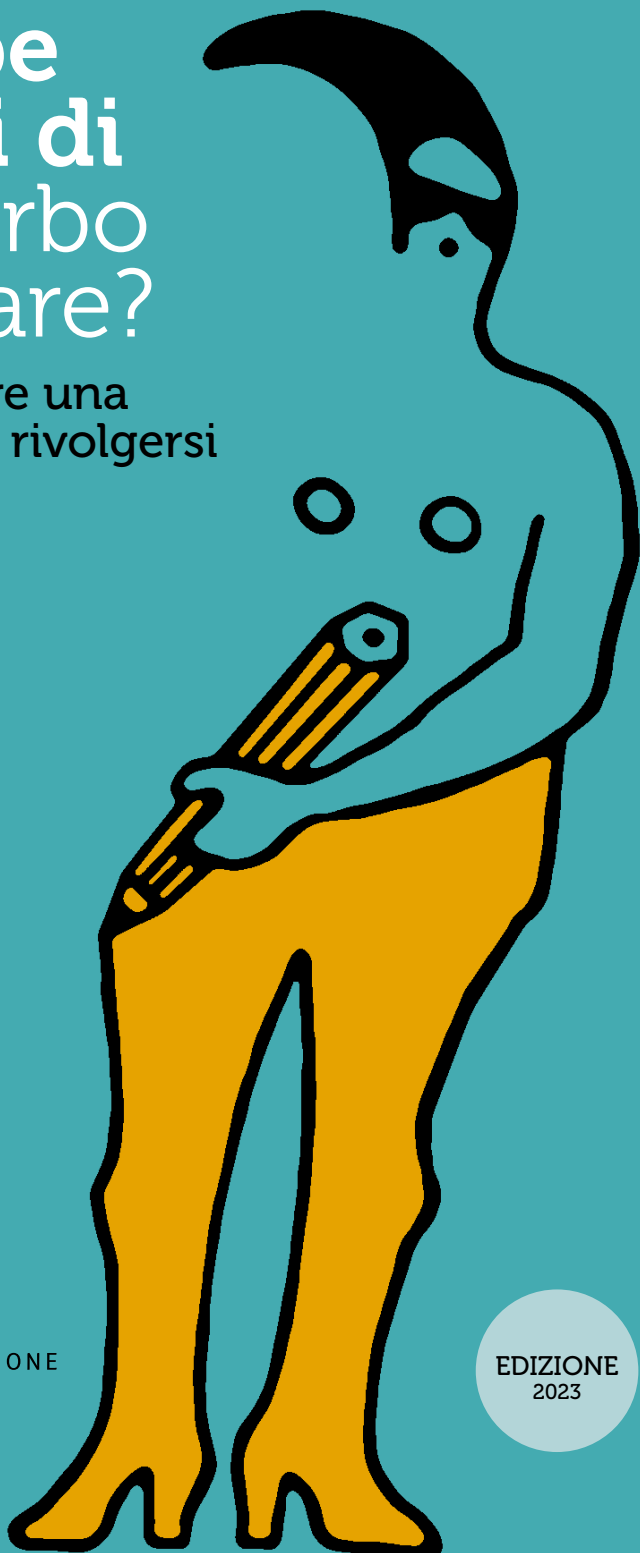


Potrebbe trattarsi di un disturbo alimentare?

Come indirizzare una diagnosi e a chi rivolgersi



FORUM PREVENZIONE
Infes

EDIZIONE
2023

Pubblicazione a cura di:

INFES

Centro Disturbi Alimentari al Forum Prevenzione

Autrici

Dr.ssa Raffaella Vanzetta (psicoterapeuta)

Dr.ssa Rita Trovato (dietologa internista)

Dr.ssa Maria Elena Azzaro (dietologa internista)

Si ringrazia per la collaborazione:

Dr. Markus Markart e Dr. Michael Zöbl (pediatri)

Dr. Salvatore Rampulla (odontoiatra)

Dr.ssa Bianca Babich (ginecologa)

Dr.ssa Patrizia Zambai (medico generico)

Traduzioni

Raffaella Vanzetta

Grafica e impaginazione

MAGUTDESIGN

Illustrazioni

Roberto Maremmani

Stampa

Litotipografia Alcione, Lavis (TN)

Edizione

Prima edizione **novembre 2014**

Seconda edizione **settembre 2023**

Premessa

I disturbi dell'alimentazione e la nutrizione (DAN) costituiscono oggi una vera epidemia sociale, ma in realtà spesso non vengono riconosciuti, ritardando così un trattamento adeguato.

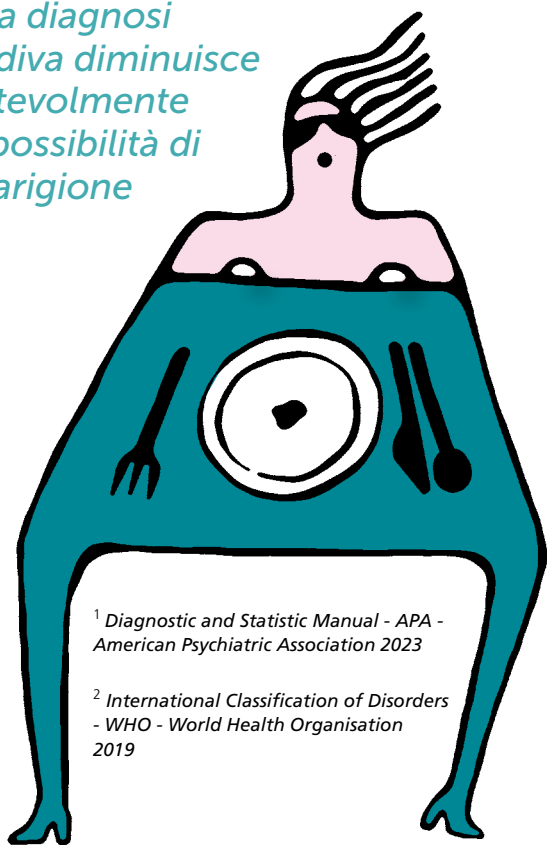
Una diagnosi tardiva diminuisce notevolmente le possibilità di guarigione.

