

# **I disturbi del Comportamento Alimentare: l'importanza di un approccio multidisciplinare**

*Riassunto della relazione tenuta dalla Dr.ssa P. Todisco-Unità di riabilitazione DCA. Casa di cura Villa Margherita Arcugnano (VR)*

## **INTRODUZIONE**

Negli ultimi 30 anni la percentuale di bambini affetti da obesità è raddoppiata e quella degli adolescenti è quasi quadruplicata.

I Disturbi del comportamento alimentare (DCA) sono patologie psichiatriche caratterizzate da un'eccessiva preoccupazione per il controllo del peso e della forma del corpo, accompagnata da un introito calorico grossolanamente inadeguato, irregolare o caotico.

Il corpo manifesta una sofferenza di altro tipo: i pazienti non riescono a gestire la sofferenza derivante da relazioni, scuola, famiglia, ma possono gestire il cibo. E' fondamentale lavorare sulla famiglia.

L'incidenza dei DCA è in aumento e l'età d'insorgenza sempre più precoce. Le età maggiormente colpite sono la giovane età adulta e l'adolescenza, sebbene sempre maggiori riscontri evidenzino la presenza di disturbi dell'alimentazione (DA) anche in bambini a partire dagli 8 anni.

La prognosi è ancora insoddisfacente con gli attuali trattamenti ed i tassi di ricaduta dopo trattamento sono tutt'ora elevati.

I ragazzi di età compresa tra 8 e 14 anni presentano un'ampia varietà di comportamenti alimentari problematici la cui caratteristica più frequente è il rifiuto del cibo. I Disturbi dell'Alimentazione precoci rappresentano un fattore di rischio per lo sviluppo di DA in adolescenza.

I clinici spesso non riconoscono i disturbi dell'alimentazione prepuberali, ritenendo spesso che essi si possano risolvere con semplici esortazioni a mangiare.

## **I DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE NEI BAMBINI**

1. Anoressia Nervosa;
2. Disturbo emotivo di rifiuto del cibo;
3. Bulimia Nervosa;
4. Alimentazione selettiva;
5. Disfagia Funzionale;
6. Vomito psicogeno;
7. Rifiuto Pervasivo del cibo.

Il Ministero della Salute ha elaborato le “Raccomandazioni per interventi in Pronto Soccorso per un Codice Lilla” per aiutare gli operatori sanitari ad accogliere i pazienti affetti da DCA in Pronto Soccorso e avviare il giusto percorso terapeutico e le “Raccomandazioni per i familiari” per rendere i familiari consapevoli delle forme di disagio, soprattutto iniziale e a volte nascosto, dei loro parenti. Ai fini di una corretta valutazione, è importante acquisire informazioni anamnestiche riguardo a pratiche che possono portare a complicanze fisiche: restrizione alimentare persistente, digiuno e semidigiuno, riduzione o eccesso di apporto idrico, episodi di abbuffata, vomito autoindotto, uso improprio di lassativi o di diuretici, autolesionismo, esercizio fisico eccessivo, rialimentazione troppo rapida, assunzione di materiale non alimentare (Pica) e ideazione suicidaria.

### **SEGNI E SINTOMI FREQUENTI**

Marcata perdita di peso, aumento ponderale o fluttuazione del peso, intolleranza al freddo, debolezza, facile faticabilità o letargia, vertigini, sincope, traumi e lacerazioni orali, sintomi cardio-respiratori, gastrointestinali (sazietà precoce, ritardato svuotamento gastrico, reflusso gastroesofageo, ematemesi, stipsi), endocrini (amenorrea o irregolarità mestruali, infertilità), osteopenia o osteoporosi con aumentato rischio di fratture ossee, sintomi neuropsichiatrici (depressione, ansia, pensieri ossessivi e comportamenti compulsivi, insonnia, ideazione suicidaria, comportamenti autolesivi, perdita di memoria, scarsa concentrazione).

