1-2 delle forme più gravi come l'Anoressia e la Bulimia, le altre in manifestazioni cliniche transitorie e incomplete.

Per rispondere alla necessità di rendere disponibili dati epidemiologici e raccomandazioni basate sulle evidenze scientifiche da condividere a livello nazionale, l'Ufficio Relazioni Esterne dell'Istituto Superiore di Sanità, in collaborazione con l'Ausl n.2 dell'Umbria e con il patrocinio del Ministero della Salute, ha promosso il 24 e 25 ottobre 2012 all'Istituto Superiore di Sanità la **Conferenza nazionale di consenso sui Disturbi del Comportamento Alimentare.**

Il documento raccoglie una serie di raccomandazioni, elaborate da un gruppo di esperti multidisciplinare e multiprofessionale per una gestione appropriata dei Dca nelle aree di intervento:

epidemiologia

prevenzione

modelli organizzativi



Area di prevenzione

anamnesi per accertare l'esposizione a determinati fattori di rischio, associati a DCA:

- familiarità per disturbi psichiatrici
- possibili eventi avversi/traumatici, malattie croniche dell'infanzia e difficoltà alimentari precoci
- possibili comorbidità psichiatriche
- appartenenza a gruppi in cui è maggiore la pressione socio-culturale verso la magrezza (modelle, ginnaste, danzatrici..)
- percezione e interiorizzazione dell'ideale di magrezza
- insoddisfazione dell'immagine corporea
- scarsa autostima e perfezionismo
- stati emotivi negativi

Il precoce riconoscimento dei sintomi e il tempestivo intervento, sulla base di un approccio multidisciplinare, rappresenta lo standard ideale di trattamento



Un disturbo alimentare può presentarsi con sintomi di varia natura insieme alle alterazioni cognitive e comportamentali



Interventi tempestivi

- I pazienti con disturbo alimentare spesso hanno difficoltà a riconoscere la malattia con ambivalenza verso il trattamento. Possono minimizzare, razionalizzare, o nascondere i sintomi e i comportamenti disturbati. Il buon funzionamento in altre aree della vita (scuola, lavoro, ecc.) e l'atteggiamento razionale possono mascherare la gravità della situazione. Spesso è necessario un supporto esterno nella costruzione di una corretta motivazione alla cura, indipendentemente dall'età.

In nessun caso il curante deve rinunciare a farsi carico del paziente perché questi nega di avere problemi.

Interventi tempestivi

- Genitori rappresentano la prima linea nella ricerca di aiuto per i bambini e adolescenti. I familiari sono in difficoltà a formulare una richiesta di aiuto e spesso si aspettano di sentirsi dire che non c'è nulla di cui preoccuparsi. Una sbrigativa minimizzazione del problema da parte del medico può portarli a sottovalutare il problema per lungo tempo, fino a quando non si aggrava eccessivamente.

Una diagnosi precoce può ridurre i tempi dell'intervento in modo significativo.

Interventi tempestivi

- I familiari spesso pensano di essere la causa del problema del figlio. Aiutarli a comprendere che non hanno nessuna colpa facilita una accettazione più serena della diagnosi e una buona collaborazione nel trattamento.

Ridurre lo stigma associato a questi disturbi è un intervento importante.

Interventi tempestivi

- Monitorare le condizioni fisiche, seguendo le indicazioni già esposte più sopra.
- Valutare sempre il rischio psichiatrico, compresi autolesionismo e pensieri, intenzioni, piani suicidari.

Fino a un terzo dei decessi legati a questi disturbi sono dovuti a suicidio.



L'indicazione da parte del **Medico di Medicina Generale** rappresenta la forma di invio più adeguata a una struttura specialistica.

Un assessment accurato da parte del medico curante è una premessa importante per ottenere il miglior esito di trattamento per il paziente.





Regione Marche DGR 247 30-03-2015

Linee di indirizzo per la realizzazione di una rete integrata di servizi per la prevenzione e cura dei disturbi del comportamento alimentare (DCA) nella Regione Marche

I setting assistenziali

Due principi generali sono alla base del trattamento dei disturbi dell'alimentazione:

- l'approccio multidimensionale, interdisciplinare, pluriprofessionale integrato, che coinvolge psichiatri, psicologi/psicoterapeuti, internisti, nutrizionisti, endocrinologi, dietisti, fisioterapisti educatori, tecnici della riabilitazione psichiatrica e infermieri;
- la molteplicità dei contesti di cura, dalla gestione ambulatoriale a lungo termine alla riabilitazione semiresidenziale e residenziale indirizzata agli stati gravi di malnutrizione, alle fasi di instabilità e scompenso delle comorbidità somatiche e psichiatriche e all'avvio di una correzione stabile dello stile di vita.

Risulta quindi fondamentale costituire una rete integrata fra i servizi territoriali (MMG, PLS, ambulatori specialistico, semiresidenzialità-residenzialità) e quelli ospedalieri, caratterizzata dalla presenza e dalla collaborazione di tutte le professionalità coinvolte nel percorso di diagnosi e cura e dalla condivisione fra professionisti dei programmi e degli interventi da attuare.



