

UFC Disturbi Alimentari Toscana Centro



 Città di Vinci

Progetto alimentare «IO MANGIO SANO»

**La difficoltà di mangiare:
conoscere ed affrontare i disturbi del
comportamento alimentare**

conduce la **Dott.ssa Ilenia Giunti** Dirigente Medico Psichiatra-Psicoterapeuta
UFC Disturbi Alimentari AUSL Toscana Centro - sede di Empoli

Mercoledì 10 aprile 2024
sala Frammartino - villa Reghini - piazza della Pace, Sovigliana
dalle ore 17:30 alle ore 19:30



dalle ore 17:30 alle ore 19:30

*Dott.ssa Ilenia Giunti
Psichiatra-Psicoterapeuta
UFC DAN. AUSL Toscana Centro*



1. Disturbi Alimentari: cosa sono?

2. Sintomi d'allarme e prodromi

3. Ruolo della Famiglia

4. Ruolo dei Medici di Famiglia/ Pediatri libera scelta

5. Prevenzione



Anoressia tra le reazioni psicofisiche



1968	Disturbi alimentari "Anoressia"
1980	Disturbi alimentari Anoressia Bulimia Dist. Atipici
1994	Disturbi alimentari Anoressia Bulimia NAS
2000	Disturbi alimentari Anoressia Bulimia NAS

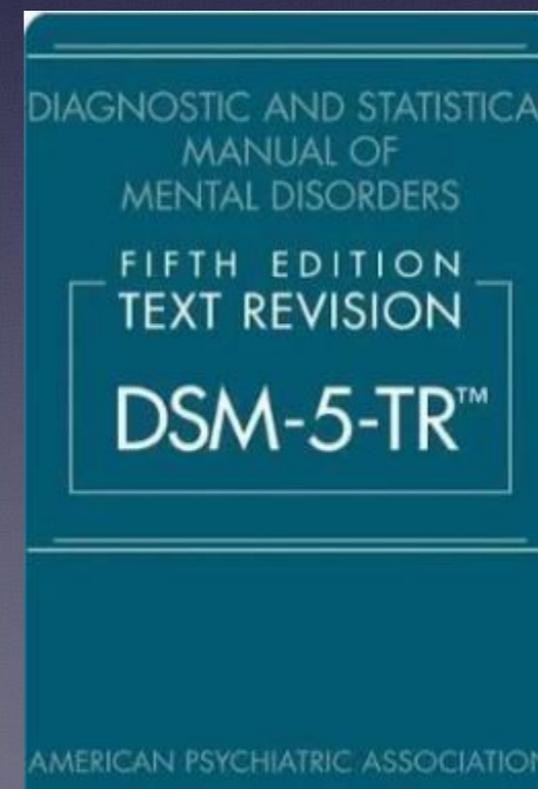
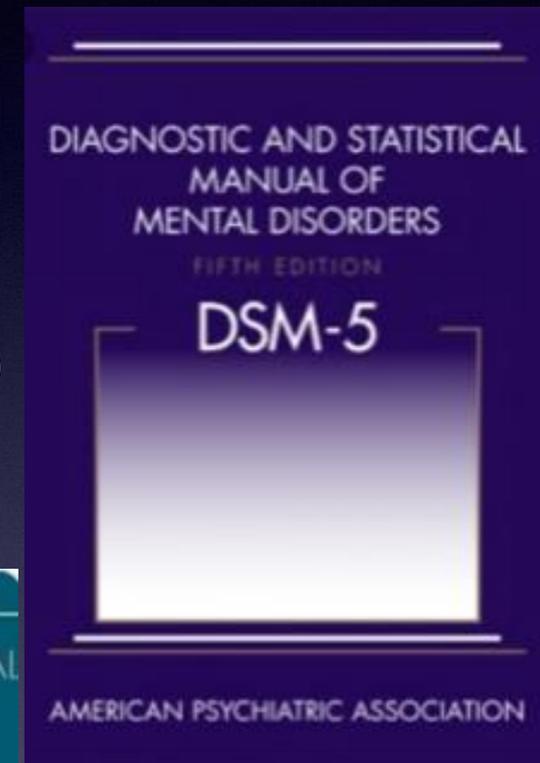


DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E DELL'ALIMENTAZIONE

Classificazione DSM V - American Psychiatric Association 2013

- 1 Pica**
- 2 Disturbo di ruminazione**
- 3 Disturbo da evitamento/restrizione dell'assunzione di cibo (ARFID)**
- 4 Anoressia nervosa**
- 5 Bulimia nervosa**
- 6 Disturbo da alimentazione incontrollata
(BINGE EATING)**
- 7 Disturbo della nutrizione o dell'alimentazione**

NAS



la diagnosi e la psicopatologia nucleare

” i disturbi della alimentazione e della nutrizione sono caratterizzati da un persistente disturbo dell'alimentazione o di comportamenti collegati con l'alimentazione che determinano un alterato consumo o assorbimento di cibo e che danneggiano significativamente la salute fisica o il funzionamento sociale”

la diagnosi e la psicopatologia
nucleare

~~I disturbi del comportamento alimentare~~



I disturbi dell' alimentazione e nutrizione

“Eccessiva preoccupazione per l'alimentazione, il peso corporeo e le forme”



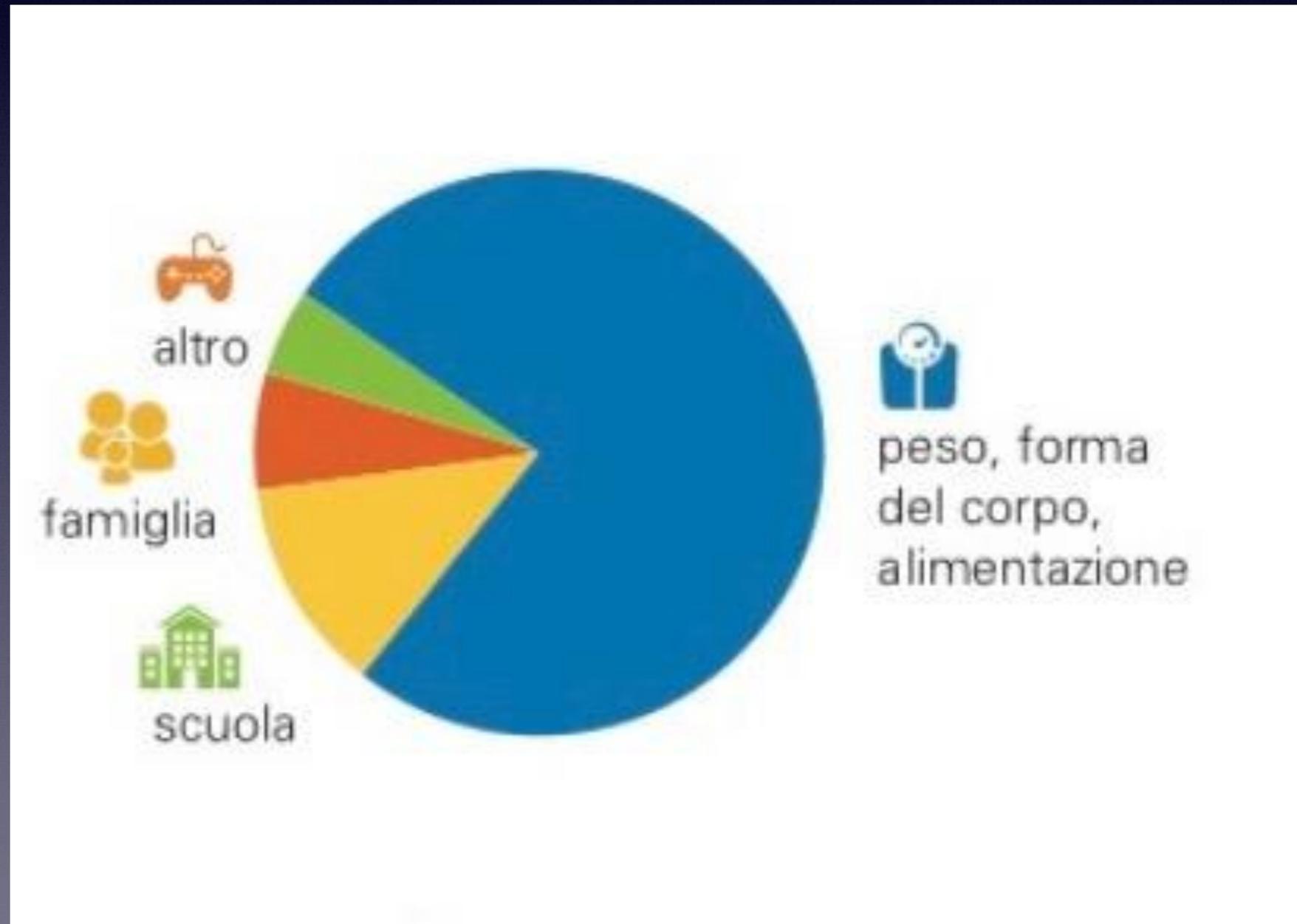
Schema di autovalutazione funzionale





Schema di valutazione disfunzionale

Valutazione di sé basata in modo predominante ed esclusivo sul controllo del peso, forma del corpo e dell'alimentazione





