

# Il ruolo del medico di famiglia nella gestione dei disturbi dell'alimentazione

Il Mmg può giocare un ruolo cruciale nella gestione dei disturbi dell'alimentazione. Spesso si trova in difficoltà davanti ai pazienti che soffrono di questa psicopatologia per mancanza di formazione specifica su quali interventi diagnostici e terapeutici eseguire. Scopo dell'articolo è fornire alcune

informazioni e suggerimenti su come identificare precocemente i nuovi casi, valutare il rischio fisico associato, effettuare l'intervento motivazionale ed educativo, inviare il paziente a un centro specialistico e monitorare il paziente durante la cura specialistica e il follow-up.

**Riccardo Dalle Grave**

*Responsabile Scientifico Associazione Italiana Disturbi dell'Alimentazione e del Peso (AIDAP)  
Responsabile Unità di Riabilitazione Nutrizionale Casa di Cura Villa Garda (Garda - VR)*

## ► Identificazione di nuovi casi

Gli studi disponibili indicano che meno della metà dei casi di disturbi dell'alimentazione sono identificati nelle cure primarie. Nonostante ciò, i pazienti affetti da disturbi dell'alimentazione consultano il Mmg frequentemente prima di ricevere la diagnosi per un'ampia varietà di sintomi gastrointestinali, ginecologici e psicologici che potrebbero, se accuratamente valutati, far sospettare la diagnosi di un disturbo dell'alimentazione.

La difficoltà che devono affrontare i Mmg nel diagnosticare un disturbo dell'alimentazione derivano da due motivi principali. Il primo riguarda la natura della psicopatologia dei disturbi dell'alimentazione, caratterizzata da negazione, ambivalenza, segretezza e vergogna, che rende difficile per il paziente parlare apertamente del suo problema alimentare con il medico curante. Il secondo è la scarsa esperienza dei Mmg nella gestione dei pazienti affetti da disturbi dell'alimentazione, che li può

portare a essere ansiosi e insicuri sul comportamento da tenere o a sottovalutare i sintomi iniziali del disturbo. Inoltre, la diagnosi è spesso ritardata se il medico non è a conoscenza che i disturbi dell'alimentazione possono insorgere anche in gruppi non a rischio come le bambine, le donne adulte e i maschi.

L'identificazione precoce dei disturbi dell'alimentazione è importante perché può aiutare il paziente a iniziare una cura più rapidamente e, come dimostrato da alcune ricerche, migliorare la prognosi di questa psicopatologia. I medici che operano al primo livello di cura sono in una buona posizione per identificare i pazienti che presentano i prodromi o i primi sintomi del disturbo dell'alimentazione. L'uso di alcuni questionari semplici di screening può facilitare questo processo, ma il più efficace strumento è che il medico pensi alla possibilità che il paziente possa avere un disturbo dell'alimentazione.

In concreto, non è pratico né conveniente che il Mmg esegua uno

screening per i disturbi dell'alimentazione a tutti i suoi assistiti, perché la loro prevalenza nella popolazione generale è bassa. È più utile, invece, che effettui uno screening in ogni nuovo paziente con un paio di domande durante la raccolta dell'anamnesi, per esempio: "Pensa di avere un problema alimentare?" e "Si preoccupa eccessivamente del peso e della forma del suo corpo?". Se il paziente risponde in modo affermativo a una di queste due domande, il medico dovrebbe chiedere, in modo empatico e non giudicante, quali sono i comportamenti che adotta per controllare il peso e la forma del suo corpo.

## ► Quando sospettare l'anorexia nervosa

I pazienti con anoressia nervosa di recente insorgenza sono in genere adolescenti o giovani donne adulte e spesso arrivano a consultare il Mmg sotto la pressione dei familiari. Le caratteristiche che fanno sospettare l'anorexia nervosa sono:

- perdita di peso e un IMC <18.5 o il corrispondente percentile di IMC se il paziente ha <18 anni;

- paura irragionevole di ingrassare;
- eccessiva valutazione di sé basata in modo predominante o esclusivo su peso e sulla forma del corpo;
- comparsa di amenorrea secondaria (anche se non è più considerata un criterio diagnostico necessario per la diagnosi di anoressia nervosa). Queste caratteristiche sono spesso associate a cambiamenti dell'umore, isolamento sociale, ansia e disturbi gastrointestinali.

