



# Dott.ssa Chiara Carzaniga

Medico Chirurgo

Specialista in Endocrinologia e Malattie del Ricambio

CAM – Synlab Polidiagnostico Monza

Istituto Auxologico Italiano Milano

[carzaniga.chiara@gmail.com](mailto:carzaniga.chiara@gmail.com)

# DISTURBI ALIMENTARI

*I DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE DEVONO ESSERE CONSIDERATI, SIA DA CHI SE NE OCCUPA, SIA DA CHI ENTRA IN CONTATTO CON PERSONE AFFETTE DA QUESTI DISTURBI, **MALATTIE GRAVI, IMPEGNATIVE, PERICOLOSE, DIFFICILI DA CURARE E FACILI DA SOTTOVALUTARE.***

# DISTURBI ALIMENTARI

**ANORESSIA**



**BULIMIA**



**BED: DISTURBO DA  
ABBUFFATE  
COMPULSIVE**



# BULIMIA NERVOSA

DSM-V: Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, 1995

ricorrenti abbuffate  
(mangiare in un tempo definito una quantità di cibo significativamente maggiore di quella che la maggior parte delle persone mangerebbe nello stesso tempo, con la sensazione di perdere il controllo)



# BULIMIA NERVOSA

- ricorrenti e inappropriate condotte compensatorie

- gli episodi si verificano almeno 2 volte alla settimana per un periodo minimo di tre mesi



- i livelli di autostima sono indebitamente influenzati dalle forme e dal peso corporeo

# BULIMIA NERVOSA



- con condotte di eliminazione (vomito, lassativi)

- senza condotte di eliminazione (il soggetto compensa con digiuno o con esercizio fisico eccessivo)



# Quindi come ci aspetteremo sia una persona in cui sospettiamo un disturbo alimentare di tipo bulimico?

- Sarà una ragazza o una giovane donna, ma non escludiamo il sesso maschile
- Sarà una persona generalmente normopeso
- Sarà una persona che mangia molto rispetto al peso che ha
- Sarà una persona che fa frequente utilizzo dei servizi igienici dopo i pasti o che fa attività fisica in modo esagerato



**La categoria dei disturbi alimentari non altrimenti specificati comprende quei disturbi dell'alimentazione che non soddisfano i criteri dell'anoressia e della bulimia:**

1. normopeso
2. crisi bulimiche con frequenza diversa
3. atteggiamenti patologici col cibo  
(piluccamento, masticare e sputare)

**BED o DAI (Binge Eating Disorder o Disturbo da Alimentazione Incontrollata): ricorrenti episodi di abbuffate in assenza di regolari condotte compensatorie**



# Binge-Eating



Marcato disagio

- Abbuffate almeno 1 volta/settimana

- Non condotte eliminatorie



# BED

## Fattori predisponenti

- ◆ Insorgenza obesità (spesso erano bambini obesi)
- ◆ Molto tempo dedicato alle diete, con risultati non mantenuti nel tempo
- ◆ Grandi fluttuazioni del peso corporeo



# Quindi come ci aspetteremo sia una persona in cui sospettiamo un disturbo alimentare tipo BED?

- Potrebbe essere uomo o donna ma anche un soggetto in giovanissima età
- Sarà normopeso o più facilmente sovrappeso o obeso
- Racconterà di essere a dieta, da sempre e, pur vedendolo consumare pasti normali o scarsi, tenderà ad aumentare di peso
- Mangerà in modo vorace
- Tenderà ad associare in modo incongruo dolce e salato
- Avrà sonnolenza durante il giorno per lo scarso riposo notturno
- Il tono dell'umore potrà essere deflesso