PICA (DSM V)

- 1 Persistente ingestione di sostanze senza contenuto alimentare, non commestibili per un periodo di almeno 1 mese.
- 2 L'ingestione di sostanze senza contenuto alimentare, non commestibili è inappropriata rispetto allo stadio di sviluppo dell'individuo.
- 3 Il comportamento di ingestione non fa parte di una pratica culturalmente sancita o socialmente normata.
- 4 Se il comportamento di ingestione si manifesta nel contesto di un altro disturbo mentale (per es., disabilità intellettiva – disturbo dello sviluppo intellettivo – disturbo dello spettro dell'autismo, schizofrenia) o di un'altra condizione medica è sufficientemente grave da giustificare ulteriore attenzione clinica.

DISTURBO DI RUMINAZIONE (DSM V)

- 1 Ripetuto rigurgito di cibo per un periodo di almeno 1 mese. Il cibo rigurgitato può essere rimasticato, ringoiato o sputato.
- 2 Il rigurgito ripetuto non è attribuibile a una condizione gastrointestinale associata o a un'altra condizione medica (per es., reflusso gastroesofageo, stenosi del piloro)
- 3 Il disturbo dell'alimentazione non si manifesta esclusivamente durante il decorso di anoressia nervosa, bulimia nervosa, disturbo da binge-eating o disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo.
- 4 Se i sintomi si manifestano nel contesto di un altro disturbo mentale (per es., disabilità intellettiva – disturbo dello sviluppo intellettivo – o altro disturbo del neurosviluppo) sono sufficientemente gravi da giustificare ulteriore attenzione clinica.



Disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo

ARFID (DSMV)

- 1 Un disturbo dell'alimentazione o della nutrizione (per es., apparente mancanza d'interesse per il mangiare o per il cibo; evitamento basato sulle caratteristiche sensoriali del cibo; preoccupazioni relative alle conseguenze negative del mangiare) che si manifesta attraverso la persistente incapacità di soddisfare le necessità nutrizionali e/o energetiche appropriate, associato a uno (o più) dei seguenti aspetti:
- 2 Significativa perdita di peso (o mancato raggiungimento dell'aumento ponderale atteso oppure una crescita discontinua nei bambini).
- 3 Significativo deficit nutrizionale.
- 4 Dipendenza dalla nutrizione parenterale o dai supplementi nutrizionali orali.
- 5 Marcata interferenza con il funzionamento psicosociale.
- 6 Il disturbo non è meglio spiegato da una mancata disponibilità di cibo o da una pratica associata culturalmente sancita.
- 7 Il disturbo dell'alimentazione non si manifesta esclusivamente durante il decorso dell'anoressia nervosa o della bulimia nervosa e non vi è alcuna evidenza di un disturbo nel modo in cui vengono vissuti il peso o la forma del proprio corpo.
- 8 Il disturbo dell'alimentazione non è attribuibile a una condizione medica concomitante e non può essere spiegato da un altro disturbo mentale. Quando il disturbo dell'alimentazione si verifica nel contesto di un'altra condizione o disturbo, la gravità del disturbo dell'alimentazione eccede quella abitualmente associata alla condizione o il disturbo e giustifica ulteriore attenzione clinica.



Disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo

ARFID (DSMV)

SOTTOTIPI:

-Mancanza di interesse per il cibo

Spesso presenti ansia o tristezza che interferiscono con l'assunzione di cibo

-Evitamento basato su caratteristiche sensoriali

Mangiano solo cibi con certe consistenze, colori o temperature

-Preoccupazioni relative alle conseguenze del mangiare

Per es. timore di soffocare, vomitare, avere diarrea, reazioni allergiche, dolori addominali



ANORESSIA NERVOSA

CRITERI DIAGNOSTICI	DSM-IV-TR	DSM-5
A.	Rifiuto di mantenere il peso corporeo al di sopra o al peso minimo normale per l'età e la statura (mantenimento del peso corporeo al di sotto dell'85% rispetto a quanto previsto, incapacità di raggiungere il peso previsto durante il periodo della crescita in altezza, con la conseguenza che il peso rimane al di sotto dell'85% rispetto a quanto previsto) (criterio peso)	Restrizione delle calorie rispetto al fabbisogno, che comporta significativamente un basso peso corporeo rispetto all'età, sesso, percorso di sviluppo e la salute fisica. Il peso significativamente basso è definito come inferiore al minimo normale o, per bambini e adolescenti, inferiore di quello minimo previsto per l'età

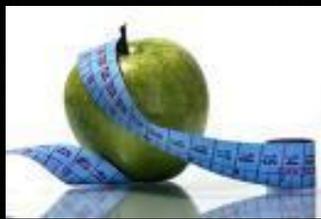
✓ A. *Basso peso corporeo rispetto al livello (fase) di sviluppo*



ANORESSIA NERVOSA

CRITERI DIAGNOSTICI	DSM-IV-TR	DSM-5
B.	Intensa paura di acquistare peso o diventare grassi, anche quando si è sottopeso (criterio paura di ingrassare)	Intensa paura di acquisire peso o di diventare grassi o un comportamento persistente che interferisce con l'aumento di peso, nonostante il peso sia significativamente basso
C.	Alterazione del modo in cui il soggetto vive il peso o la forma del corpo, o eccessiva influenza del peso e della forma del corpo sui livelli di autostima, o rifiuto di ammettere la gravità dell'attuale condizione di sottopeso (criterio immagine corporea)	Il modo in cui è vissuto il proprio peso o la forma del corpo, influenza l'auto-valutazione degli stessi o il persistente mancato riconoscimento della gravità dell'attuale peso corporeo

- ✓ B. Viene ampliato, include il comportamento persistente interferente con l'aumento di peso



ANORESSIA NERVOSA

CRITERI DIAGNOSTICI	DSM-IV-TR	DSM-5
D.	Nelle femmine dopo il menarca, amenorrea, cioè assenza di almeno tre cicli mestruali consecutivi. (criterio mestruali)	

✓ D. Viene eliminato



ANORESSIA NERVOSA: CARATTERISTICHE CLINICHE

- ✓ **L'esordio** graduale e insidioso, con progressiva riduzione dell'introito alimentare (a seguito di una dieta ipocalorica per migliorare l'immagine di sé); in altri casi a seguito di difficoltà digestive, malattie, depressione, interventi chirurgici o traumi, eventi di vita stressanti, cambiamenti di vita.
- ✓ La riduzione dell'apporto calorico consiste nella riduzione delle porzioni e/o esclusione di alcuni cibi
- ✓ Nel primo periodo si osserva fase di benessere soggettivo dovuto a perdita di peso, al miglioramento propria immagine, sentimento di onnipotenza dato dalla capacità di controllare la fame; in seguito le preoccupazioni per linea e forma del corpo diventano ossessive
- ✓ La paura di "diventare grassi" non diminuisce con il decremento ponderale, in genere aumenta parallelamente alla perdita di peso
- ✓ E' frequente il ricorso a esercizio fisico eccessivo (compulsivo), controllo continuo con lo specchio, la taglia dei vestiti e la bilancia, conteggio calorie, impiegare diverse ore per mangiare e/o spezzettare il cibo in pezzi molto minuti



ANORESSIA NERVOSA: CARATTERISTICHE CLINICHE

- ✓ I *sintomi ossessivo-compulsivi* si aggravano anche a causa della riduzione dell'apporto calorico e del peso
- ✓ I livelli di autostima sono influenzati dalla forma fisica e dal peso, in cui la perdita di peso è segno di autodisciplina, l'incremento viene esperito come perdita della capacità di controllo
- ✓ In genere giungono all'osservazione clinica sotto pressione dei familiari, quando la perdita di peso è marcata; se, invece, è il soggetto stesso, di solito avviene per il disagio relativo alle conseguenze somatiche e psicologiche del disturbo, non per la preoccupazione del dimagrimento