I DAN sono caratterizzati da una pesante alterazione della condotta alimentare, da un eccesso di preoccupazione per la forma fisica, da alterata percezione dell'immagine corporea e da una stretta correlazione tra tutti questi fattori e i livelli di autostima. Si

tratta di disturbi psicosomatici con complicanze cliniche serie, secondarie alla malnutrizione e ai comportamenti impropri messi in atto per ottenere il controllo sul peso.

I disturbi classificati dai manuali diagnostici (DSM-5-TR¹ ICD-11²) comprendono: l'anoressia nervosa (AN), la bulimia nervosa (BN), il binge eating disorder (BED), detto anche sindrome da abbuffate compulsive o disturbo da alimentazione incontrollata (DAI) e il disturbo evitante-restrittivo ARFID. Vi sono inoltre disturbi non specificati, di cui fanno parte le sindromi parziali o subcliniche, ove sono presenti alcuni, ma non tutti i sintomi necessari per la diagnosi di anoressia e bulimia. Nell'eziopatogenesi intervengono fattori sia genetici sia ambientali. L'origine e il decorso sono determinati da una pluralità di variabili, nessuna delle quali da sola è in grado di scatenare la malattia. Alcune caratteristiche di personalità (perfezionismo, necessità di controllo sulla propria vita emotiva e sugli altri, eccessiva preoccupazione) favoriscono una vulnerabilità nei confronti dei DAN. Inoltre, la grassofobia imperante nella nostra società e la celebrazione del corpo magro e allenato, diffusa soprattutto dai social media, come fonte di successo e di soddisfazione personale, rappresentano il terreno fertile, sul quale si esprime un malessere più profondo.

Una diagnosi tardiva diminuisce notevolmente le possibilità di guarigione



¹ *Diagnostic and Statistical Manual - APA - American Psychiatric Association 2023*

² *International Classification of Disorders - WHO - World Health Organisation 2019*

Secondo dati forniti dal Centro Nazionale Epidemiologico dell'Istituto Superiore di Sanità, la prevalenza dell'AN e della BN in Italia sarebbe rispettivamente dello 0,2%- 0,8% e dell'1%-5% in linea con quanto riscontrato in molti altri paesi. Purtroppo, i dati si riferiscono a rilevazioni antecedenti il 2020. Dopo la pandemia a livello europeo si è notato un forte aumento di DAN, soprattutto nella fascia d'età 10-13 e un aumento di casi gravi. Sono aumentati anche i disturbi atipici quali l'ortoressia (l'ossessione per il mangiare sano), presente spesso anche negli individui di sesso maschile, e l'ARFID (disturbo evitante-restrittivo dell'assunzione di cibo), presente spesso in età pediatrica e che non è da confondere con l'alimentazione selettiva di bambin* abitualmente definiti "schizzinos*".

Nei DAN vi è una netta predilezione per il sesso femminile (9/1). Nella popolazione di sesso maschile si riscontrano espressioni diverse della patologia, come la già citata ortoressia e la bigoressia (ossessione per i muscoli), quest'ultima legata ad abitudini alimentari molto malsane e all'abuso di integratori e preparati iperproteici.

Il rischio di morte per una persona con diagnosi di anoressia nervosa è 5-10 volte superiore a quello di soggetti di pari età e sesso e il rischio suicidario costituisce circa il 20% di tutte le cause di morte.

In Alto Adige l'indagine sui giovani dell'ASTAT (2021) rileva che, nonostante l'89% delle giovani donne tra i 14 e i 25 anni sia normopeso o sottopeso, il 24% si ritiene troppo grassa. Sono in aumento tentativi di dimagrimento in adolescenti normopeso che possono rappresentare in soggetti predisposti un fattore scatenante. Nel nostro territorio sono oltre 600 le persone che attualmente sono in cura per DAN, con un aumento del 30% rispetto al 2020. Per i minori l'aumento è stato del 53%.

Il percorso diagnostico terapeutico deve prevedere la presa in carico della paziente³ da parte di un'equipe multidisciplinare, dove sia prevista l'integrazione di più figure professionali esperte nel settore (internista – dietolog* - psicoterapeuta - psichiatra - dietista) aggiornate e motivate in un percorso di cura condiviso.

Spesso il primo contatto con persone che soffrono di DAN avviene con medic di medicina generale, pediatr*, ginecolog* e odontoiatr*, che possono avere un ruolo fondamentale nel riconoscere tempestivamente segni e sintomi che indirizzano a una diagnosi certa o ad un sospetto del disturbo attraverso segnali di allarme. Il riconoscimento precoce di tali disturbi e la cura tempestiva sono fondamentali per garantire un successo terapeutico ed evitare la cronicizzazione.*

Scopo di quest'opuscolo sarebbe di fornire informazioni utili ad ottenere orientamenti diagnostici che consentano di indirizzare le pazienti ad un trattamento adeguato il più tempestivamente possibile. La conoscenza del disagio consente anche l'implementazione di un percorso motivazionale necessario quando le pazienti non hanno consapevolezza del problema o lo negano.

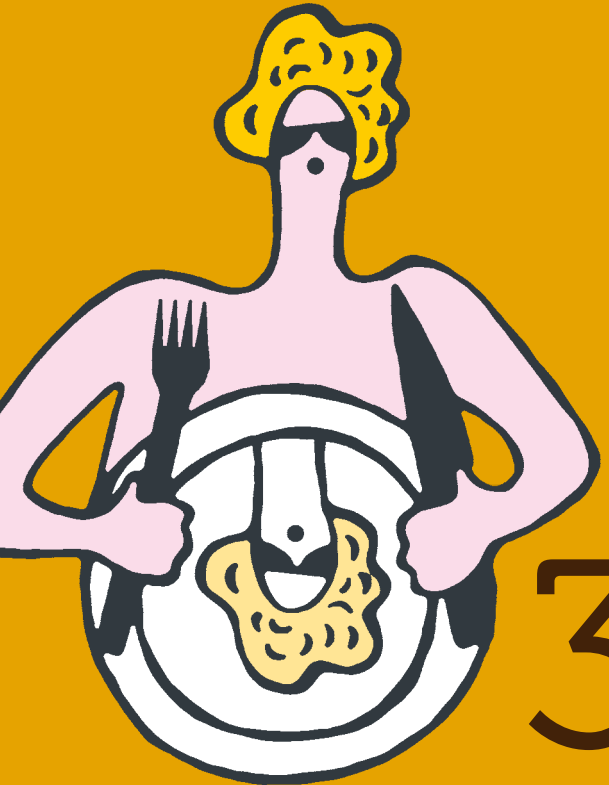


³ *Essendo i disturbi alimentari disturbati prevalentemente femminili, parleremo di pazienti al femminile, sottintendendo la presenza di qualche paziente maschile.*