Cure primarie: Medico di medicina generale o pediatra di libera scelta

Sebbene i nuovi casi di anoressia nervosa non siano un'evenienza comune nell'ambito della medicina di famiglia in media un medico di famiglia con 1500 assistiti ha uno o due pazienti che soffrono di questo disturbo, la bulimia nervosa e i disturbi dell'alimentazione non altrimenti specificati raggiungono un prevalenza di circa il 5% tra le giovani donne e, quindi, sono di più facile osservazione da parte del medico di medicina generale.

Il ruolo del MMG e del PLS è fondamentale per un'individuazione precoce dei soggetti a rischio di DCA, per l'indirizzo dei pazienti con sospetto DCA al centro ambulatoriale di riferimento e per aiutare il monitoraggio del buon andamento dei comportamenti del paziente una volta che questo termina il periodo di trattamento specialistico.

L'impiego di alcuni semplici questionari di screening può facilitare questo processo.

Nei gruppi ad alto rischio può essere utile utilizzare un questionario di screening, come l'EAT-26 e il SCOFF.

Va comunque sottolineato che i questionari non permettono di porre una diagnosi, ma solo di considerare il paziente a rischio di avere un disturbo dell'alimentazione.



TEST di screening EAT 26

		mai	raramente	qualche volta	spesso	molto spesso	sempre
1	Ho una terribile paura di ingrassare						
2	Quando ho fame evito di mangiare						
3	Penso al cibo con preoccupazione						
4	Mi è capitato di mangiare con enorme voracità sentendomi incapace di smettere						
5	Ho l'abitudine di sminuzzare il cibo						
6	Faccio molta attenzione al potere calorico dei cibi che mangio						
7	Evito in particolare i cibi con elevato contenuto di carboidrati (pane, pasta, dolci)						
8	Sento che gli altri vorrebbero che io mangiassi di più						
9	Mi capita di vomitare dopo aver mangiato						
10	Mi sento molto in colpa dopo mangiato						
11	Mi tormenta il desiderio di essere più sottile						
12	Mi sottopongo a esercizi fisici intensi per bruciare calorie						
13	Gli altri pensano che sono troppo magra/o						
14	Mi preoccupa l'idea di avere del grasso sul corpo						
15	Impiego più tempo degli altri per mangiare						
16	Evito cibi dolci						
17	Mangio cibi dietetici						
18	Sento che il cibo domina la mia vita						
19	Mi piace mostrare un grande autocontrollo verso il cibo e dominare la fame						
20	Sento che gli altri fanno pressioni su di me perché io mangi						
21	Dedico al cibo troppo tempo e troppi pensieri						
22	Mi dispero se mangio dei dolci						
23	Mi impegno in programmi di dieta						
24	Mi piace che il mio stomaco sia vuoto						
25	Mi piace provare nuovi cibi elaborati						
26	Ho l'impulso di vomitare dopo mangiato						

Allegato A: Test di screening EAT 26 e SCOFF

DELIBERAZIONE

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Delibera
247

Legenda correzione del test di screening EAT 26

Il punteggio totale del test si ottiene sommando i punteggi ottenuti nelle singole domande.
Per le prime 25 domande assegnare i seguenti punteggi alle risposte:

(Sempre=3 punti, di solito=2 punti, spesso=1 punto, talvolta=0 punti, raramente=0 punti, mai= 0 punti)

Per l'ultima domanda invece, (domanda 26) assegnare i seguenti punteggi alle risposte:

(Sempre=0 punti, di solito=0 punti, spesso=0 punto, talvolta=1 punto, raramente=2 punti, mai= 2 punti)

Il paziente necessita di ulteriori approfondimenti se è presente almeno 1 dei seguenti criteri

1. Un punteggio uguale o superiore a 20 nell'EAT-26
2. Almeno **una risposta affermativa** ad una delle cinque domande comportamentali
3. Indice di massa corporea (BMI) inferiore a 18
4. Sensazione di avere qualche problema con il cibo e richiesta spontanea di consulenza specialistica

TEST SCOFF

	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"/>

Ogni risposta si vale 1 punto. Si consiglia invio per consulenza al centro specialistico in caso punteggio ≥ 2 .

Ch



Setting ambulatoriale specialistico

L'ambulatorio risponde all'esigenza di avere a disposizione un centro a diretto contatto sia con il territorio sia con le altre strutture sanitarie specifiche (medico di medicina generale, ospedale, servizio di salute mentale, strutture residenziali). Esso costituisce il nucleo fondamentale dell'attività diagnostica terapeutica e svolge funzione di filtro per i successivi livelli terapeutici e di ricovero ordinario, di ricovero residenziale e semiresidenziale, in relazione agli elementi clinici emersi durante l'iter diagnostico. Oltre alla fase diagnostica e terapeutica, il livello assistenziale ambulatoriale svolge anche compiti di controllo periodico per i soggetti che non hanno presentato elementi clinici tali da richiedere trattamenti intensi ma che, comunque, manifestano fattori di rischio che non possono essere trascurati.