ANORESSIA NERVOSA: CARATTERISTICHE CLINICHE

- ✓ Spesso mancano di consapevolezza della malattia oppure viene fermamente negata e si oppongono al trattamento
- ✓ In sottogruppi di pz con AN che presentano anche condotte di eliminazione, la prognosi è peggiore, le complicanze mediche più frequenti, maggiore comorbidità, maggior frequenza di comportamenti impulsivi, gesti autoaggressivi, tentativi di suicidio, abuso di alcool e/o droghe



ANORESSIA NERVOSA

DISTURBI MENTALI ASSOCIATI:

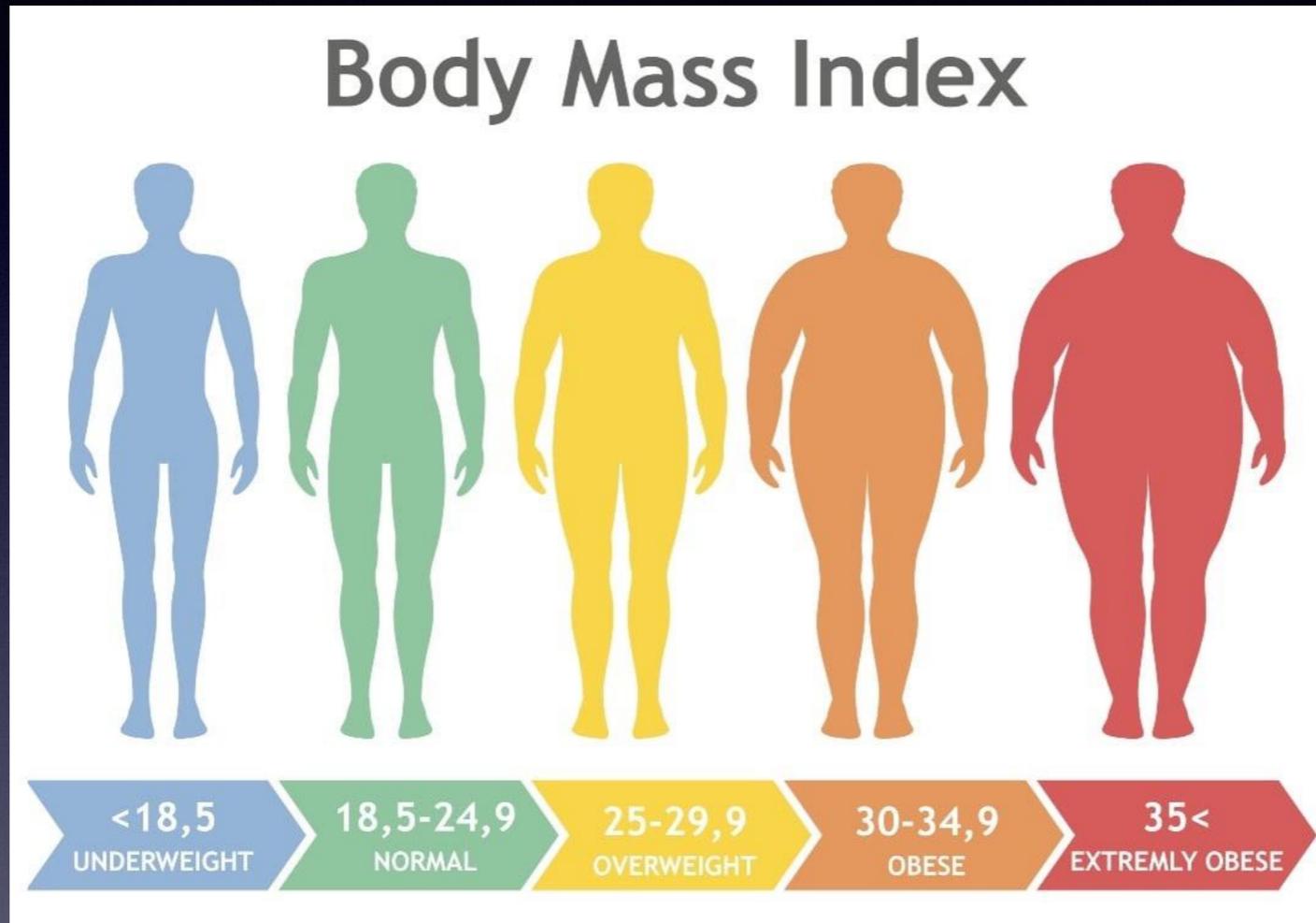
✓ Quando la perdita di peso è marcata, possono presentare **sintomi depressivi** (umore depresso, ritiro sociale, irritabilità, insonnia, diminuito interesse sessuale, soddisfazione dei criteri del **Dist Depressivo Maggiore**)

✓ **Sintomi ossessivo-compulsivi:** polarizzazione ideativa sul cibo, collezionare ricette o ammassare cibo, perfezionismo (DOC o altri Disturbi d'Ansia)

✓ **Manifestazioni associate:** disagio nel mangiare in pubblico, sentimenti di inadeguatezza, bisogno di tenere sotto controllo l'ambiente circostante, rigidità mentale, ridotta spontaneità nei rapporti interpersonali, perfezionismo e iniziativa ed espressività emotiva eccessivamente represses.



GRAVITA' AN



- Lieve: BMI ≥ 17 kg/m²
- Moderato: BMI 16-16,99 kg/m²
- Grave: BMI 15-15,99 kg/m²
- Estremo: BMI < 15 kg/m²



Sintomi da denutrizione

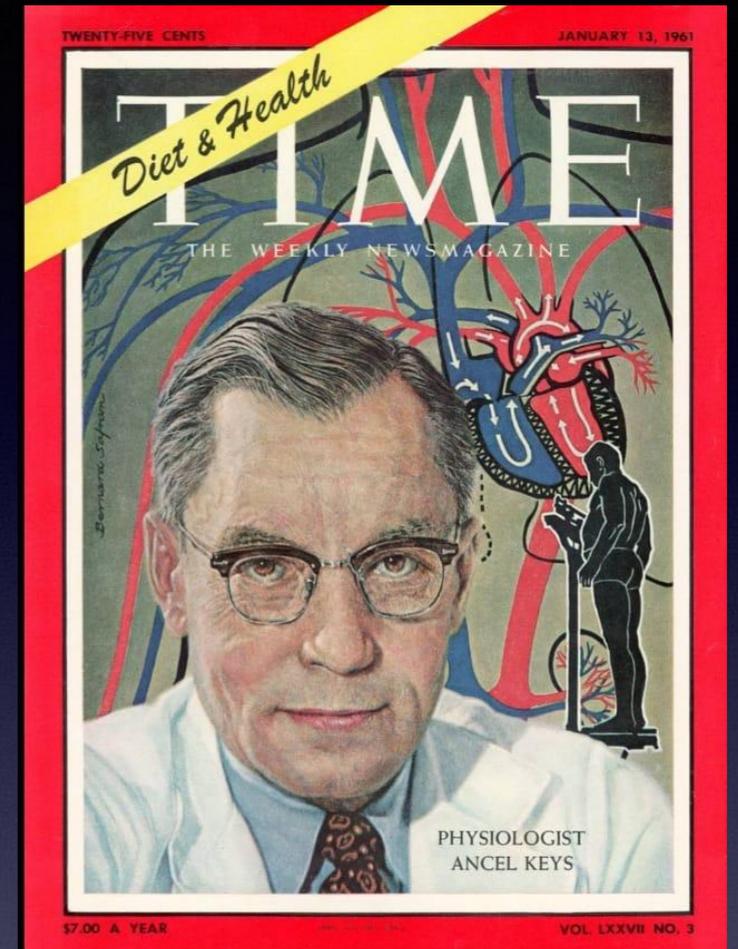


*UFC Disturbi Alimentari
Toscana Centro*



Il Minnesota Study

Ancel Keys
Università del Minnesota,
36 giovani obiettori di coscienza sani
e psicologicamente normali.