Diagnosi breve secondo DSM-5-TR e ICD-11

Nell'ambito del sottopeso si definiscono quattro livelli di gravità

Lieve	IMC >17 kg/m ²
Moderato	IMC 16-16,9 kg/m ²
Grave	IMC 15-15,9 kg/m ²
Estremo	IMC < 15 kg/m ²



Anoressia nervosa

- > **Basso peso corporeo** (nei bambini un IMC sotto il decimo percentile e negli adulti un IMC sotto il 17,5kg/m²) autoindotto
- > **Rifiuto** di mantenere un peso corporeo al di sopra del peso minimo normale per l'età e la statura
- > **Paura** di un aumento ponderale
- > Eccessiva **influenza del peso** e delle forme corporee sull'autostima
- > **Distorsione** dell'immagine corporea
- > Vengono distinti due sottotipi: il tipo **restrittivo** e quello con condotte di **eliminazione** (vomito, lassativi, diuretici, sport estremo)

Bulimia nervosa

- > **Abbuffate compulsive**: in un breve periodo di tempo vengono ingerite quantità di cibo eccessive, con la sensazione di totale perdita di controllo
- > Inappropriate **condotte compensatorie** per prevenire l'aumento di peso, come vomito autoindotto, abuso di lassativi e diuretici, enteroclistmi, digiuno o esercizio fisico eccessivo
- > Abbuffate e condotte compensatorie si verificano almeno **una volta in settimana** per almeno tre mesi
- > **Esagerata paura** di ingrassare
- > I livelli di **autostima** sono indebitamente influenzati dalla forma e dal peso corporeo

Disturbo da alimentazione incontrollata

- > **Abbuffate compulsive**: in un breve periodo di tempo vengono ingerite quantità di cibo eccessive, con la sensazione di totale perdita di controllo
- > Le abbuffate si manifestano **senza condotte compensatorie**
- > Le abbuffate si verificano almeno **una volta in settimana** per almeno tre mesi
- > Alle abbuffate seguono **forti sensi di colpa** e vergogna fino al disgusto di se stessi*

Disturbo da alimentazione evitante-restrittivo (ARFID)

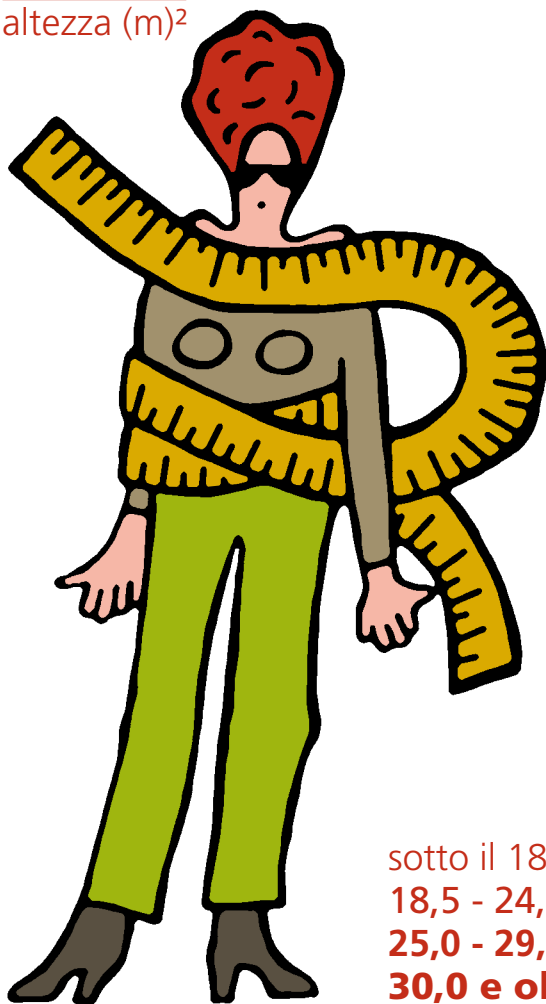
- L'ARFID è un disturbo dell'alimentazione e della nutrizione caratterizzato da una **persistente incapacità di soddisfare adeguati bisogni nutrizionali e/o energetici** che portano a conseguenze clinicamente significative. Queste conseguenze possono includere:
- > Significativa **perdita di peso** o **incapacità di raggiungere l'aumento di peso atteso** (crescita ponderale normale dello sviluppo)
 - > **Carenza nutrizionale** significativa
 - > **Dipendenza dall'alimentazione enterale** o supplementi nutrizionali orali per mantenere il peso o lo stato nutrizionale
 - > Marcata **interferenza con il funzionamento psicosociale**

Indice di massa corporea

(IMC o BMI body mass index)

L'indice di massa corporea mette in relazione il peso corporeo con la statura. Questo indice permette di definire se un individuo è normopeso, sottopeso, sovrappeso o se si trova in una condizione di obesità. L'IMC si calcola dividendo il peso in chilogrammi per l'altezza, misurata in metri, al quadrato.

$\frac{\text{peso (kg)}}{\text{altezza (m)}^2}$



sotto il 18,5
18,5 - 24,9
25,0 - 29,9
30,0 e oltre

sottopeso
normopeso
sovrappeso
obesità

Fattori di rischio

Fattori di rischio generali

- > sesso femminile
- > adolescenza e prima età adulta
- > vivere nella società occidentale

Fattori di rischio individuali

Condizioni presenti nel contesto familiare

- > DAN
- > depressione, alcolismo
- > diete frequenti
- > commenti critici su peso, corpo, alimentazione
- > tratti ossessivi e perfezionistici
- > anaffettività e scarso contatto con i genitori
- > frequentazione di ambienti che enfatizzano la magrezza (danza, sport, moda)
- > obesità

Caratteristiche dell'individuo

- > obesità
- > tratti di personalità (perfezionismo, bassa autostima, difficoltà nel gestire le emozioni)
- > disturbi d'ansia

Esperienze predisponenti

- > abusi sessuali / esperienze traumatiche
- > esperienze di derisione per il peso e la forma del corpo
- > lavori o attività ricreative (sport) che incoraggiano la magrezza

Fattori precipitanti

- > traumi
- > lutti
- > cambiamenti significativi nella vita (malattie, separazioni, traslochi...)