Inizialmente gli esami ematochimici risultano nella norma, ad eccezione dell'inversione della formula leucocitaria (con riscontro di neutropenia).

### **LIVELLI DI INTERVENTO/CURA**

La Commissione di Studio del Ministero della Sanità per l'Assistenza ai pazienti affetti da anoressia nervosa (AN) e bulimia nervosa (BN) prevede un Modello organizzativo articolato in **quattro livelli di trattamento**, a seconda delle necessità di intervento (**ambulatorio, day-hospital, ricovero ospedaliero in fase acuta e residenzialità extraospedaliera**) prospettando una futura rete di assistenza su tutto il territorio nazionale. I quattro livelli di assistenza **sono tutti necessari**. L'uno non esclude l'altro, anzi la presenza di una rete completa in tutte le sue parti garantisce l'appropriatezza dell'intervento con particolare riguardo alla presa in carico globale del paziente e della sua famiglia.

1- AMBULATORIO: è, e deve rimanere, il punto centrale dell'intervento e risponde al 60% della domanda di cura;

2- DAY-HOSPITAL: garantisce un livello più intensivo di assistenza in ambiente ospedaliero con attento monitoraggio delle condizioni cliniche e associato alla riabilitazione nutrizionale (pasti assistiti).

3- RICOVERO OSPEDALIERO IN FASE ACUTA (salvavita): garantisce la presa in carico in momenti più critici della terapia, con lo scopo di stabilizzare le condizioni medico-psichiatriche, gestire le complicanze acute associate al disturbo e preparare il paziente al passaggio a un altro livello di trattamento;

4- LIVELLI RESIDENZIALI E SEMI-RESIDENZIALI: garantiscono che la riabilitazione (durata media di 3-4 mesi) possa avvenire in un ambiente adeguato e "osmotico", dove i giovani possano essere curati senza subire gli inevitabili effetti negativi di una lunga ospedalizzazione.

La realizzazione di una rete di intervento completa in tutti i vari livelli di assistenza è dunque la condizione per un percorso di cura appropriato utilizzando i vari gradi di assistenza durante le diverse fasi della terapia.

### **Qual è il modello organizzativo per la gestione dei DCA che garantisce i migliori risultati ?**

Il modello organizzativo per la gestione dei DCA deve essere:

- multidimensionale;
- età specifico;
- Il livello ambulatoriale deve essere il fulcro della gestione del paziente con DCA;
- Devono essere previste anche altre tipologie di strutture, con livelli assistenziali crescenti;

Sono ben definiti gli obiettivi nutrizionali della cura della AN e della BN a breve (4-8 sett), medio ( 3-6 mesi ) e lungo termine ( 6-12 mesi). ( vedi I quaderni della Salute del Ministero settembre 2017).

### **TERAPIA FARMACOLOGICA**

I farmaci non devono essere considerati come unica terapia ma all'interno di un approccio multidisciplinare integrato.

Le Linee Guida internazionali danno scarse indicazioni sull'utilizzo dei farmaci nel trattamento dei DCA perché scarsi sono i randomized clinical trial (RCT) che hanno valutato l'efficacia degli stessi.

I farmaci, nei casi di DCA, servono per trattare le complicanze mediche o le comorbidità psichiatriche ma non esiste un farmaco specifico per i DCA.

## **Farmaci utilizzati:**

### **1-Antidepressivi:**

Tutti gli antidepressivi e in particolare SSRI (fluoxetina, citalopram, sertralina, fluvoxamina) utili per BN e binge eating disorder (BED) nel ridurre impulsività, abbuffate e purging, per migliorare umore e ansia.

SSNRI (duloxetina, venlafaxina): efficaci nel ridurre abbuffate e purging, peso e umore in BN e BED

### **2- Antipsicotici**

prima (pimozide e sulpiride) e seconda generazione (olanzapina, clorpromazina)  
Più studiata olanzapina, ma utili anche aripiprazolo, risperidone, quetiapina, ziprasidone.