# Anoressia Nervosa

Peso corporeo minore del normale o del minimo previsto



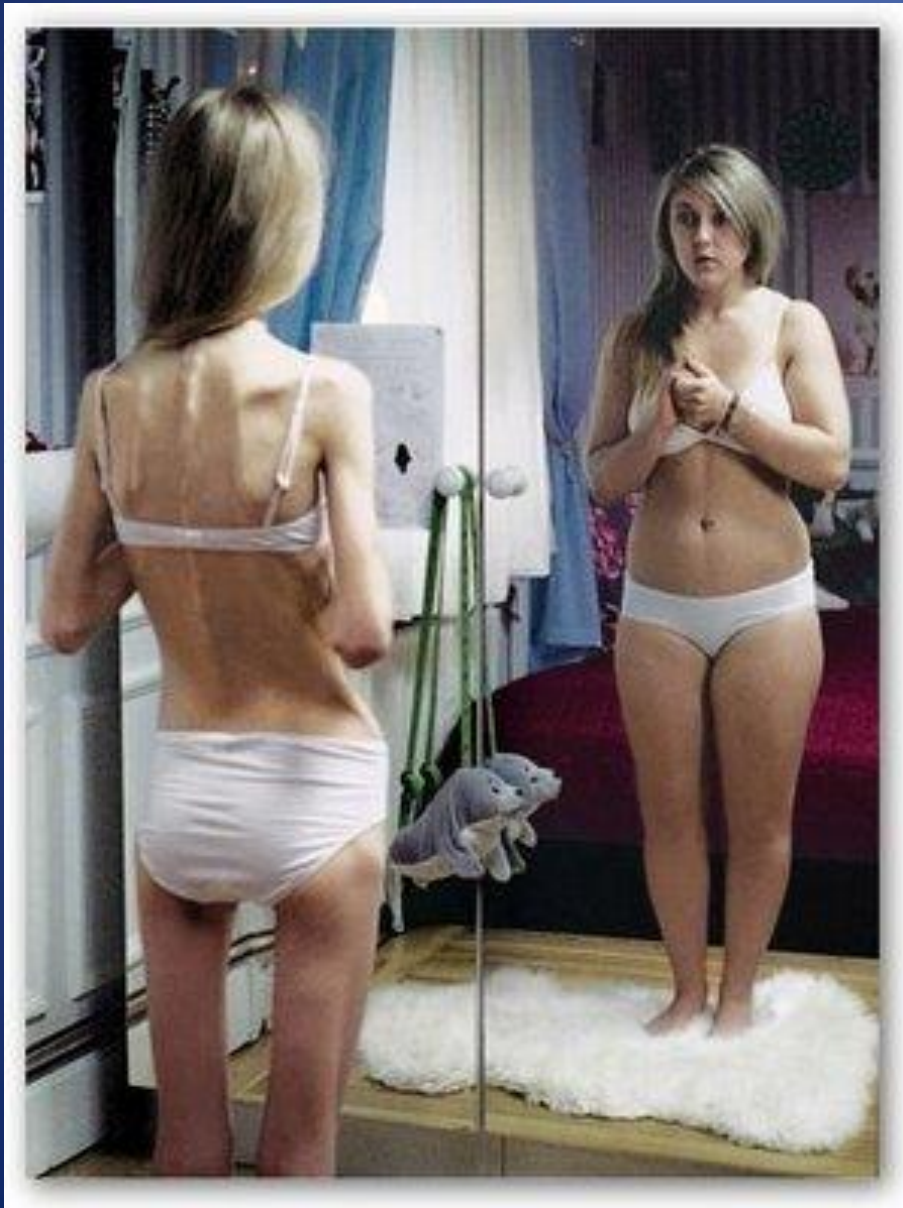
$$\text{BMI} = \frac{\text{peso}}{\text{altezza}^2}$$



BMI (kg/m2)	CLASSIFICAZIONE
<17,5	Sottopeso
17,5-24,9	Normopeso
25,0-29,9	Sovrappeso
30,0-34,9	Obesità di I grado
35,0-39,9	Obesità di II grado
>40	Obesità di III grado



# ANORESSIA NERVOSA



-intensa paura di acquistare peso anche quando si è sottopeso

-alterazione del modo in cui il soggetto vive la forma del corpo (immagine corporea)

-Scarsa autostima

(assenza del ciclo mestruale)

Nei soggetti con Anoressia Nervosa i livelli di **autostima** sono fortemente influenzati dalla forma fisica e dal peso corporeo.