3 mesi normale alimentazione (osservazione)
6 mesi di semidigiuno (perdita di peso del 25%)
3 mesi riabilitazione nutrizionale



EFFETTI PSICOLOGICI DELLA DENUTRIZIONE

Effetti cognitivi

- isolamento (evitamento)
- preoccupazione per cibo e alimentazione
- difficoltà a concentrarsi
- pensiero inflessibile

Effetti sull'umore

- depressione
- labilità dell'umore
- irritabilità

EFFETTI PSICOLOGICI DELLA DENUTRIZIONE

Osessioni intensificate

- comportamenti ossessivi (es. rituali alimentari)
- indecisione e procrastinazione
- rigidità di comportamento

Effetti sociali

- isolamento (ritiro)
- perdita di interesse per il mondo esterno
- perdita di interesse sessuale

EFFETTI FISICI SOGGETTIVI DELLA DENUTRIZIONE

- Sentire freddo
- Dormire insufficientemente
- Senso del gusto alterato (necessità di usare molti condimenti)
- Riduzione del metabolismo basale
- Sintomi gastrointestinali
- Sentirsi pieni dopo avere mangiato poco



BULIMIA NERVOSA

CRITERI DIAGNOSTIC I	DSM-IV-TR	DSM-5
A.	<p>Ricorrenti abbuffate. Un abbuffata è caratterizzata da entrambi i seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none">1) mangiare in un definito periodo di tempo (es. 2 ore), una quantità di cibo significativamente maggiore di quello che la maggior parte delle persone mangerebbe nello stesso tempo e in circostanze simili2) sensazione di perdere il controllo durante l'episodio (sensazione di non riuscire a smettere di mangiare o a controllare cosa e quanto si sta mangiando) (criterio abbuffate)	<p>Episodi ricorrenti di abbuffate. Un episodio di abbuffata è caratterizzato da entrambe le seguenti modalità:</p> <ul style="list-style-type: none">1. Mangiare, in un periodo preciso di tempo (es. entro 2 ore), una quantità di cibo che è significativamente maggiore di quello che la maggior parte delle persone mangerebbe nello stesso tempo e in circostanze simili2. Sensazione di perdita di controllo durante l'episodio (sensazione che non può smettere di mangiare o controllare cosa o quanto si sta mangiando)

✓ A. Invariato



BULIMIA NERVOSA

CRITERI DIAGNOSTICI	DSM-IV-TR	DSM-5
B.	Ricorrenti e inappropriate condotte compensatorie per prevenire l'aumento di peso, come vomito autoindotto, abuso di lassativi, diuretici, digiuno o esercizio fisico eccessivo (criterio comportamenti di compenso)	Ricorrenti e inappropriate condotte compensatorie per prevenire l'aumento di peso, come vomito autoindotto, abuso di lassativi, diuretici o altri farmaci, digiuno o esercizio fisico eccessivo
C.	Le abbuffate e le condotte compensatorie si verificano entrambe in media almeno 2 volte alla settimana, per 3 mesi (criterio frequenza abbuffate e comportamenti di compenso)	Le abbuffate e le condotte compensatorie si verificano entrambe in media, almeno <i>una volta alla settimana per 3 mesi</i>

✓ B. *Invariato*

✓ C. *Viene ridotto il criterio della frequenza degli episodi*



BULIMIA NERVOSA

CRITERI DIAGNOSTICI	DSM-IV-TR	DSM-5
D.	I livelli di autostima sono indebitamente influenzati da forma e peso corporei (criterio immagine corporea)	L'autovalutazione è indebitamente influenzata dalla forma e dal peso corporeo
E.	L'alterazione non si manifesta esclusivamente durante episodi di anoressia nervosa	L'alterazione non si manifesta esclusivamente durante episodi di anoressia nervosa

- ✓ *D. Invariato*
- ✓ *E. Invariato*



BULIMIA NERVOSA: CARATTERISTICHE CLINICHE

- ✓ **Esordio** in relazione a restrizione alimentare o in seguito a un trauma emotivo in cui non si riesce a padroneggiare il sentimento di perdita o frustrazione
- ✓ L'abbuffata è preceduta da stati di umore disforico, condizioni interpersonali di stress, sentimenti di insoddisfazione per il peso e la forma del corpo, sentimenti di vuoto e solitudine; dopo l'abbuffata ci può essere una transitoria riduzione della disforia, ma in genere seguono umore depresso e autocritica
- ✓ Una crisi bulimica è accompagnata dalla sensazione di perdere il controllo; senso di estraneamento durante l'abbuffata, alcuni riferiscono esperienze simili a derealizzazione e depersonalizzazione
- ✓ I comportamenti autolesivi sono frequenti e correlati a storia di abusi fisici e/o sessuali durante l'infanzia (Favaro & Santonastaso, 1998)



BULIMIA NERVOSA: CARATTERISTICHE CLINICHE

- ✓ Alimentazione irregolare che alterna digiuni protratti e crisi bulimiche con o senza vomito, seguite da sentimenti di autosvalutazione e vergogna
- ✓ I soggetti si vergognano delle loro abitudini alimentari patologiche (crisi bulimiche in solitudini, pianificate, rapidità ingestione cibo)
- ✓ Il vomito autoindotto (80-90%) riduce la sensazione di malessere fisico, oltre alla paura di ingrassare; in alcuni casi è l'effetto ricercato (la persona si abbuffa per vomitare o vomita anche per piccole quantità di cibo)



BULIMIA NERVOSA

DISTURBI MENTALI ASSOCIATI:

- ✓ Incidenza di **sintomi depressivi** (ridotta autostima) o di **Disturbi dell'Umore** (Distimia, Depressione Maggiore)
- ✓ **Disturbi d'Ansia:** sintomi di ansia (paura nelle situazioni sociali), tra i più comuni Fobia Sociale, Disturbo ossessivo-compulsivo, Disturbo di Panico
- ✓ Prevalenza lifetime **dell'Abuso o Dipendenza da sostanze** (alcool e stimolanti) è almeno del 30% fra i soggetti con Bulimia Nervosa (stimolanti per controllare appetito e peso)
- ✓ Si riscontrano maggiormente il **Disturbo Borderline di Personalità** e il **Disturbo Evitante di Personalità**.
- ✓ Risultano associati comportamenti di cleptomania, promiscuità sessuale, tentativi di suicidio e altri atti autoaggressivi.



BULIMIA NERVOSA

DISTURBI MENTALI ASSOCIATI:

- ✓ E' accertata la **familiarità** del Disturbo Depressivo e dell'abuso o dipendenza da sostanze (Halmi, 2009)

- ✓ Tra i **DA** e le **dipendenze** si osservano caratteristiche comuni:
 - tendenza a perdere il controllo (sulle sostanze o sul cibo)
 - comportamenti compulsivi disfunzionali
 - mancanza di consapevolezza dei rischi dei comportamenti disfunzionali

- ✓ Caratteristica comune tra **AN** e **BN** è **rapporto conflittuale con il corpo** (perfezionismo, ideale di magrezza e bellezza, bisogno di controllo, comportamenti autolesivi diretti e indiretti).



BULIMIA NERVOSA

COMPORTAMENTI AUTOLESIONISTICI NON SUICIDARI



IMPULSIVI:

Comportamenti episodici, tagliarsi o bruciarsi la pelle, sbattere la testa o il pugno contro il muro, ecc.



COMPULSIVI:

Comportamenti comuni e ripetuti, mangiarsi in modo grave le unghie, strapparsi i capelli, ecc.



GRAVITA' BN

- Lieve: Una media di 1-3 episodi di condotte compensatorie inappropriate per settimana.
- Moderato: Una media di 4-7 episodi di condotte compensatorie inappropriate per settimana.
- Grave: Una media di 8-13 episodi di condotte compensatorie inappropriate per settimana.
- Estremo: Una media di 14 o più episodi di condotte compensatorie inappropriate per settimana.



BINGE EATING DISORDER (DSM V)

- 1- Ricorrenti episodi di abbuffate. Un episodio di abbuffata è caratterizzato da entrambi gli aspetti seguenti:
 - A Mangiare, in un periodo definito di tempo (per es., un periodo di due ore) una quantità di cibo significativamente maggiore di quella che la maggior parte degli individui mangerebbe nello stesso tempo ed in circostanze simili.
 - B Sensazione di perdere il controllo durante l'episodio (per es., sensazione di non riuscire a smettere di mangiare o a controllare cosa o quanto si sta mangiando).
- 2- Gli episodi di abbuffata sono associati a tre (o più) dei seguenti aspetti:
 - A Mangiare molto più rapidamente del normale.
 - B Mangiare fino a sentirsi spiacevolmente pieni.
 - C Mangiare grandi quantità di cibo anche se non ci si sente fisicamente affamati.
 - D Mangiare da soli perché a causa dell'imbarazzo per quanto si sta mangiando.
 - E Sentirsi disgustati verso se stessi, depressi o assai in colpa dopo l'episodio.
- 3- È presente un marcato disagio riguardo alle abbuffate.
- 4- L'abbuffata si verifica, in media, almeno una volta alla settimana per 3 mesi.
- 5- L'abbuffata non è associata alla messa in atto sistematica di condotte compensatorie inappropriate come nella bulimia nervosa, e non si verifica esclusivamente in corso di bulimia nervosa o anoressia nervosa.