Nelle fasi iniziali il paziente si può presentare dal medico, anche prima di avere raggiunto una marcata perdita di peso, riportando sintomi fisici aspecifici (dolori addominali, gonfiore addominale, stipsi, intolleranza al freddo, perdita di capelli, alterazioni della pelle e delle unghie). La presenza di amenorrea associata a una perdita di peso non spiegata va sempre investigata nella popolazione a rischio. A volte allergie o intolleranze alimentari presunte e la sindrome da stanchezza cronica possono precedere l'insorgenza di un disturbo dell'alimentazione e causare una confusione diagnostica. L'arresto della crescita nei bambini deve sempre far sospettare la presenza di un disturbo dell'alimentazione. In genere, i casi tipici di anoressia nervosa possono essere diagnosticati dal Mmg senza troppa difficoltà con la raccolta dell'anamnesi e la valutazione empatica del comportamento alimentare e delle attitudini del paziente nei confronti del peso e della forma del suo corpo. Al contrario, la diagnosi è spesso ritardata quando il medico prescrive un eccesso di esami o invia il paziente a specialisti che non si occupano di disturbi dell'alimentazione (ginecologo, allergologo, gastroenterologo).

### ► *Quando sospettare la bulimia nervosa*

Generalmente i pazienti con bulimia nervosa hanno un'età maggiore di quelli con anoressia nervosa e spesso richiedono la consultazione del Mmg da soli. A volte è presente una storia pregressa di anoressia nervosa o di insoddisfazione corporea associata e di vari tentativi di perdita di peso. Con appropriate domande emerge che questi pazienti adottano regole dietetiche estreme e rigide interrotte da episodi ricorrenti di abbuffate (definiti come l'assunzione di una grande quantità di cibo associata alla sensazione di perdita di controllo) seguiti dall'uso di comportamenti di compenso, come il vomito autoindotto e l'uso improprio di lassativi e diuretici. Come nell'anoressia nervosa è presente un'eccessiva valutazione del peso e della forma del corpo. Nel caso il paziente non sveli la presenza di un problema alimentare, alcuni sintomi e segni fisici possono indirizzare verso la diagnosi di bulimia nervosa. I sintomi specifici includono la richiesta di perdita di peso e la preoccupazione per il peso, la forma del corpo e il controllo dell'alimentazione. I sintomi non specifici includono stanchezza, sensazione di gonfiore addominale, dolore addominale, stipsi, diarrea, pirosi gastrica e mal di gola. I segni fisici, non sempre presenti, sono la conseguenza del vomito autoindotto (per es. erosioni sul dorso delle mani, erosioni dello smalto dei denti, ingrossamento delle ghiandole parotidiche).

### ► *Quando sospettare il disturbo da binge-eating*

Nella maggior parte dei casi i pazienti con disturbo da binge-eating richiedono direttamente consiglio al Mmg per la presenza di obesità

e/o per la loro difficoltà a controllare l'alimentazione.

Il disturbo, sebbene condivisa con la bulimia nervosa gli episodi di abbuffate, presenta le seguenti differenze:

- gli episodi di abbuffate non sono seguiti dall'utilizzo regolare di comportamento di compenso;
- gli episodi di abbuffate accadono in situazioni in cui è presente una tendenza generale a mangiare in eccesso piuttosto che di restrizione dietetica; ciò spiega la forte associazione del disturbo con l'obesità;
- è frequente anche negli uomini.

Le persone che ne sono affette si preoccupano moltissimo del proprio comportamento e lo giudicano un serio problema, sia per la sensazione di perdita di controllo che provano, sia per le implicazioni che le abbuffate possono avere sul peso corporeo e sulla salute. Spesso coesistono con il disturbo da binge-eating altri disturbi mentali, come i disturbi dell'umore, i disturbi d'ansia e i disturbi da uso di sostanze; l'eccessiva valutazione del peso e della forma del corpo, invece, è presente in circa il 50% dei casi.

### ► *Diagnosi differenziale*

Le principali diagnosi differenziali che il Mmg dovrebbe considerare sono:

- **Perdita di peso:** malassorbimento (per es. morbo celiaco, malattie infiammatorie intestinali), neoplasie, uso illecito di sostanze stupefacenti, infezioni (per es. TBC), malattie autoimmunitarie, malattie endocrine (per es. ipertiroidismo).
- **Amenorrea:** gravidanza, ovaio policistico, prolattinoma e altre malattie ipotalamiche.
- **Disturbi psichiatrici:** depressione clinica, disturbo ossessivo compulsivo, somatizzazioni e, raramente, psicosi.