Riducono i sintomi psichiatrici nell'AN favorendo il recupero di peso

Effetti collaterali: manifestazioni extrapiramidali, allungamento QT, iperprolattinemia, ipoestrogenismo.

### **3-Antiepilettici e stabilizzatori dell'umore**

Razionale: Trattamento patologie psichiatriche associate a DCA (disturbo bipolare, cefalea, disturbo d'ansia, di personalita, abuso di alcol e sostanze

Valproato e pregabalin inducono aumento appetito e peso

Topiramato zonisamide e fenalbato riducono appetito e peso.

**RED FLAGS:** segnali a cui prestare particolare attenzione che possono precedere il calo ponderale

- Repentino cambio di umore non giustificato o eccessivo;
- Cambiamento del regime alimentare (non mangia cibi che in precedenza assumeva);
- Particolare attenzione al peso;
- Utilizzo di vestiti che mascherino le forme;
- Il momento del menarca è spesso critico.

**LE NOVE VERITA' SUI DISTURBI ALIMENTARI** (Dott.ssa Bulik al Congresso del National Institute of Mental Health, 2014 :

1. Molte persone con disturbi alimentari possono avere un aspetto sano ma possono essere molto malate;
2. Le famiglie non sono da biasimare, anzi possono essere le migliori alleate dei pazienti e degli operatori durante il trattamento;

3. Una diagnosi di disturbo alimentare è una situazione di straordinaria difficoltà (e di crisi) sanitaria che sconvolge il funzionamento personale e del gruppo familiare;
4. I disturbi alimentari non sono scelte ma sono gravi malattie con notevoli influenze sul piano biologico;
5. I disturbi alimentari colpiscono persone di tutti i generi, età, razza, etnia, di tutte le forme del corpo e di tutti i pesi, di ogni orientamento sessuale e di differenti strati socio economici;
6. I disturbi alimentari comportano un aumento del rischio sia per il suicidio che per complicanze mediche;
7. Sia i geni che l'ambiente giocano un ruolo importante nello sviluppo dei disturbi alimentari;
8. I geni da soli non predicono chi sarà la persona che svilupperà un disturbo alimentare;
9. Il recupero completo da un precedente disturbo alimentare è possibile. La diagnosi precoce e la qualità dell'intervento sono però molto importanti.

### **TAKE-HOME MESSAGE**

1. I DA sono patologie che, se non vengono trattate tempestivamente e adeguatamente, possono determinare conseguenze gravi a livello fisico, psichico e sociale, potenzialmente invalidanti e a lungo termine;
2. I DA si manifestano con comportamenti e atteggiamenti patologici su cibo e peso, ma il cibo non è il problema;
3. Il DA è una patologia del controllo e dell'autostima;
4. Nei DA nei bambini e negli adolescenti è sempre importante coinvolgere nella terapia i genitori perché in genere il DA ha un significato relazionale intrafamiliare;
5. Per trattare i DCA è fondamentale un atteggiamento accogliente e non antagonistico, ricordando che sono malattie e non scelte e che la buona volontà non serve;
6. Il trattamento di elezione è la terapia ambulatoriale con approccio multi-disciplinare integrato in equipe preformate o in rete;
7. I farmaci non vanno demonizzati ma possono essere un valido aiuto per superare le co-morbilità, la rigidità di pensiero e la iperattività;
8. Il ruolo del pediatra è fondamentale nell'individuare i soggetti all'esordio e partecipare al trattamento motivando il paziente e la famiglia e monitorando l'andamento delle condizioni di salute;
9. Il pediatra può svolgere una fondamentale funzione preventiva sollecitando le sane abitudini all'interno della famiglia, la coesione-collaborazione-comunicazione, combattendo il bullismo;
10. Guarire da un DA è possibile! Mantenere alta la speranza