DISTURBO DELL'ALIMENTAZIONE NAS

Questa categoria si applica a presentazioni in cui i sintomi caratteristici di un disturbo della nutrizione e dell'alimentazione che causano un significativo disagio clinico o un danno nel funzionamento sociale, occupazionale o in altre importanti aree predominano, ma non sono soddisfatti i criteri pieni per qualsiasi dei disturbi nella classe diagnostica dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione.

La categoria disturbo della nutrizione o dell'alimentazione con altra specificazione è usata in situazioni in cui il clinico sceglie di non specificare il motivo per cui i criteri non sono soddisfatti per uno specifico disturbo della nutrizione e dell'alimentazione, e include presentazioni in cui ci sono insufficienti informazioni per fare una diagnosi più specifica (per es. in un setting di pronto soccorso).

disturbi alimentari

9 VERITÀ DA SAPERE

1



MOLTE PERSONE CON UN DISTURBO ALIMENTARE
POSSONO AVERE UN ASPETTO SANO
MA IN REALTÀ STANNO ESTREMAMENTE MALE

2



NON BISOGNA INCOLPARE LE FAMIGLIE
ANZI, POSSONO ESSERE I MIGLIORI ALLEATI
NEL TRATTAMENTO PER I PAZIENTI E PER GLI OPERATORI

3



LA DIAGNOSI DI UN DISTURBO ALIMENTARE
E' UN MOMENTO DI ESTREMA CRISI
CHE SCONVOLGE IL FUNZIONAMENTO DELLA PERSONA
E DEL GRUPPO FAMILIARE

4



I DISTURBI ALIMENTARI
NON SONO SCELTE
SONO GRAVI MALATTIE CON DIFFICILI CONSEGUENZE

5



COLPISCONO PERSONE DI TUTTE LE ETÀ, GENERI,
RAZZE, DI TUTTE LE FORME DEL CORPO, DI TUTTI I PESI,
DI OGNI ORIENTAMENTO SESSUALE E CLASSE SOCIALE

6



I DISTURBI ALIMENTARI
COMPORTANO UN AUMENTATO RISCHIO
PER IL SUICIDIO E PER ALTRE COMPLICANZE MEDICHE



Quali sono le cause dei DA?

Origine eziologica Bio-Psico-Sociale

Non esiste un'unica causa ma una
concomitanza di più fattori

Fattori Predisponenti, Scatenanti e di
Mantenimento



**VULNERABILITA'
DA**

**Fattori
predisponenti**

personalità
perfezionismo
bassa autostima
diete
familiarità

**Fattori
precipitanti**

lutto trauma
separazione
adolescenza
conflitti familiari

**Fattori di
mantenimento**

digiuno vomito
abbuffate
reazioni famiglia
e/o ambiente



*UFC Disturbi Alimentari
Toscana Centro*



FATTORI PREDISPONENTI

1. Caratteristiche Individuali
2. Caratteristiche Familiari
3. Caratteristiche Sociali



FATTORI PREDISPONENTI

Caratteristiche individuali

- Adolescenza come fase di delicato passaggio dalla dipendenza infantile alla autonomia adulta
- Idealizzazione della magrezza rinforzata dai media
- Il corpo come unico mezzo di comunicazione e relazione
- Essere magre requisito indispensabile per essere e sentirsi accettate
- Di solito presenti tratti di perfezionismo
- DI solito presenti rituali e tratti ossessivi
- Tratti di estrema rigidità per anni
- Di solito ipercontrollanti
- Di solito tendenti al Rimuginio



FATTORI DI RISCHIO INDIVIDUALI FISICI

- **Obesità**
- **Difficoltà alimentari precoci**
(nel 47% dei casi di AN)
- **Diabete di tipo 1** (giovanile,
insulino dipendenza-
discrepanza fra gli studi)
- **Fattori perinatali** (nascita
prematuro)
- **Menarca precoce** (correlato con
l'insoddisfazione corporea)





FATTORI DI RISCHIO INDIVIDUALI

Eventi avversi

- ▶ Abuso sessuale ed altre esperienze traumatiche (elevata presenza fra le pazienti con BN– è comunque un fattore di rischio psichiatrico generico)
- ▶ Avere familiari a dieta
- ▶ Ricevere critiche dai familiari o dai compagni su peso, forme corporee o comportamento alimentare





FATTORI PREDISPONENTI **Caratteristiche familiari**

- ▶ Familiarità per DCA
- ▶ Familiarità per disturbi psichiatrici
- ▶ Familiarità per obesità
- ▶ Ambiente familiare e interazioni
- ▶ Famiglia a rischio quella che enfatizza molto l'aspetto esteriore e quella ad alto ipercriticismo





FATTORI PREDISPONENTI

Caratteristiche socio culturali

- Tipiche dei paesi industrializzati
- Enfasi della magrezza
- Estrema diffusione di articoli con diete, conto delle calorie e articoli per dimagrire
- Magrezza coincide con successo, potere e attrazione sex



FATTORI SCATENANTI

- Si ritiene che intraprendere una **dieta dimagrante** rappresenti un fattore cruciale scatenante qualora esista una predisposizione al disturbo. Ciò non significa ovviamente che tutte le persone che iniziano una dieta sviluppino il disturbo; perché questo accada è necessaria una concomitanza di fattori predisponenti e scatenanti
- Talvolta sono **difficoltà relazionali** che fanno da trigger (rottture sentimentali lutti trasferimenti) comunque situazioni che chiamano in causa autonomia ed autostima

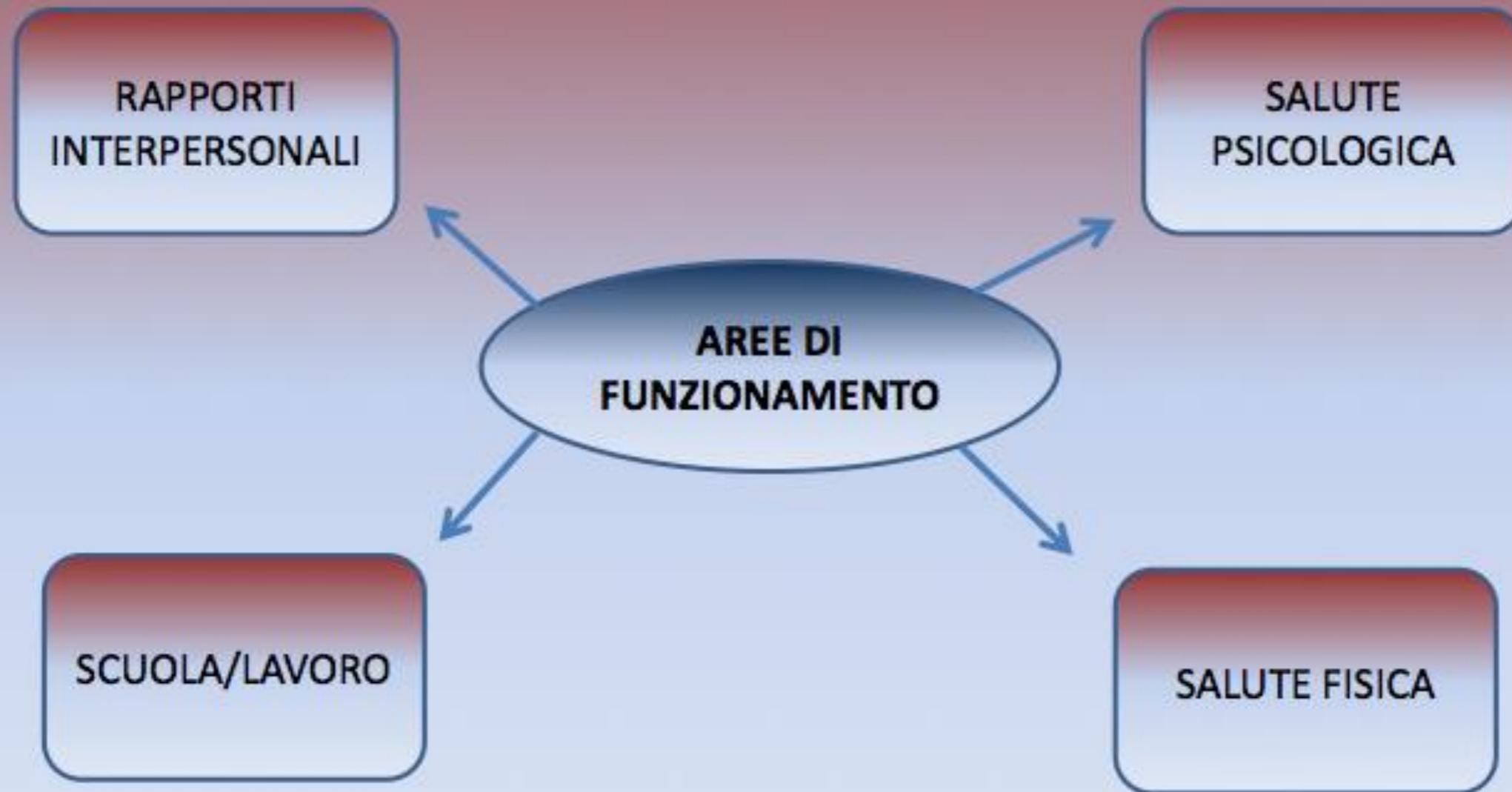


FATTORI DI MANTENIMENTO

- Intendiamo tutti quegli eventi che contribuiscono a mantenere il quadro patologico una volta innestato
- “E’ assolutamente fondamentale che io sia magra” e tutte le azioni sono finalizzate a questo obiettivo.
- Frequenti rinforzi positivi esterni (come sei carina così magra



