

Disturbi del comportamento alimentare

Indicazioni per Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera scelta

Nella cura dei **disturbi dell'alimentazione** sono disponibili in Italia cinque livelli d'intervento che vengono attivati dall'équipe di cura se il paziente è già in carico, mentre **se il paziente non è conosciuto la diagnosi di urgenza metabolica viene attuata dal PLS o dal MMG**.

Ai fini di un'intercettazione precoce è molto importante una buona collaborazione tra Cure Primarie e Centri per i Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA).

Rilevazione dei segnali di allarme di insorgenza di un DCA

Esistono **segnali di allarme** per la presenza o il rischio di insorgenza di un disturbo dell'alimentazione, rilevabili direttamente attraverso il colloquio con la paziente o che possono essere raccolti dai familiari, nell'ambulatorio del medico generalista. Questi generalmente comprendono:

- grave perdita di peso,
- paura irragionevole di ingrassare,
- preoccupazione intensa per il peso e la forma del corpo,
- amenorrea da almeno tre cicli consecutivi,
- abbuffate o presenza di dieta ferrea (saltare i pasti, ridurre le porzioni, dividere i cibi in buoni e cattivi),
- comportamenti frequenti di controllo del cibo e del corpo,
- rifiuto dell'esposizione del corpo,
- conseguenze del vomito autoindotto (es. erosioni sul dorso delle mani, erosioni dello smalto dei denti,
- ingrossamento delle ghiandole parotidiche,
- coesistenza di tali sintomi con un cambiamento dell'umore,
- isolamento sociale,
- ansia,
- disturbi gastrointestinali.

Diagnosi differenziale

Le principali diagnosi differenziali che il medico di famiglia o il pediatra di libera scelta dovrebbero considerare sono le seguenti:

- Per quanto riguarda la **perdita di peso**:
 - malassorbimento (es. morbo celiaco, malattie infiammatorie intestinali), neoplasie, uso illecito di sostanze stupefacenti, infezioni (es. tubercolosi), malattie autoimmunitarie, malattie endocrine (es. ipertiroidismo).
- Per quanto riguarda l'**amenorrea**:
 - gravidanza, ovaio policistico, prolattinoma, problemi uterini e altre malattie ipotalamiche.
- Per quanto riguarda i **disturbi psichiatrici**:
 - depressione, disturbo ossessivo-compulsivo, somatizzazioni raramente, psicosi.

Test diagnostici indicativi per tutti i pazienti con un sospetto DCA

TEST BASE	RISULTATI POTENZIALMENTE ANOMALI
Conta dei globuli del sangue	Leucopenia, anemia, trombocitopenia

completa	
Pannello completo di esami ematici ed urine che includono anche elettroliti, test di funzionalità renale e enzimi epatici	<p>Glucosiobasso >> scarsa alimentazione</p> <p>Sodiobasso >> carico eccessivo di acqua o lassativi</p> <p>Potassiobasso >> vomito, lassativi, diuretici</p> <p>Clorobasso >> vomito, lassativi</p> <p>Bicarbonati ematici: Alti >> vomito Bassi >> lassativi</p> <p>Azotemiaalta >> disidratazione</p> <p>Creatinina: Alta >> disidratazione, disfunzioni renali Bassa >> scarsa massa muscolare</p> <p>Calcioleggermente basso >> scarsa alimentazione a scapito dell'osso</p> <p>Fosfato basso >> scarsa alimentazione</p> <p>Magnesio basso >> scarsa alimentazione, uso di lassativi</p> <p>Proteine Totale: Albumina alta >> malnutrizione precoce a spesa della massa muscolare albumina bassa >> in fase avanzata di malnutrizione</p> <p>Prealbumina bassa >> malnutrizione proteico-calorica</p> <p>Aspartato, aminotransaminase (AST), alanina amino-transaminase (ALT) alti >> nel digiuno e restrizione</p> <p>TSH</p>
Elettrocardiogramma (ECG)	Bradycardia, prolungato QTc (>450msec), altre aritmie

I cinque livelli d'intervento:

1. Medico di medicina generale o pediatra di libera scelta;
2. Terapia ambulatoriale specialistica (ospedaliera e non);
3. Terapia ambulatoriale intensiva o centro diurno (diagnostico/terapeutico/riabilitativo);
4. Riabilitazione intensiva residenziale o riabilitazione psichiatrica (incluse le comunità terapeutico-riabilitative);
5. Ricoveri ordinari e di emergenza.

La maggior parte dei pazienti dovrebbe iniziare il percorso terapeutico al livello meno intensivo di cura e accedere ai trattamenti più intensivi in caso di mancato miglioramento, secondo un modello a passi successivi.

La **terapia ambulatoriale** deve essere considerata quella di elezione per i soggetti affetti da disturbi dell'alimentazione.

I trattamenti più intensivi dovrebbero essere riservati ai casi (circa il 30%) che non rispondono al trattamento ambulatoriale o la cui acuzie non sia gestibile a questo livello.