Fattori di mantenimento

- > eccessiva importanza attribuita all'alimentazione, al peso, alle forme corporee e al loro controllo

Cenni Clinici

Principali segni e sintomi

Anoressia nervosa

Sintomi

- > amenorrea
- > dolore e gonfiore addominale
- > iperattività
- > disturbi del sonno
- > affaticamento
- > cefalea
- > intolleranza al freddo
- > stipsi

Segni

- > basso peso
- > bassa temperatura corporea
- > ipotensione
- > inanizione
- > ipotrofia muscolare
- > pelle secca
- > carotenodermia
- > perdita di capelli
- > lanugo
- > acrocianosi
- > bradicardia
- > soffio mesosistolico (prolasso mitrale)
- > svuotamento gastrico ritardato

Bulimia nervosa

Sintomi

- > irregolarità ciclo mestruale
- > dolore e gonfiore addominale
- > affaticamento
- > cefalea
- > gonfiore mani e piedi
- > depressione
- > stipsi

Segni

- > spesso appaiono in salute
- > lesioni/callosità dorso mani (segno di Russel)
- > rigonfiamento ghiandole salivari
- > erosioni dentali
- > edema

Binge Eating disorder

Sintomi

- > richiesta di diete ipocaloriche
- > alimentazione incontrollata e spesso compulsiva
- > dolore e gonfiore addominale
- > depressione

Segni

- > spesso in sovrappeso o obes*

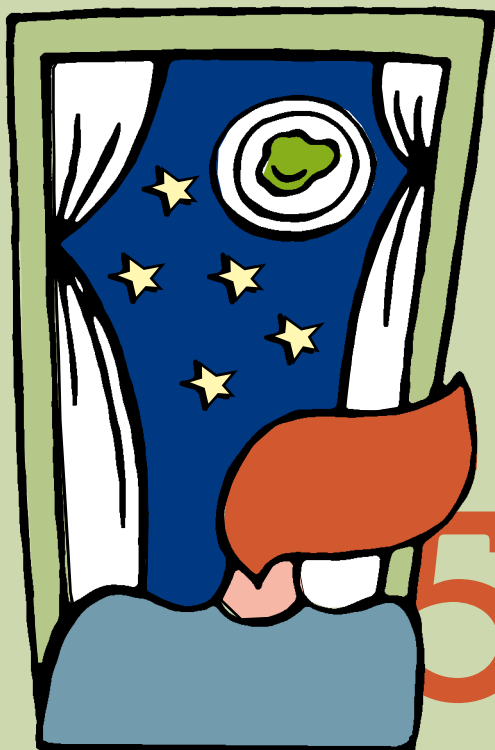
ARFID

Sintomi

- > Perdita di peso significativa
- > Impossibilità di soddisfare le esigenze nutritive
- > Crescita rallentata
- > Problemi di stomaco senza motivo apparente
- > Consumo di una varietà particolarmente ristretta di alimenti
- > Rifiuto di alcuni alimenti a causa del loro sapore, odore o consistenza
- > Mancanza di interesse per il cibo
- > Paura di ingerire, soffocare o vomitare
- > Assenza di distorsione corporea o desiderio di dimagrire

Segni

- > Le conseguenze fisiche dell'ARFID sono simili a quelle dell'anoressia, in quanto entrambi i disturbi comportano gravi carenze nutrizionali.



Complicanze cliniche DAN

Renali, elettrolitiche

- > disidratazione
- > ipopotassiemia
- > ipocloremia
- > ipomagnesiemia
- > ipocalcemia
- > ipofosfatemia da rialimentazione
- > calcolosi renale
- > insufficienza renale cronica
- > edema da sospensione di lassativi diuretici
- > edema da rialimentazione
- > edema da ipoalbuminemia

Cardiovascolari

- > ipotensione ortostatica
- > bradicardia
- > insufficienza cardiaca
- > aritmie
- > prolasso mitrale
- > alterazioni ECG
- > arresto cardiaco

Gastrointestinali

- > rigonfiamento ghiandole salivari
- > iperamilasemia
- > esofagite-perforazione esofagea
- > ritardato svuotamento gastrico
- > stipsi
- > melanosi coli
- > ileo da ipopotassiemia

Endocrine

- > ritardo o arresto della crescita
- > ritardo della pubertà
- > amenorrea
- > ipercortisolismo
- > alterazioni funzionalità tiroidee

Metaboliche

- > osteoporosi/osteopenia
- > deficit elementi traccia (es: zinco)
- > deficit vitaminici
- > ipercolestolemia
- > obesità

Polmonari

- > polmonite da aspirazione
- > pneumomediastino

Dermatologiche

- > perdita dei capelli
- > lanugo
- > pelle secca, unghie fragili, capelli sottili
- > carotenodermia
- > erosioni o calli dorso mani

Ematologiche/immunologiche

- > anemia
- > leucopenia con linfocitosi
- > trombocitopenia
- > alterazioni CD4/CD8
- > alterazioni immunità cellulo mediata

Neurologiche

- > pseudoatrofia cerebrale
- > deficit cognitivi
- > allargamento ventricoli cerebrali





Indicazioni per il ricovero ospedaliero

Dove possibile, si cerca di trattare i DAN ambulatorialmente con il supporto della famiglia, che va adeguatamente accompagnata.

Quando il quadro clinico presenta gravità importanti, si consiglia un ricovero, che in Alto Adige sarà in pediatria per pazienti di età inferiore ai 18 anni e in psichiatria per le persone maggiorenni.