La **perdita di peso** viene considerata come una **straordinaria conquista** ed un segno di ferrea autodisciplina, mentre **l'incremento ponderale** viene esperito come una inaccettabile **perdita delle capacità di controllo**

# Il sistema di valori in un DCA

**Se sono magra valgo**



**Se ingrasso non valgo**

# ANORESSIA NERVOSA



- con  
restrizione

- con abbuffate e condotte  
eliminatorie

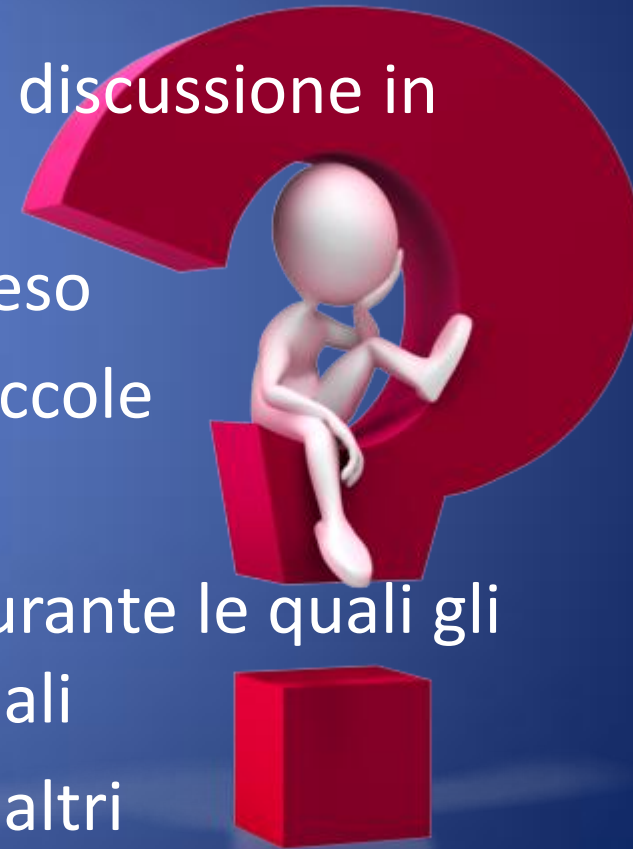




Quindi come ci aspetteremo sia una persona in cui sospettiamo un disturbo alimentare di tipo anoressico?

## CAMPANELLI D'ALLARME:

- L'alimentazione diventa il centro delle discussioni in famiglia e con gli amici
- Non vuole saperne di aumentare di peso
- Nega di avere fame pur mangiando piccole quantità di cibo
- Inventa scuse per evitare situazioni durante le quali gli altri mangiano, evita momenti conviviali
- Colleziona ricette, prepara cibi per gli altri



# CAMPANELLI D'ALLARME:

- Abitudini alimentari inusuali
- abusa di acqua, tea, tisane
- Fa frequente utilizzo dei servizi igienici dopo i pasti
- Fa molta attività fisica
- Si lamenta del freddo
- Si veste a strati
- Perde i capelli
- Si lamenta di gonfiori addominali
- ha un rapporto conflittuale con l'immagine restituita dallo specchio.