DISTURBI ALIMENTARI: COMPROMISSIONI DELLE AREE DI FUNZIONAMENTO



Prevalenza ed Incidenza

I dati epidemiologici riferiti agli adolescenti in generale parlano di un caso ogni 200, ma prendendo in considerazione esclusivamente la popolazione femminile fra i 12 e i 18 anni, si arriva all'8 % circa. Infatti, studi recenti di prevalenza indicano su mille adolescenti femmine 3 casi di anoressia nervosa, 10 di bulimia nervosa e 70 casi di forme subcliniche che non raggiungono i criteri diagnostici dei disturbi conclamati, ma che necessitano comunque di cure e di attenzione psicologica e medica.

UNITA' FUNZIONALE COMPLESSA
DISTURBI ALIMENTARI
AUSL TOSCANA CENTRO



I sintomi di allarme, i sintomi prodromici e quelli conclamati

SEGNI PRECOCI DELL' ANORESSIA NERVOSA

- Rapida e costante perdita di peso ottenuta con restrizione alimentare
 - Ossessione per il peso, la dieta, le forme corporee
 - Paura intensa e ingiustificata di diventare grassi e di perdere il controllo
 - Depressione, irritabilità, mancanza di concentrazione, apatia, isolamento sociale
 - Amenorrea
 - Comportamento alimentare anomalo (rituali a tavola, alimentazione vicaria ecc.)
-

SEGNI PRECOCI DELLA BULIMIA NERVOSA

- Assunzione di grandi quantità di cibo non associata ad aumento di peso
- Ingurgitare il cibo in modo vorace senza tenere conto dei sapori
- Rigonfiamento delle ghiandole salivari, problemi dentari, crampi muscolari, ecc.
- Alzarsi subito dopo aver mangiato per andare in bagno

INDICAZIONI ALLA RICERCA DI UN DISTURBO DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE (O DI UNA MALATTIA ORGANICA)*

- Calo del peso del 10% rispetto a quello dell'anno precedente
- Diete ricorrenti senza che vi sia sovrappeso
- Uso di vomito autoindotto, di lassativi, di digiuno o di diuretici per perdere peso
- Distorta immagine corporea
- Indice di massa corporea al 5° percentile o meno

**Secondo l'American Medical Association (20)*

Tabella V

La diagnosi differenziale

CONDIZIONI CHE POSSONO SIMULARE UN DISTURBO DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

- Dieta e attività fisica intenzionali
- Disordini psichiatrici (soprattutto depressione)
- Tumori del SNC (ipotalamo, ipofisi)
- Endocrinopatie (diabete giovanile, ipertiroidismo, morbo di Addison)
- Malattie gastrointestinali
- Malattie croniche (TBC, AIDS, infezioni occulte)
- Lupus eritematoso sistemico
- Tumori maligni (soprattutto linfomi)

da Stashwick (21)

Anamnesi

Come in tutti gli e le adolescenti, inizialmente dovranno essere esplorate le voci indicate dall'acronico HEADSS (dove H sta per *home*, quindi rapporti familiari; E per *education*, quindi rendimento scolastico; A per *activity*, quindi attività fisica; D per *drugs*, quindi uso di farmaci e di sostanze psicoattive; S per *sex*, quindi attività sessuale; e S per *suicide*, quindi per tentativi o pensieri di suicidio). In seguito deve essere fatta una raccolta accurata dei dati riguardanti il comportamento alimentare, la dieta, le variazioni del peso, le eventuali abbuffate, il ricorso a mezzi che possano consentire un controllo del peso, la presenza di sintomi che possano indicare depressione, l'attività fisica. All'adolescente deve essere chiesto qual è la sua idea di peso ideale, e deve essere indagata la presenza di rituali riguardanti il cibo (come mangiare un solo cibo per volta, o disporlo in maniera particolare nel piatto, o tagliarlo in pezzetti uniformi), ricordando che non sempre l'adolescente è in grado di stabilire un rapporto tra il suo comportamento alimentare e gli eventuali disturbi che esso provoca.



H: HOME

E: EDUCATION

A: ACTIVITY

D: DRUGS

S: SEX

S: SUICIDE

ANAMNESI DETTAGLIATA SULLA ALIMENTAZIONE E COMPORTAMENTI ALIMENTARI E PURGATIVI

Quello che non si deve fare nel rapporto con il paziente (J. Treasure)

Discutere o cercare di convincere
Assumere un ruolo autoritario
Dare consigli da esperto
Ordinare, dirigere, spaventare, parlare troppo
Entrare in discussioni o lotte
Fare prediche morali, critiche o giudizi
Fare tre domande in una volta
Dire apertamente alla paziente che ha un problema
Prescrivere soluzioni preconfezionate

CONSIGLI PER LA FAMIGLIA

- Migliorare la comunicazione
- Uscire da quella logica di comportamento che ha innescato nei figli la "sindrome da brava/o ragazza/o"
- Entrare nell'ordine di idee che l'autocolpevolizzazione non porta a nulla
- È molto meglio valutare come sia possibile diventare una risorsa per contribuire alla cura del figlio
- Ricordarsi che il problema non si esaurisce nel disturbo del comportamento alimentare (DCA) ma esprime problematiche psicologiche e di sofferenza
- A tavola non insistere
- Non chiedere un riscontro giornaliero su quello che ha mangiato, lasciate che sia lui/lei a scegliere che cosa mangiare
- Non assumersi la responsabilità del controllo del suo peso
- Cercate di non fare la spesa pensando al problema alimentare
- Evitare commenti, consigli, offerte o richieste di rinuncia verso il cibo
- Se si è abituati a mangiare stando tutti insieme a tavola, invitare il figlio/a a stare a tavola assieme. Se non lo fa non rinunciare a riprovarci nei pasti successivi
- Se mangia con gli altri preavvisare su cosa si ha intenzione di cucinare. Potrebbe desiderare qualcosa di diverso e dovrebbe avere la possibilità di averlo. Non deve comunque essere la persona che soffre di DCA ad imporre il menu a tutta la famiglia
- Evitate espressioni colpevolizzanti del tipo "mi farai morire" o svalutanti "non sei in grado di affrontare il problema"
- Non polarizzare tutta l'attenzione sul figlio/a con DCA, soprattutto se ne avete altri. Non rinunciate a tutto (hobby, amici,...) perché qualcuno in famiglia ha questo problema. Date loro, però, la certezza che siete sempre a disposizione quando occorre.



Codice Lilla in Pronto Soccorso



Ministero della Salute

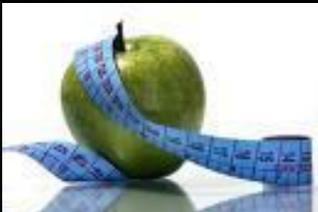
**INTERVENTI PER L'ACCOGLIENZA, IL TRIAGE, LA
VALUTAZIONE ED IL TRATTAMENTO DEL PAZIENTE
CON DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E
DELL'ALIMENTAZIONE**

***“RACCOMANDAZIONI IN PRONTO SOCCORSO PER UN
CODICE LILLA”***

Gruppo di lavoro:

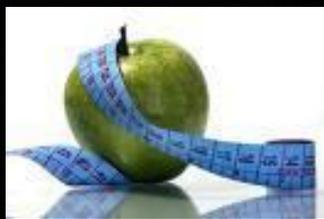
Giuseppe Ruocco, Denise Giacomini, Giovanna Romano, Ministero della salute.