- > grave perdita di peso, con un IMC inferiore a 15
- > perdita di peso inarrestabile e continua, che si aggira tra i 1,5 e 2,5 kg a settimana per almeno un mese
- > incapacità di nutrirsi autonomamente
- > ipopotassiemia, ipofosforemia o ipoglicemia sintomatica
- > disidratazione
- > aritmie cardiache o frequenza cardiaca <40/min
- > frequenza scostante del ciclo mestruale (amenorrea nei casi gravi)
- > risposta non adeguata al trattamento ambulatoriale
- > isolamento sociale
- > alto rischio di suicidio/autolesionismo/abuso di sostanze
- > necessità di separazione momentanea dal nucleo familiare

Nelle pagine seguenti, un elenco dettagliato dei parametri da controllare, dovrebbe dare sicurezza ai medici nella decisione del percorso da seguire.



Indici del rischio di complicazioni mediche

(secondo "percorso lilla 2020")

Se il rischio di complicazioni mediche è elevato, è indicato il ricovero ospedaliero; se il rischio è molto elevato, può essere necessario prendere in considerazione anche un trattamento sanitario obbligatorio (TSO).



Indice di massa corporea (IMC)

Adulti

- > IMC $< 13 \text{ kg/m}^2$ *rischio elevato*
- > IMC $< 12 \text{ kg/m}^2$ *rischio molto elevato*

Bambini e adolescenti:

- > IMC < 1 . Perc. *rischio elevato*

Calo ponderale critico

- > Rapida perdita di peso (-1 kg a settimana per almeno 6 settimane o perdita di $> 10\%$ del peso originario in 2-3 mesi).
- > Perdita di peso costante negli ultimi 3 mesi

Adulti

- > Digiuno per 5 o più giorni
rischio molto elevato

Bambini e adolescenti

- > Restrizione alimentare estrema per 2 o più giorni
rischio molto elevato

Pressione arteriosa

- > RR $< 90 \text{ mmHg}$ sistolica e $< 60 \text{ mmHg}$ diastolica
rischio elevato
- > RR $< 80 \text{ mmHg}$ sistolica e $< 50 \text{ mmHg}$ diastolica
rischio molto elevato

Test ortostatico

- Entro i primi 3 minuti dal cambio di posizione da sdraiati a in piedi.
- > Calo della pressione arteriosa sistolica $\geq 10 \text{ mmHg}$
rischio elevato
 - > Calo della pressione arteriosa sistolica $\geq 20 \text{ mmHg}$ o diastolica $\geq 10 \text{ mmHg}$ *rischio molto elevato*

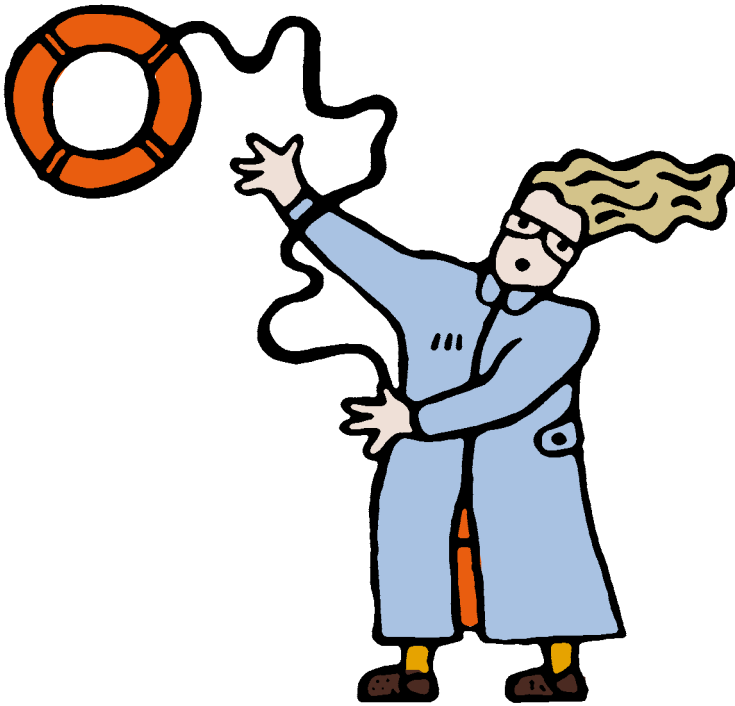
Frequenza cardiaca

- > FC $> 110/\text{min}$
rischio elevato
- > FC $< 40/\text{min}$ o $> 120/\text{min}$
rischio molto elevato

Test ortostatico

- > Aumento della FC $\geq 10/\text{min}$
rischio elevato
- > Aumento della FC $\geq 20/\text{min}$
rischio molto elevato





ECG

50% dei decessi per anoressia nervosa avvengono a causa di arresto cardiaco improvviso.

Qualsiasi aritmia, compresi il prolungamento del QTc, le alterazioni aspecifiche del tratto ST, le alterazioni dell'onda T (inversione, T bifasica) è un indicatore di rischio.

> Impulso aritmico e/o QTc>450ms

rischio elevato

> QTc \geq 470ms (maschi) oppure
QTc \geq 480ms (femmine)

rischio molto elevato

> QTc \geq 500ms

rischio estremamente elevato

Glicemia

> BG <60mg/dl *rischio elevato*

> BG<45mg/dl *rischio molto elevato*

Alterazioni idroelettrolitiche

Rischio elevato

> Sodio <130mmol/l o >145mmol/l

> Potassio <3,5mmol/l

> Magnesio <0,7mmol/l

> Fosfato <0,8mmol/l

Rischio molto elevato

> Sodio <125mmol/l o >160mmol/l

> Potassio <2,5mmol/l

> Magnesio <0,5mmol/l

> Fosfato <0,3mmol/l

Urea

> >42mg/dl *rischio elevato*

> >60mg/dl *rischio molto alto*

Enzimi epatici

> Se moderatamente elevati *rischio elevato*

> AST e/o ALT >500 U/l *rischio molto elevato*

Emocromo

> Neutrofili <1500/ μ l *rischio elevato*

> Neutrofili <1000/ μ l *rischio molto elevato*

Albumina

> <3,5g/l *rischio elevato*

> <3,0g/l *rischio molto elevato*



Come indirizzare una diagnosi

Nel vostro ambulatorio certamente vi confronterete con pazienti che presentano una sintomatologia che non sembra indirizzare immediatamente ad una diagnosi di disturbo alimentare. La valutazione clinica è fondamentale assieme ad un'attenta osservazione sia della storia familiare che individuale. Le seguenti domande potrebbero essere di aiuto per orientarsi verso una possibile diagnosi di disagio comportamentale:

- > Ha il ciclo mestruale regolare?
- > Ha spesso pensieri rivolti al cibo o alla sua figura corporea?
- > Quante volte sale sulla bilancia?
- > È soddisfatta del suo peso e della sua figura corporea?
- > Si mette spesso a dieta?
- > Le succede di digiunare o saltare dei pasti?
- > Ha cali o aumenti ponderali frequenti?
- > Quante ore alla settimana pratica sport?
- > Ci sono alimenti che lei si vieta?
- > Sa quante calorie assume ogni giorno e quante ne vorrebbe assumere?
- > Le succede di mangiare di nascosto?
- > Prende lassativi o diuretici?
- > Le succede di mangiare in maniera compulsiva con la sensazione di non riuscire a fermarsi?