# EPIDEMIOLOGIA

**INCIDENZA:** 5-10/100.000/anno

**PREVALENZA:** 0,3-3% delle donne → Es: Milano ha circa 1.300.000 abitanti, 3900 persone soffrono di anoressia

**ETA' INSORGENZA:** tra 13 e 20 anni (in riduzione)

Periodo critico per la crescita, lo sviluppo puberale e l'acquisizione di un adeguato picco di massa ossea

**F/M:** 10:1 – 15:1 → 9:1 (in riduzione)



# RUOLO DEL MEDICO INTERNISTA/ENDOCRINOLOGO



- IDENTIFICAZIONE DEI PAZIENTI CON ANORESSIA NERVOSA (anamnesi e colloquio mirati)
- VALUTAZIONE DI SEGNI E SINTOMI E DELLE COMPLICANZE DI MALATTIA

**-Restrizione alimentare**

**-Anomalie comportamentali:**

- abuso di lassativi
- abuso di diuretici
- abuso di alcoolici
- abuso di farmaci
- autoinduzione del vomito
- iperattività fisica
- autolesionismo

# I PRIMI SEGNI:

- AMENORREA: assenza del ciclo mestruale

Meccanismo adattativo fisiologico

- RIDUZIONE INDICI NUTRIZIONALI
- ALTERAZIONE DELLA FUNZIONE TIROIDEA
- RIDUZIONE DELLA CRESCITA E RITARDO SVILUPPO PUBERALE

# COMPLICANZE DELL'ANORESSIA

**Apparato cutaneo:** perdita di capelli, pelle secca, “lanugo” (comparsa di peluria nella faccia, nella schiena e nelle estremità), estremità fredde

**-Apparato gastroenterico:** stitichezza, esofagiti, ulcere, emorroidi, prolasso

**-Apparato cardiovascolare:** bradicardia, versamento pericardico, aritmie cardiache

**-Apparato ematopoietico:** riduzione globuli bianchi, ferro e vitamine

**-Sistema nervoso:** incapacità a riposarsi, riduzione del sonno, rallentamento cognitivo

**-Apparato scheletrico:** osteoporosi







# ANORESSIA: evoluzione

- **EVOLUZIONE:**
- 25-30% cronicizza
- 20% migliora ma con peso ai limiti inferiori
- 40/50% recupero di un peso normale ma spesso disadattamento sociale
  
- **MORTALITA'**: 6 vv > popolazione generale
  - 5% muore entro i primi 4 anni (APA)
  - 20% se la malattia dura più di 20 anni
  - CAUSE: cardiopatia, insufficienza d'organo, malnutrizione, suicidio.

Il progetto terapeutico del soggetto affetto da DCA deve procedere per livelli di intensità di cura

# RETE ASSISTENZIALE

primo livello: *ambulatorio del medico di medicina generale o del pediatra di famiglia*

secondo livello: *ambulatorio specialistico in rete interdisciplinare (aree psicologico-psichiatrica e internistico-metabolico-nutrizionale)*

terzo livello: *day service, day hospital (DH terapeutico) MAC (terapeutico/riabilitativo)*

quarto livello: *riabilitazione intensiva residenziale o riabilitazione psichiatrica (incluse le comunità terapeutico-riabilitative)*

quinto livello: *ricoveri H24 (ordinari e d'emergenza)*

## Obiettivi del percorso di cura: diversi a seconda dei diversi setting di cura

- Diagnosticare PRECOCEMENTE e trattare le conseguenze mediche
- Consapevolezza di malattia
- Migliorare motivazione e collaborazione al trattamento
- Aumentare il peso corporeo, interrompere il digiuno
- Ristabilire alimentazione adeguata per quantità, qualità e regolarità
- Correggere cognizioni e atteggiamenti distorti riguardo al cibo e al peso
- Curare disturbi psichici associati
- Cercare collaborazione e fornire informazioni e sostegno ai familiari
- Migliorare l'autostima
- Reinserimento sociale
- Prevenire le ricadute

Le raccomandazioni di cura della letteratura internazionale pongono l'accento sulla validità di UNITA' SPECIALISTICHE MULTIDISCIPLINARI

Il «team curante» sarà composto dagli specialisti dei diversi settori che la malattia colpisce: psiche, corpo e alimentazione.

Le caratteristiche di queste patologie richiedono competenze specifiche e l'acquisizione delle capacità di condividere un progetto terapeutico e di integrare i diversi tipi di intervento.





**GRAZIE PER L'ATTENZIONE**