Esperti: Donatella Ballardini, Armando Cotugno, Laura Dalla Ragione, Riccardo Dalle Grave, Angela Emanuele, Giorgio Galanti, Valerio Galeffi, Giovanni Gravina, Patrizia Iacopini, Palmiero Monteleone, Andrea Pezzana, Paolo Santonastaso, Rosa Trabace, Massimo Vincenzi.



Principali comportamenti DA che causano complicanze fisiche

- Digiuno**
- Riduzione o eccesso di apporto idrico**
- Abbuffate**
- Vomito autoindotto**
- Uso improprio di lassativi**
- Uso improprio di diuretici**
- Esercizio fisico eccessivo**
- Autolesionismo**
- Rialimentazione troppo rapida**
- Assunzione di materiale non alimentare (Pica)**
- Restrizione alimentare persistente**
- Ideazione suicidiaria**



Segni e Sintomi

- Marcata perdita di peso, aumento ponderale o fluttuazione del peso**
- Intolleranza al freddo**
- Debolezza**
- Facile faticabilità o letargia**
- Vertigini**
- Sincope**
- Orali e Dentali (ipertrofia parotidea, traumi e lacerazioni orali etc..)**
- Cardiorespiratori (Cardiopalmo, Aritmie, Brevità degli atti respiratori “respiro corto” e dispnea, pneumotorace spontaneo, Edemi declivi)**
- Gastrointestinali (Reflusso gastroesofageo, Ematemesi, Emorroidi e prolasso rettale, Stipsi)**
- Endocrine (Amenorrea o irregolarità mestruali, Perdita della libido, Infertilità, Osteopenia o osteoporosi con aumentato rischio di fratture ossee)**
- Neuropsichiatriche (Depressione e ansia; Pensieri ossessivi e comportamenti compulsivi, insonnia, ideazione suicidaria; comportamenti autolesivi)**
- Dermatologiche (Lanugo, Perdita di capelli, Colorito giallo della cute, Calli o cicatrici sul dorso delle mani (segno di Russell) , Ridotta capacità di cicatrizzazione**



È indispensabile prevedere percorsi terapeutici **INTERDISCIPLINARI e MULTIDIMENSIONALI**, spesso lunghi e articolati, che affrontino sintomi, cause e complicanze di queste malattie, nel setting di cura di volta in volta più adeguato ed progettato **ad personam** .

Scopo dell'intervento terapeutico-riabilitativo è **non solo** il recupero funzionale biologico e psicopatologico, ma soprattutto il recupero di abilità e performance funzionali individuali e relazionali con l'ambiente, il recupero occupazionale e lavorativo, il miglioramento della qualità di vita.



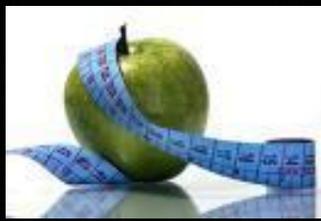
LA CURA → OBIETTIVI

- Ripristino di uno stato nutrizionale sano e di comportamenti alimentari fisiologici e salutari;
- Interruzione dei comportamenti non salutari di controllo del peso;
- Supporto psicologico in merito alla possibilità di modificare i comportamenti alterati di nutrizione
- Identificazione e gestione degli aspetti psicologici e relazionali della malattia;
- Identificazione e trattamento delle condizioni di comorbidità.



le complicanze cliniche acute legate alla malnutrizione calorico-proteica sono potenzialmente mortali ma anche soggette a completa reversibilità dopo trattamento medico-nutrizionale

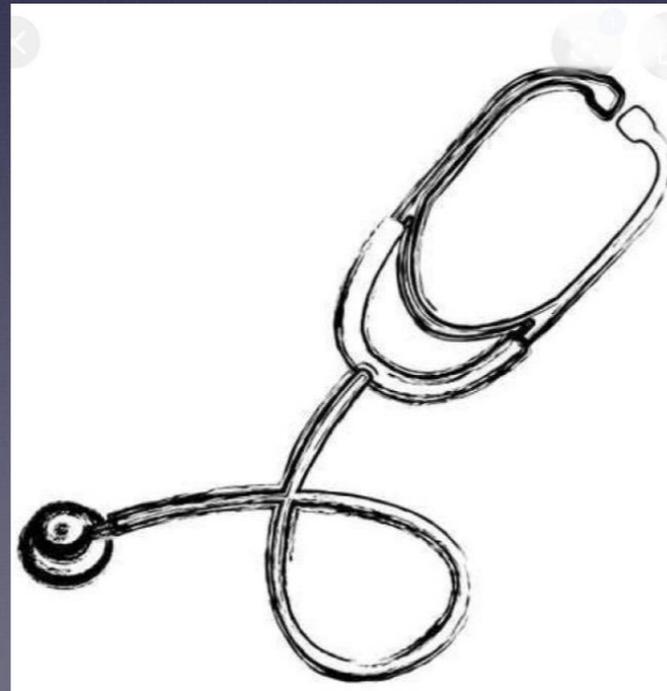
- 1 problemi cardiaci
2. squilibri elettrolitici
3. ipoglicemia
4. alterazioni epatiche
5. *refeeding sindrome*

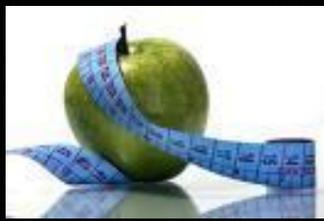


*UFC Disturbi Alimentari
Toscana Centro*



Il ruolo dei medici di famiglia





Questionario Ministero della Salute

- 1 Ti pesi più di due volte a settimana?
- 2 Quando mangi ti capita di pensare alle calorie?
- 3 Ti senti in colpa dopo aver mangiato?
- 4 Se ti guardi allo specchio osservi soprattutto pancia e cosce?
- 5 Il tuo peso influenza il tuo umore?
- 6 Il tuo peso influenza la tua disponibilità a frequentare i coetanei?
- 7 Il tuo ciclo mestruale è irregolare o assente?
- 8 Mangi grandi quantità di cibo con la sensazione di perdere il controllo, indipendentemente dal senso di fame?
- 9 Ti capita di provocarti il vomito o di desiderarlo dopo aver mangiato?
- 10 Se mangi di più di quello che ritieni necessario per te cerchi di ridurre i pasti successivi?
- 11 Fai uso di diuretici o lassativi o farmaci per dimagrire?
- 12 Fai attività fisica per bruciare calorie o con la sensazione di non poterne fare a meno?
- 13 Dedichi al cibo una gran parte dei tuoi pensieri?
- 14 Non riesci a parlare con nessuno dei tuoi problemi?
- 15 Hai un indice di massa corporea inferiore a 18,5?
- 16 Se sì, hai un'intensa paura di ingrassare?

Se 6 risposte SI → valutazione specialistica



SCOFF Questionnaire

(Useful Eating Disorder screening questions)

[Luck, A.J., Morgan, J.F., Reid, F., O'Brien, A., Brunton, J., Price, C., Perry, L., Lacey, J.H. (2002), 'The SCOFF questionnaire and clinical interview for eating disorders in general practice: comparative study', *British Medical Journal*, 325,7367, 755 – 756]

Il questionario SCOFF è uno strumento di screening caratterizzato da cinque domande volte a chiarire il sospetto che un disturbo alimentare possa esistere.

1. Si è mai sentita disgustata perché sgradevolmente piena?
2. Si è mai preoccupata di aver perso il controllo su quanto aveva mangiato?
3. Ha perso recentemente più di 6 Kg in un periodo di 3 mesi?
4. Le è mai capitato di sentirsi grassa anche se gli altri le dicevano che era troppo magra?
5. Affermerebbe che il cibo domina la sua vita?

Una risposta con "sì" a due o più domande suggerisce un'ulteriore discussione ed una valutazione più completa



UFC Disturbi Alimentari Toscana Centro



Altre due domande hanno dimostrato di indicare una elevata sensibilità e specificità per la bulimia nervosa .

1. Sei soddisfatto delle tue abitudini alimentari?
2. Ti capita mai di mangiare in segreto ?

Queste domande indicano la necessità di un'ulteriore valutazione specialistica

PREVENZIONE ?