Osservate inoltre se...

- > ... la paziente ha **comportamenti autolesionistici** (tagli sulle braccia, si strappa i capelli).
- > ... la paziente ha **formazioni callose sul dorso della mano** che indicano un accentuato uso del vomito.
- > Chiedete ai genitori se hanno notato: **cambiamento di umore, isolamento sociale, abbuffate o dieta ferrea** (saltare i pasti - ridurre le porzioni - dividere gli alimenti in buoni e cattivi - sminuzzare il cibo presente nel piatto).

Non tutti sanno che...

- > **L'amenorrea è secondaria alla restrizione alimentare e al dimagrimento.** Il primo obiettivo della terapia è la normalizzazione del peso corporeo. La somministrazione di estrogeni (pillola anticoncezionale) come cura dell'amenorrea, oltre a non tenere in considerazione il sintomo amenorrea nel contesto di un più complesso problema, rinforza la negazione della malattia.
- > **In soggetti normopeso** (IMC compreso tra 19 e 24,9 kg/m²) **è assolutamente sconsigliata una perdita di peso**, perché ciò aumenta di otto volte il rischio di sviluppare un disturbo dell'alimentazione e della nutrizione.. La maggior parte di questi soggetti cerca di dimagrire non per motivi di salute, ma per migliorare l'immagine corporea.
- > Le persone che **abusano di lassativi** utilizzano tali sostanze in due modi:
 1. **saltuariamente** per eliminare le calorie assunte in eccesso in seguito ad un'abbuffata oggettiva o soggettiva (in questo caso il loro utilizzo è simile alla pratica del vomito auto-indotto);
 2. **costantemente** per ridurre l'assorbimento di calorie e per raggiungere l'effetto "pancia piatta" (in questo caso il loro utilizzo è simile alla dieta). In realtà con i lassativi non si eliminano calorie, ma principalmente acqua ed elettroliti.

10

Come affrontare inizialmente un DAN

Le persone che soffrono di DAN tendono a minimizzare o addirittura a negare il problema

A volte manca proprio la consapevolezza del disturbo, altre volte c'è un forte senso di vergogna o la paura di dover rinunciare ai vantaggi secondari del disturbo (p.es. la magrezza o l'effetto calmante di un'abbuffata). Queste pazienti hanno bisogno di essere trattate con sensibilità e determinazione. È importante dare loro la sensazione di assoluta autonomia, ogni decisione resta comunque una loro scelta. Quello che i medici possono fare è informarle sulle conseguenze anche gravi del loro comportamento alimentare e accompagnarle ad una accettazione di cura consapevole. In caso di magrezza estrema è importante che conoscano le conseguenze di un eventuale emergenza clinica.



Anche in chi nega il problema c'è una parte di consapevolezza. Solitamente le pazienti sono ambivalenti e tendono a negare il loro disagio di fronte a chi le vuole convincere a cambiare.

11

Pazienti consapevoli: se si rivolge a voi una persona che vi parla esplicitamente del suo disturbo alimentare solitamente ha già fatto un percorso di

consapevolezza ed è disposta ad accettare un aiuto. È utile parlare con chiarezza ma con sensibilità senza dimenticare che ammettere un disturbo alimentare rappresenta per la paziente una grande fatica e sofferenza.

Pazienti non consapevoli: se si rivolge a voi una paziente con chiari sintomi che fanno pensare a un disturbo alimentare, ma la paziente non accenna al problema, esprimerete apertamente il vostro sospetto, soprattutto se è confermato da risposte affermativo alle domande diagnostiche. Informate la paziente sulle possibili conseguenze del suo comportamento. Se affrontare una terapia appare ancora troppo difficile, è possibile che la paziente accetti di richiedere almeno una consulenza all'INFES, anonima e gratuita.

Pazienti molto giovani: le ragazze che si ammalano di anoressia sono spesso ragazze molto acute che ci tengono ad essere riconosciute nella loro autonomia, anche quando sono molto giovani. È importante cercare di interfacciarsi con loro e non solo con i loro genitori. Nessuna comunicazione o scelta terapeutica dovrebbe essere effettuata senza che la paziente ne sia a conoscenza, poiché ciò metterebbe a rischio la sua disponibilità a farsi curare.

Pazienti in condizioni cliniche gravi: se si rivolge a voi una paziente con un quadro clinico di malnutrizione grave è necessario informarla del rischio che sta correndo e avviare le pratiche per un ricovero. Quando l'indice di massa corporea presenta un valore inferiore a 14, il rischio clinico è elevato.

Alcuni consigli pratici

Le seguenti considerazioni si riferiscono solo a pazienti che non presentano complicazioni cliniche

- > Soffrire di un DAN significa avere **problemi gravi con la propria immagine corporea**. Di conseguenza si esprime molta reattività a ogni commento sul proprio corpo. È importante **ponderare bene le parole**, per risvegliare la consapevolezza che può motivare a un cambiamento.
- > Frasi come **“lei dovrebbe dimagrire/ingrassare”** o **“lei è troppo magra/grassa”** vengono interpretate come una pesante critica. Meglio usare delle formule come **“il suo peso corporeo è molto al di sotto della norma”**, che risultano neutre e quindi più facilmente accettabili
- > Frasi come **“lei soffre di anoressia”** vengono accettate più facilmente di **“lei è anoressica”**.
- > Le pazienti che soffrono di

DAN sono spesso **convinte di essere responsabili del loro comportamento**. Credono che dipenda unicamente dalla loro volontà riuscire a indurre un cambiamento e il fatto di non riuscire fa insorgere un senso di **fallimento e vergogna**. Sentire da un medico che **si tratta di una malattia che va curata** come qualsiasi altra patologia può avere un **effetto benefico**.