## ► Valutazione del rischio fisico

Una volta confermato il sospetto di un possibile disturbo dell'alimentazione, il Mmg dovrebbe valutare il rischio fisico del paziente attraverso un accurato esame obiettivo e la prescrizione di esami biomorali e strumentali.

L'esame obiettivo dovrebbe includere:

- **Misurazione del peso e dell'altezza.** Il tasso di perdita di peso negli ultimi tre mesi è un importante indicatore da valutare e una perdita di peso >1 kg la settimana per varie settimane può porre le indicazioni per un ricovero urgente. Gli adolescenti, inoltre, hanno un aumentato rischio associato alla perdita di peso perché hanno minori depositi di grasso e organi ancora immaturi. In questi casi va valutato il percentile di IMC che, quando è al di sotto del 5° percentile, indica una condizione di sottopeso. L'uso delle curve di accrescimento del peso e dell'altezza sono anche utili per valutare la presenza di un'eventuale arresto della crescita associato alla perdita di peso.

- **Misurazione della FC e della PA.**

La presenza di bradicardia marcata (<50/min) e di grave ipotensione (PAS <80 mmHg) indicano la presenza di rischio fisico. Spesso è presente ipotensione posturale.

- **Misurazione della TC.** I pazienti malnutriti hanno in genere le mani e i piedi freddi e una temperatura corporea inferiore ai 36 °C.

- **Esame delle estremità.** La presenza di acrocianosi, palmi delle mani e dei piedi di colore giallo-arancio ed edema sono segni di grave malnutrizione.

- **Auscultazione cardiaca.** La presenza di battiti irregolari in un paziente con disturbo dell'alimentazione indica la presenza di rischio fisico.

La *tabella 1* riporta i principali parametri per valutare il rischio fisico.

## ► Intervento motivazionale ed educativo

I disturbi dell'alimentazione sono patologie egosintoniche: i soggetti colpiti non li considerano un problema e soprattutto nelle fasi iniziali sono contenti del dimagrimento raggiunto e del loro controllo alimentare. In questi ultimi anni sono stati messi a punto specifici interventi e procedure per favorire la motivazione di questi pazienti. Il paziente non va mai confrontato direttamente e criticato per il suo comportamento, ma va aiutato in modo non giudicante ad analizzare il significato del suo

comportamento, valutando, a breve e a lungo termine, i vantaggi e gli svantaggi che ha ottenuto dalla perdita di peso e i benefici e i costi che potrà avere da un eventuale cambiamento. Altre domande che possono essere di aiuto sono: *"Mi piacerebbe capire com'è la tua vita attuale... Come vanno le cose? Sei felice? Puoi fare quello che fanno le altre persone? Puoi lasciarti andare ed essere spontaneo? C'è qualcosa che ti piacerebbe che fosse diverso? ...Realmente? Hai considerato tutte le cose?"* Il colloquio motivazionale deve essere affiancato da un intervento educativo che informi in modo

**Tabella 1**

### Parametri per valutare il rischio fisico nei disturbi dell'alimentazione

	Parametro	Preoccupazione	Allerta
<b>Nutrizione</b>	IMC (kg/m <sup>2</sup> )	< 15	< 12
	Perdita peso settimanale (ultime 4)	> 0,5	> 1,0
	Albumina (g/L)	< 35	< 32
	Creatininasasi (U/L)	> 170	> 250
<b>Cardiovascolare</b>	Pressione sistolica (mmHg)	< 90	< 80
	Pressione diastolica (mmHg)	< 70	< 60
	Calo pressione posturale (mmHg)	> 10	> 20
	Polso (bmin)	< 50	< 60
	QT (msec)		> 450
<b>Temperatura (C°)</b>		< 35	< 34,5
<b>Esami biomorali</b>	Globuli bianchi (x 10 <sup>3</sup> mL)	< 4,0	< 2,0
	Neutrofili (x 10 <sup>3</sup> mL)	< 1,5	< 1,0
	Hb (g/dL)	< 11,0	< 9,0
	Piastrine (x 10 <sup>3</sup> mL)	< 130	< 110
	K <sup>+</sup> (mEq/L)	< 3,5	< 3,0
	Na <sup>+</sup> (mEq/L)	< 135	< 130
	Glucosio (mg/dL)	< 3,5	< 2,5
	AST (U/L)	> 40	> 80
	ALT (U/L)	> 45	> 90

scientifico e non terroristico il paziente dei rischi medici e psicologici del suo disturbo, delle opzioni terapeutiche disponibili e dei positivi risultati che possono ottenere.