Il trattamento ambulatoriale non è indicato per pazienti gravemente sottopeso (per es. IMC < 14 kgm⁻²), ameno che non abbiano un'alta motivazione al trattamento, il sostegno della famiglia e ci sia la disponibilità di un ricovero immediato nel caso essi non dovessero rispondere alla terapia ambulatoriale.

Lo standard di cura ideale, quando possibile, sulla base di un intervento appropriato ed evidence-based, è:

- il riconoscimento precoce,
- l'intervento tempestivo,
- l'approccio multidisciplinare.

Rischio fisico che rende inappropriato il trattamento ambulatoriale

Esistono condizioni che, determinando un rischio fisico moderato, rendono inappropriato il trattamento ambulatoriale. Esempi includono:

- peso corporeo molto basso (indice di massa corporea < 15 kg/m²);

- rapida perdita di peso corporeo (> 1 kg a settimana per almeno 6 settimane);
- elevata frequenza di vomito autoindotto;
- elevata frequenza di uso improprio di lassativi e/o diuretici;
- elevata frequenza di esercizio fisico eccessivo e compulsivo in una condizione di indice di massa corporea < 17,5 kg/m².

Rischio psichiatrico che rende inappropriato il trattamento ambulatoriale

- elevata frequenza di episodi di autolesionismo grave;
- depressione grave con o senza rischio suicidario che non risponde al trattamento ambulatoriale;
- elevata impulsività;
- uso continuativo di sostanze.

Valutazione del rischio organico

Una volta confermato il sospetto di un disturbo dell'alimentazione, il medico dovrebbe valutare il rischio fisico attraverso un accurato esame obiettivo e la prescrizione di esami biochimici e strumentali.

L'esame obiettivo dovrebbe includere:

- **misurazione del peso e dell'altezza** (una perdita di peso > 1 kg a settimana può porre l'indicazione per un ricovero urgente; negli adolescenti, un indice di massa corporea al di sotto del 5° percentile indica una condizione di sottopeso);
- **misurazione della frequenza cardiaca e della pressione arteriosa**; la presenza di bradicardia marcata (< 50 battiti/minuto) e di grave ipotensione (pressione arteriosa massima < 80 mmHg) indica la presenza di rischio fisico;
- **esame delle estremità** (la presenza di acrocianosi ed edema sono segni di grave malnutrizione per difetto);
- **auscultazione cardiaca** (la presenza di battiti irregolari in un paziente con disturbo dell'alimentazione indica la presenza di rischio fisico).

Una lista ragionevole di esami da prescrivere, se non ci sono altre indicazioni diagnostiche, è la seguente:

- emocromo completo, reticolocitemia
- VES, proteina C reattiva
- elettroliti serici (calcemia, fosforemia, magnesemia, potassiemia, sodiemia, cloremia);
- esame delle urine (creatininemia, azotemia, creatinfosfochinasi)
- **test di funzionalità epatica**;
- ferritinemia, transferrinemia
- albuminemia, prealbuminemia
- colesterolemia totale,
- glicemia;
- elettrocardiogramma (se ci sono sintomi e segni di compromissione cardiaca);
- test di funzionalità endocrina (misurazione dei livelli serici di FSH, LH, TSH, prolattina);

Segnali che richiedono un intervento medico d'emergenza

Misura Valore di allerta

- Indice di massa corporea (kg/m²) < 13,0
- Pressione sistolica (mmHg) < 80
- Pressione diastolica (mmHg) < 50
- Frequenza cardiaca (battiti/min) < 40
- QT nell'elettrocardiogramma > 450 sec.
- Polso aritmico +
- Glicemia (mg/dl) < 50
- Potassio (mEq/L) < 2,5
- Sodio (mEq/L) < 130
- Temperatura (°C) < 34,5

Nel caso venga accertata la presenza o si ha il sospetto di un disturbo dell'alimentazione nell'assistito, si suggerisce l'invio presso il **centro di secondo livello di cura (Centro DCA ambulatoriale)**.

Qualora sia presente una condizione di **rischio fisico moderato-elevato o un'instabilità psichiatrica**, il medico dovrebbe valutare l'opportunità di fare eseguire una valutazione medica o psichiatrica urgente attraverso l'invio al **Pronto Soccorso** di riferimento.

Esami biomorali e strumentali di routine da prescrivere nei pazienti con sospetta malnutrizione per eccesso o sovrappeso:

Esami biomorali

- Colesterolemia totale e HDL, trigliceridemia
- Glicemia e insulinemia basali
- Proteina C reattiva
- Transaminasi
- Azotemia, creatininemia
- Ormone tireotropo (TSH), triiodotironina, tiroxina

Esami strumentali

- Elettrocardiogramma, ecocardiogramma
- Pressione arteriosa

Link utili:

Link Quaderno della Salute: [Appropriatezza clinica, strutturale e operativa nella prevenzione, diagnosi e terapia dei disturbi dell'alimentazione](#)

Quaderni del Ministero della salute, n. 17/22 luglio-agosto 2013

Link Quaderno della Salute: [Linee di indirizzo nazionali per la riabilitazione nutrizionale nei disturbi dell'alimentazione](#)

Quaderni del Ministero della Salute, n. 29 settembre 2017