- > A volte visitare una paziente che soffre di un DAN può risultare difficile, perché il rifiuto del proprio corpo la mette in uno stato di disagio e lo spogliarsi davanti ad altre persone (anche ai propri partner) può suscitare in loro un certo imbarazzo. Dietro ad un DAN ci possono essere **esperienze sessuali traumatiche o violente**. Per questo motivo il medico deve chiedere il **consenso** esplicito della paziente per ogni **esame clinico obiettivo**.
- > A volte le pazienti hanno bisogno di un po' di tempo per decidere se intraprendere un percorso terapeutico. Date loro il **tempo per riflettere** e invitatele a un prossimo appuntamento.
- > Se la paziente è molto restia ad

iniziare una terapia, si possono tentare passi intermedi. Darle **l'opportunità di provarci da sola** entro uno spazio di tempo condiviso assieme, a volte aiuta a **guadagnare fiducia**. Uno di questi passi intermedi potrebbe essere p.es. un leggero aumento di peso o un visibile miglioramento di sintomi. Se ciò non dovesse accadere fatele capire che da sola non ha la forza per iniziare un cambiamento e quindi necessita di aiuto.

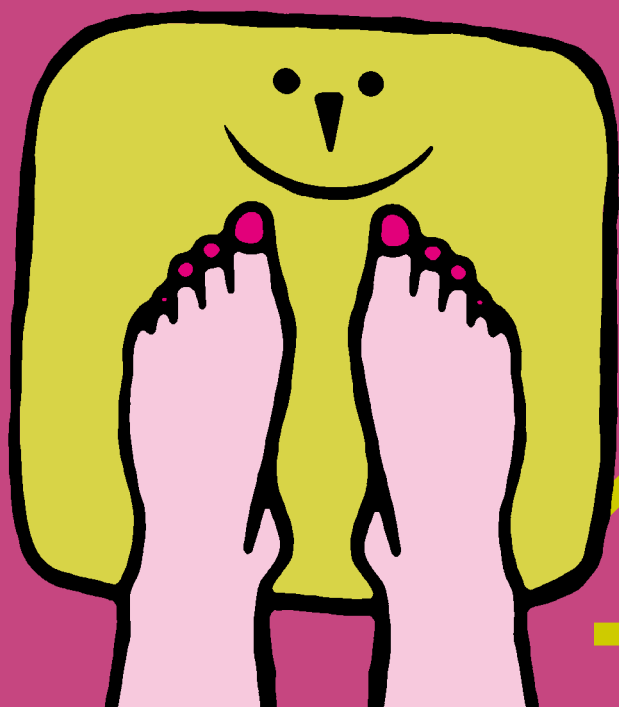
- > Se la paziente rifiuta di rivolgersi ad un ambulatorio dedicato per iniziare un percorso terapeutico, un **colloquio all'INFES** può essere una **soluzione intermedia**.

Le consulenti sono formate per gestire **colloqui motivazionali** e possono offrire tempo all'ascolto e alla gestione di alcuni incontri di approfondimento. Le **consulenze** sono **anonime e gratuite** e la paziente non deve prendere alcuna decisione tempestiva. Le collaboratrici del centro sono bene informate su possibili terapie in provincia e fuori provincia e questo può aiutare ad orientare la paziente verso la scelta più adeguata.

In sintesi

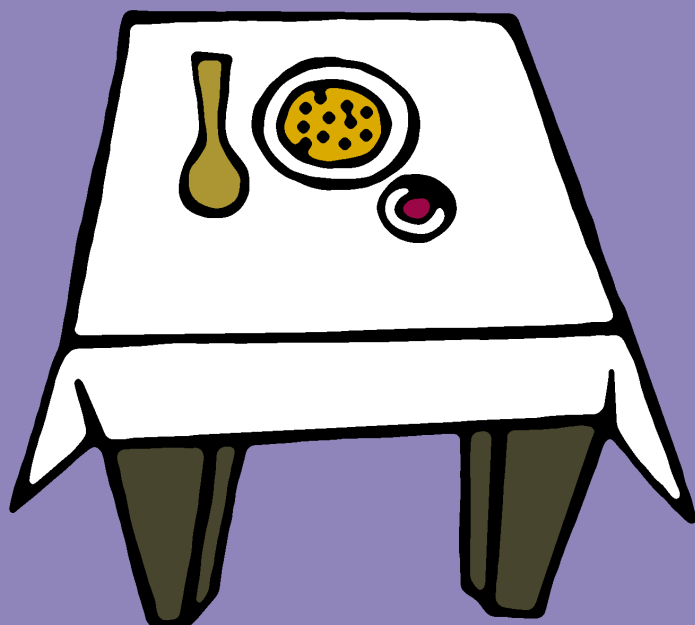
Medic di base, ginecolog*, pediatr* ma anche dentist*, vengono spesso a contatto con pazienti, che presentano sintomi che potrebbero essere causati da un disturbo alimentare. Ess* hanno un ruolo importante nella diagnosi e quindi nelle possibilità di cura e guarigione.*

- > Il **riconoscimento precoce** aumenta notevolmente le possibilità di guarigione di un DAN.
- > La cura di un DAN necessita di una **stretta collaborazione tra medico, psicoterapeuta e nutrizionista**. Gli ambulatori specialistici garantiscono il lavoro di equipe.
- > Spesso **le pazienti negano il problema**. Con le dovute conoscenze è possibile motivarle ad una **maggiore consapevolezza** e quindi ad una cura, ma ci vogliono pazienza e sensibilità.
- > Per motivare una paziente alle cure è utile prendersi un po' di **tempo per un colloquio** di approfondimento.
- > Se decidete di comunicare la vostra diagnosi ad una paziente resta o che nega il disturbo **parlatele in maniera chiara e diretta**, tenendo presente i sentimenti di vergogna o fallimento che accompagnano tali disturbi.
- > Se la magrezza è eccessiva, con un indice di **massa corporea inferiore** al valore di **14**, la **situazione clinica** richiede **particolare attenzione**, valutando la possibilità di un ricovero.