L'équipe multidisciplinare dell'ambulatorio ha il compito pertanto di effettuare la valutazione interdisciplinare e specialistica composta da: valutazione internistico-nutrizionale; valutazione psicologico-psichiatrica. Le valutazioni verranno eseguite secondo le scale scientificamente validate. Sulla base di questa valutazione l'équipe farà la diagnosi di DCA, prenderà in carico il paziente provvederà a compilare la cartella clinico-assistenziale integrata. Verrà poi deciso l'idoneo setting di cura e definito e redatto il PAI (Piano Assistenziale Individualizzato)

Cosa si sapeva prima

- I DCA sono un gruppo di condizioni estremamente complesse dal punto di vista clinico e eziopatogenetico e strettamente intercorrelate tra loro dalla presenza di un anomalo rapporto con il cibo e di un'alterazione nella percezione del proprio peso e della propria immagine corporea.
- Spesso la loro insorgenza si verifica in adolescenza
- Il rischio di mortalità elevato



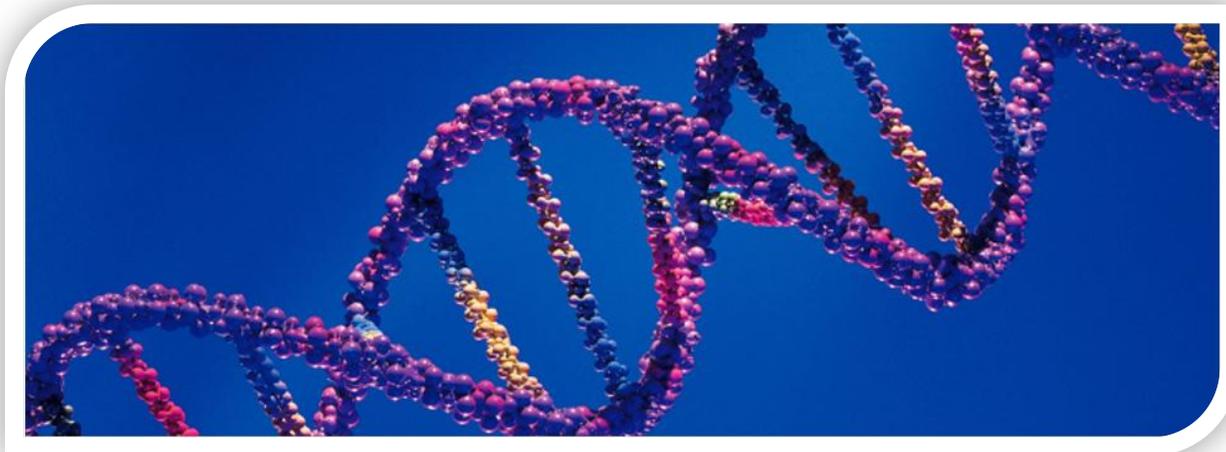
Cosa sappiamo oggi

- rappresentano un rilevante problema di salute pubblica (vera e propria emergenza sociale): si stima che in Italia ne siano affetti circa 2 milioni di adolescenti, anche se non sono disponibili dati epidemiologici certi;
- hanno presentato un progressivo abbassamento della soglia d'insorgenza con una comparsa sempre più frequente in età peri-puberale, per cui il loro riconoscimento è sempre più di pertinenza del pediatra;
- se diagnosticati precocemente e tempestivamente presi in carico all'interno di un percorso multidisciplinare di un team specialistico hanno buone probabilità di evoluzione a lungo termine in termini di qualità della vita.



Cosa ci aspettiamo nei prossimi anni

Le nuove teorie transdiagnostiche potrebbero portare all'identificazione delle basi neurobiologiche comuni per tutti i DCA, con rilevanti ripercussioni in termini di identificazione dei minori a rischio e di nuovi approcci terapeutici.



FONTI

- Disturbi comportamento alimentare Documento di Consenso a cura dell'ISS, 2012*
- Stice E, Marti CN, Durant S. Risk factors for onset of eating disorders: evidence of multiple risk pathways from an 8-year prospective study. *Behav Res Ther* 2011a;49(10):622-7
- Stice E, Marti CN, Spoor S, Presnell K, Shaw H. Dissonance and healthy weight eating disorder prevention programs: long-term effects from a randomized efficacy trial. *J Consult Clin Psychol* 2008;76(2):329-40.
- D.G.R. 247 (30-03-2015) Linee di indirizzo per la realizzazione di una rete integrata di servizi per la prevenzione e cura dei disturbi del comportamento alimentare (DCA) nella Regione Marche*
- Sandra Maestro, Giampiero I. Baroncelli, Et al. «*I disturbi del comportamento alimentare in adolescenza*» Aprile-Giugno 2013 • Vol. 41 • N. 170 • Pp. 74-83 *Adolescentologia*
- Laura Dalla Ragione «*La casa delle bambine che non mangiano. Identità e nuovi disturbi del comportamento alimentare*»

Grazie dell'Attenzione