*Proposta su prevenzione e interventi precoci
UFC DAN e AOU IRCCS Meyer*

Prevenzione Primaria (Ragazzi)

- promuovere nei ragazzi una maggiore consapevolezza di sé e della relazione corpo-mente
- gestire più efficacemente le proprie emozioni e le relazioni interpersonali grazie alla comunicazione e alla capacità di entrare in empatia con l'altro
- saper riconoscere e affrontare le pressioni socioculturali (modello di magrezza e perfezionismo) sviluppando maggior senso critico verso i social media
- sviluppare la capacità di risolvere problemi e prendere decisioni anche grazie al potenziamento del pensiero creativo che aiuta a esplorare alternative possibili
- Miglioramento dell'autostima e della resilienza dei ragazzi e delle ragazze

Prevenzione Primaria (Adulti di riferimento)

- Migliorare le conoscenze sui fattori di rischio e sui segnali di allarme per un riconoscimento precoce di situazioni di disagio
- Formazione dei docenti delle scuole primarie e secondarie al fine di rafforzare le competenze per la promozione del benessere in classe
- Incontri formativi e di sensibilizzazione dei genitori sui Disturbi Alimentari
- Percorsi formativi per allenatori e dirigenti delle società sportive

Prevenzione Selettiva

Rivolta a sottogruppi con rischio sopra la media (per es. ragazze tra i 14 e i 16 aa)

Percorso di formazione come peer educator delle ragazze identificate che possono essere così attivamente coinvolte nelle attività di prevenzione primaria delle loro scuole

Prevenzione Indicata

Rivolta a soggetti ad alto rischio con sintomi lievi e potenziale sviluppo di un Disturbo Alimentare

Effettuazione di screening per identificare soggetti a rischio tramite la collaborazione dei MMG e PdLS

Percorsi individualizzati con i soggetti identificati ad alto rischio



Cerca nel sito...

- HOME
- AZIENDA
- SEDI TERRITORIALI
- OSPEDALI
- URP
- NUMERI UTILI
- SERVIZI ONLINE
- MODULISTICA

Cup online e Zero code

PRENOTA CON UN CLICK

CUP ONLINE

Con CUP ONLINE puoi prenotare in autonomia visite specialistiche e prestazioni di diagnostica strumentale.

ZERO CODE

Con ZERO CODE puoi prenotare in autonomia prelievi ed esami di laboratorio analisi.

COME PRENOTARE

Con il tuo codice fiscale ed il numero della ricetta elettronica (RE) rispettivamente sul promemoria, scegli una delle due opzioni:

- vai sul portale [preNOTA.SANITA.TOSCANA.IT](#)
- vai sulla APP Toscana Salute

Sono escluse le prestazioni con **PRIORITA'** di urgenza. Prendi visione delle **NOTE di preparazione** che trovi nel promemoria finale.

COME DISDIRE

È possibile disdire la prenotazione da portale o APP entro 48 ore dall'appuntamento. In caso di dubbio contatta il CUP telefonico della tua USL.

HA BISOGNO DI AIUTO?

Per assistenza telefonica al centro di prenotazione, chiama il numero verde 800 004477 per conoscere il numero verde 02 75796021 o il 119. Gli orari di servizio sono: ore 9:00 alle ore 19:00 e il sabato dalle ore 9:00 alle ore 13:00.

Notizie

- 09 Giu 2023**
Per l'Ambulatorio specialistico Ortopedico nella Montagna Pistoiese resta...
(leggi tutto)
- 09 Giu 2023**
Protezione civile, un ospedale da campo per le maxi emergenze. Il 10 giugno la...
(leggi tutto)
- 08 Giu 2023**
Oncoematologia al Serristori, nessuna chiusura. Anzi in previsione più spazi...
(leggi tutto)
- 08 Giu 2023**
Il Team LCR Honda MotoGP in visita all'ospedale del Mugello Accompanati...
(leggi tutto)
- 08 Giu 2023**
Parlando di endometriosi, un convegno il 10 giugno presso l'Hotel Baglioni di...
(leggi tutto)

[tutte le notizie...](#)

Come fare per

Prenotare visite ed esami

Pagare il ticket

Medico di famiglia e Pediatra (scelta)

Prelievi

Medicine Complementari

Servizio civile

Studi e sperimentazioni cliniche

Italiani all'estero e stranieri

Donare il sangue

Guardia Medica

Guida ai Servizi

Emergenza e urgenza

Diagnostica e cura

Riabilitazione

Percorsi assistenziali

Dipartimento della Prevenzione

Servizi sociali

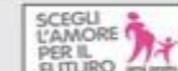
Solidarietà e cooperazione

Centro Disturbi alimentari

Cesat - Ortopedia protesica

Altri servizi

Area stampa



In evidenza

Medicina Nucleare

Comitato per l'Etica Clinica



[HOME](#) [AZIENDA](#) [SEDI TERRITORIALI](#) [OSPEDALI](#) [URP](#) [NUMERI UTILI](#) [SERVIZI ONLINE](#) [MODULISTICA](#)

Sei qui: [Home](#) > [Centro Disturbi alimentari](#)



Unità funzionale DISTURBI ALIMENTARI

Punto Informativo DA

- MODALITA' DI ACCESSO E CONTATTI
- IL PUNTO INFORMATIVO E DI ASCOLTO

Chi siamo

Modalità di accesso e prenotazione

I nostri servizi

Dove siamo

Punto Informativo

FAQ - domande frequenti disturbi dell'alimentazione

Associazioni familiari

Video e materiale informativo

Il Servizio è rivolto a pazienti sia minorenni che maggiorenni con **disturbi dell'alimentazione**, che rispondano ai criteri diagnostici di **Anoressia Nervosa**, **Bulimia Nervosa**, **Disturbo da Alimentazione Incontrollata**, **ARFID** e **Disturbi Alimentari NAS**, secondo i sistemi classificatori internazionali (DSM V).



Cerca nel sito...

- HOME
- AZIENDA
- SEDI TERRITORIALI
- OSPEDALI
- URP
- NUMERI UTILI
- SERVIZI ONLINE
- MODULISTICA

Sei qui: Home > Punto Informativo > - Il punto informativo e di ascolto

Punto Informativo

- Il punto informativo e di ascolto

Ultima modifica: Giovedì, 15 Dicembre 2022 11:25

Visite: 887

L'UFS Disturbi Alimentari Toscana Centro, mette a disposizione, dal **15 Marzo 2021**, un **PUNTO INFORMATIVO E DI ASCOLTO** per tutte le persone interessate ad avere informazioni su:

- disturbi alimentari
- organizzazione dell'UFS Disturbi Alimentari
- modalità di accesso ai percorsi di cura
- tempi di attesa

"Abbiamo deciso di chiamare questo nuovo servizio "DA;" -spiega il dottor Stefano Lucarelli perché in grammatica il punto e virgola si usa per sospendere un discorso che non si vuole del tutto chiudere ma proseguire seguendo un nuovo concetto, una nuova strada. **Vuole essere un messaggio di speranza per incoraggiare chi sta soffrendo di queste problematiche;** continuare appunto, il racconto della propria vita ma in modo diverso".

Chi siamo

Modalità di accesso e prenotazione

I nostri servizi

Dove siamo

Punto Informativo

FAQ - domande frequenti disturbi dell'alimentazione

Associazioni familiari

Video e materiale informativo

Amministrazione Trasparente Albo Pretorio Bandi/Concorsi/Avvisi Personale Convenzionato

Libera Professione e Area a pagamento Area Formazione

Note legali Elenco siti tematici Cookie Policy Dati Credits Mappa del sito Accessibilità

Dichiarazione di Accessibilità -AREA RISERVATA- Privacy



UFC Disturbi Alimentari Toscana Centro



Azienda UsI Toscana centro

[HOME](#)[AZIENDA](#)[SEDI TERRITORIALI](#)[OSPEDALI](#)[URP](#)[NUMERI UTILI](#)

Sei qui: [Home](#) ▶ [Punto Informativo](#) ▶ - Modalita' di accesso e contatti

Punto Informativo

- Modalita' di accesso e contatti

Ultima modifica: Lunedì, 25 Marzo 2024 11:59

Visite: 8196



Il **Punto Informativo e di ascolto DA** è un **gratuito**, ad **accesso diretto** e **senza richiesta medica**. Si trova presso:

- il presidio ospedaliero **Piero Palagi con ingresso da Villa Margherita** (stanza n.2), Viale Michelangiolo, 41 Firenze:

- Lunedì dalle ore 16.30 alle 17.30
- Mercoledì dalle ore 16.30 alle 17.30

- la **Casa della Salute S. Andrea di Empoli**, via San Mamante 44

- tutti i Mercoledì dalle 10:00 alle 11:00

Contatto telefonico per informazioni

L'UFS Disturbi Alimentari Toscana Centro, mette a disposizione il numero **0556937784** per le informazioni. Il numero è attivo **dal lunedì al venerdì 09.00-15.00**, compatibilmente con le esigenze del servizio, ed è dedicato **SOLO alle informazioni e comunicazioni**. Per le prenotazioni **consulta la pagina dedicata**



**UFC Disturbi Alimentari
Toscana Centro**



ilenia.giunti@uslcentro.toscana.it