### ► Invio ai centri di cura specialistici

Il Mmg dovrebbe essere in rete e avere la possibilità di comunicare con i centri di riferimento dei disturbi dell'alimentazione per richiedere una valutazione specialistica nel caso abbia accertato la presenza o abbia il sospetto di un disturbo dell'alimentazione in un suo assistito. In questo caso dovrebbe preparare una relazione per i colleghi del secondo livello da associare agli esami biochimici e strumentali eseguiti. Nel caso sia presente una condizione di rischio fisico moderato-elevato o di 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.

In Italia solo poche Regioni sono organizzate in un sistema di rete e in molti casi l'invio è effettuato a specialisti di conoscenza che non sempre adottano trattamenti basati sull'evidenza o che seguono le linee guida. Dal momento che un trattamento inadeguato può favorire la cronicizzazione del disturbo dell'alimentazione, la scelta del centro di cura secondaria è un passo fondamentale che il Mmg dovrebbe fare con estrema attenzione considerando alcuni elementi.

- È consigliabile che il centro sia specializzato nella cura dei disturbi dell'alimentazione e non sia un centro generico di psicoterapia o di dietologia.
- Il centro dovrebbe avere un'équipe composta da almeno un medico, uno psicologo-psicoterapeuta e un dietista/nutrizionista per af-

frontare le problematiche mediche, psicosociali e nutrizionali dei disturbi dell'alimentazione.

- Il centro dovrebbe essere in contatto con un centro ospedaliero per un eventuale ricovero riabilitativo e day hospital (eventualità che si verifica in circa il 30% dei casi).
- Il centro dovrebbe adottare terapie raccomandate da linee guida e che hanno un'evidenza di efficacia. I trattamenti evidence based per i disturbi dell'alimentazione sono di natura psicologica e includono la terapia cognitivo comportamentale migliorata (CBT-E, per tutti i disturbi dell'alimentazione); il trattamento basato sulla famiglia (FBT, per gli adolescenti con una breve durata del disturbo dell'alimentazione); la terapia interpersonale (IPT, per la bulimia nervosa e il disturbo da binge-eating).
- I trattamenti psicoterapici che non affrontano nei pazienti sottopeso le problematiche alimentari dovrebbero essere evitati: tendono a perpetuare il disturbo dell'alimentazione ed espongono i pazienti a rischio fisico.
- I trattamenti esclusivamente dietologici dovrebbero essere evitati perché tendono a intensificare le preoccupazioni per l'alimentazione, il peso e la forma del corpo dei pazienti.
- I trattamenti dovrebbero fornire sia un programma nutrizionale per la normalizzazione del peso e del comportamento alimentare sia un trattamento psicoterapico.
- È fondamentale che nell'équipe specialistica sia sempre presente un medico per valutare e trattare le eventuali complicanze mediche associate ai disturbi dell'alimentazione e i disturbi psichiatrici coesistenti.
- Nella cura degli adolescenti, i familiari dovrebbero essere sempre coinvolti attivamente nel trattamento (per es. con i pasti familiari): la ricerca ha infatti evidenziato che il loro coin-

volgimento migliora l'esito della cura.

- I trattamenti che non forniscono informazioni chiare sulla durata, costi, risultati, modello teorico di riferimento e linee guida adottate non andrebbero consigliati ai pazienti.

### ► Monitoraggio durante il trattamento specialistico e il follow-up

Nel caso la gestione del paziente con disturbo dell'alimentazione sia condivisa tra il Mmg e il centro di cura secondario, va fatto un chiaro accordo tra i professionisti su chi ha la responsabilità di monitorare e gestire il rischio fisico del paziente. Il Mmg dovrebbe rinforzare il paziente a impegnarsi e ad essere perseverante nel seguire con impegno il trattamento. È anche consigliabile che siano mantenuti contatti periodici tra lo specialista e il Mmg qualora il paziente presenti una scarsa adesione al trattamento. Durante la remissione dal disturbo dell'alimentazione, il paziente può arrivare alla osservazione del medico generale. In questi casi il medico dovrebbe monitorare il peso, il comportamento alimentare e le attitudini nei confronti del peso e della forma del corpo del paziente e, nel caso riaffiorassero segnali di riattivazione del disturbo dell'alimentazione, incoraggiarlo ad affrontarli prontamente per evitare la ricaduta.

Bibliografia disponibile a richiesta



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Riccardo Dalle Grave