13

Dove accedere?



L'eziopatogenesi dei DAN è multifattoriale e la cura deve prevedere una collaborazione multidisciplinare. La situazione ideale è che queste figure professionali lavorino in rete e che ci sia una stretta collaborazione tra strutture ambulatoriali e residenziali, in modo da poter offrire alla paziente l'aiuto necessario.

In Alto Adige questo tipo di terapia è garantito da quattro ambulatori, uno in ogni comprensorio, gestiti da equipe multidisciplinari. A Merano e Bressanone questi ambulatori seguono adulti e bambini, a Bolzano (sotto i 14 anni) e a Brunico (sotto i 18 anni) le ragazze minorenni sono seguite dagli ambulatori per la salute psicosociale nell'età infantile ed evolutiva. Per ricoveri urgenti di ragazze minorenni è stato creato il centro di competenza presso il reparto di Pediatria dell'ospedale di Bressanone.

Nel 2022 è stata aperta a Bolzano Villa Eèa, una struttura terapeutica che ospita 12 pazienti con DAN in centro diurno e 8 in comunità alloggio.

La clinica riabilitativa di Rodengo ha implementato un programma specifico residenziale per la riabilitazione da questi disagi. Il centro per i disturbi alimentari INFES offre consulenze anonime e gratuite anche a parenti o amici, colloqui motivazionali e informazioni sulle possibili terapie.

Linee Guida di riferimento:

Ministero della Salute

Interventi per l'accoglienza, il triage, la valutazione ed il trattamento del paziente con disturbi della nutrizione e dell'alimentazione "Percorso lilla in pronto soccorso". 2020

Ministero della Salute www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2961_allegato.pdf

Royal College of Psychiatrists

Medical emergencies in eating disorders (MEED): Guidance on recognition and management. CR233: 2022, update 2023

[www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/improving-care/better-mh-policy/college-reports/college-report-cr233-medical-emergencies-in-eating-disorders-\(meed\)-guidance.pdf](http://www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/improving-care/better-mh-policy/college-reports/college-report-cr233-medical-emergencies-in-eating-disorders-(meed)-guidance.pdf)

American Psychiatric Association (APA)

Practice Guideline for the Treatment of Patients With Eating Disorders. 4th edition 2023

<https://psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/appi.books.9780890424865>

National Institute for Health and Care Excellence

Eating disorders: recognition and treatment NICE guideline 2017, update 2020 www.nice.org.uk/guidance/ng69

Istituto Superiore di Sanità

Conferenza di consenso sui Disturbi del Comportamento Alimentare (DAN) negli adolescenti e nei giovani adulti.

A cura di De Virgilio G., Coclite D., Napoletano A., Barbina D., Dalla Ragione L., Spera G., Di Fiandra T. 2013

Gemeinsame S3-Leitlinie „Diagnostik und Therapie der Essstörungen“ 2018 AWMF-Register-Nr. 051/026

Deutsche, Gesellschaft für Essstörungen (DGESS) et al

www.awmf.org

Indirizzi e link utili

Consultori

INFES - Centro Disturbi

Alimentari al Forum Prevenzione

Prime consulenze anonime e gratuite anche a parenti, amici, insegnanti et.al.

via Talvera 4

39100 Bolzano

Consulenze al telefono: Tel. 0471.970039

Consulenze via mail: info@infes.it - www.infes.it

Ambulatori per la cura dei DAN

Ambulatorio per Disturbi Alimentari Bolzano gestito da Copoperativa Città Azzurra

Collaborazione interdisciplinare tra

> Servizio di dietetica e nutrizione clinica

> Centro di psicosomatica Consis

via Cassa di Risparmio 8

39100 Bolzano

Tel. 0471.970383

psycho@cittazzurra.it

Per minori di 14 anni:

Ambulatorio specialistico per la salute psicosociale nell'età infantile ed evolutiva Bolzano

via Josef Ressel 2

39100 Bolzano

Tel. 0471.435353

Ambulatorio per Disturbi Alimentari Merano

Ospedale Tappeiner di Merano

Tratto D piano 2

via Rossini 1

39012 Merano

Tel. 0473.251250 (ore 9-11)

diet.me@sabes.it

Ambulatorio per Disturbi Alimentari Bressanone

Ospedale di Bressanone

via Dante 51

39042 Bressanone

Tel. 0472.812711 (medicina)

Tel. 0472.813250 (dietetica e nutrizione clinica)

Tel. 0472.813100 (servizio psicologico)

Per minori:

Tel. 0472.812670 (pediatria)

diaet.bx@sabes.it

psychodienst.bx@sabes.it

paediatric.bx@sabes.it

Ambulatorio per Disturbi Alimentari Brunico

Collaborazione interdisciplinare tra

> Servizio di dietetica e nutrizione clinica

> Centro di salute mentale

> Ambulatorio specialistico per la salute psicosociale nell'età infantile ed evolutiva

Ospedale di Brunico

via Ospedale 11

39031 Brunico

Tel. 0474.581136 (Servizio Dietetico)

Tel. 0474.586340 (centro salute mentale)

dieta-brunico@asdaa.it

Per minori:

Ambulatorio specialistico per la salute psicosociale nell'età infantile ed evolutiva Brunico

via Duca Sigismondo 1

39031 Brunico

Tel. 0474.370402

info@eos-fachambulanz.it



Strutture per ricoveri

Per minorenni in fase acuta:

Reparto di pediatria

Ospedale di Bressanone

via Dante 51

39042 Bressanone

Tel. 0472.812670

Per adulti:

Reparto di psichiatria

Ospedale di Bolzano

via Lorenz Böhler 5, padiglione W, 1° piano

Tel. 0471.439 801

Villa Eèa

via Carducci 19

39100 Bolzano

Tel. 0471.1800826

villaeaa@cittazzurra.it

Centro terapeutico Bad Bachgart

Centro terapeutico per le dipendenze e disturbi

psicosomatici

San Paolo 56

39030 Rodengo

Tel. 0472.887600

badbachgart@sabes.it



FORUM PREVENZIONE
Infes

via Talvera 4
I - 39100 Bozen
Tel. 0471.970039
info@infes.it
www.infes.it

Ringraziamo per il sostegno:

