



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI DI TRIESTE

LAUREA IN ASSISTENTE SANITARIO

Elementi di pediatria

Alberto Tommasini, IRCCS Burlo Garofolo e Università di Trieste
alberto.tommasini@burlo.trieste.it



ANNO ACCADEMICO 2022-23

Carlo 19 anni

Tetraparesi spastica
Contrattura arti inferiori fissa

...da sempre bronchite
Tosse e vomito (a volte ematico) ai pasti
Mangia soprattutto (solo) LATTE



Terapia antibiotica
Terapia antiacida/procinetica
Alimentazione per sondino naso gastrico
(2100 Kcal/die = fabbisogno teorico)

Cresce 16 kg in 2 mesi
(massa grassa = plica tricipitale al 90° pc)
(massa muscolare = circonferenza braccio al 5° pc)

Carlo 19 anni,

Elementi istruttivi:

1. Tosse ai pasti = disturbo della deglutizione in handicap estremo
2. Vomito (soprattutto se ematico) = reflusso gastro-esofageo
3. Utilità della terapia antireflusso e nutrizione enterale
4. I fabbisogni calorici sono inferiori a quelli teorici per l'età
5. Per l'alimentazione enterale serve: un servizio ospedaliero ed una convenzione economica

PROBLEMI GASTROENTEROLOGICI DEL BAMBINO CON DANNO CEREBRALE

DISORDINI DEGLUTIZIONE: 40%

VOMITO/REFLUSSO GASTRO-ESOFAGEO: 75%

STIPSI: 62%

Problemi gastrointestinali/nutrizionali nel bambino disabile

Importanza del problema:

- Circa 100.000 bambini della scuola materna con disabilità fisica e/o mentale
- Circa 80 % hanno problemi gastrointestinali/nutrizionali
- Prevalenza paralisi cerebrale infantile: 3-4/1000
(un terzo severa; 25% dei disabili totali)
(Prevalenza fibrosi cistica: 1:2000)

Il bambino disabile ed il "mangiare"

1. I problemi che portano alla MALNUTRIZIONE:

- Alterazione nella deglutizione
- Reflusso gastro-esofageo (RGE)

2. I problemi che accentuano il RIFIUTO e le difficoltà di "apprendere"

- Manca la buona relazione alimentare che sta alla base del rapporto Mamma/Bambino
- Alimentazione meccanica senza interazione verbale
- Lunga durata dei pasti □ Cattivo odore □ Indesiderabilità
- Impossibilità di esplorare con la bocca - reazioni toniche

Problemi gastrointestinal e nutrizionali nel b. disabile

1. Disturbo della deglutizione.

Durata dei pasti/difficoltà di gestione

Composizione pasti non ottimale

Tosse ai pasti

Polmoniti ab ingestis

Problemi gastrointestinali e nutrizionali nel b. disabile

2. Ritardato svuotamento gastrico/alterate pressioni toraco addominali/segna passi peristaltico alterato

Reflusso gastro-esofageo/ernia iatale

Vomito

Difficoltà assunzione dei farmaci

Esofagite/Anemia/Dolore

3. Stipsi

Aumento della difficoltà di gestione

4. Malnutrizione

Peggioramento a circolo vizioso di tutti i problemi compreso quello dello
SVILUPPO GLOBALE

L'intervento riabilitativo nutrizionale deve essere parte integrante (ed integrata) dell'intervento riabilitativo complesso

Difficoltà di alimentazione e malnutrizione nel b. disabile

Si tratta di problemi di regola presenti ed il più delle volte dati impropriamente per scontati

Disturbi nella deglutizione

(alterazione percettiva, difficoltà coordinazione deglutizione-respirazione)

RGE

(bolo alimentare alterato, deformità -scoliosi- alterate P toraco-addominali)

Stipsi

(alterato controllo motilità intestinale, scarso controllo volontario alla defecazione, immobilità)



Pasti Insufficienti-Crisi di soffocamento-Polmoniti
Esofagite-Dolore- Anemia
Rifiuto del pasto



Bambino sempre più sgradevole
Famiglia esasperata
Malnutrizione severa
Circoli viziosi tra malnutrizione e
riabilitazione neuromotoria



Cristina 6 anni

Tetraparesi spastica

(Nata a 29 sett di gravidanza da TC per sofferenza fetale,
intubata per 20 gg, displasia broncopolmonare di media entità)

PROBLEMI:

- Infezioni respiratori ricorrenti
- Bronchiti asmatiformi

In precedenza TAC polmonare ad alta
risoluzione:

Area ipertrasparente al campo polmonare
sup. sx e distelettasia basale sx....
"POLMONE A CARTA GEOGRAFICA"

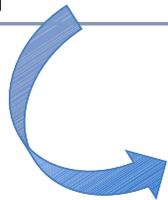
Potrebbe avere anche dei disturbi
gastrointestinali? RGE?

PH-metria e Rx esofago-stomaco normali

Cristina 6 anni

Riparliamo a lungo con la mamma....

- Sempre rinite prima delle infezioni respiratorie
- "Spesso il cibo le va per traverso, soprattutto i liquidi, specie se offerti da qualcuno, meno se gestiti da lei stessa"
- "Spesso tossisce mentre beve"



Consigli posturali
Sedia con supporto del capo
Cibi semisolidi

VA MOLTO MEGLIO

Michele, 10 anni

Sclerosi tuberosa

PROBLEMI:

- Epilessia
- Vomita “da sempre”
- Diagnostico RGE – farmaci poco efficaci

Il pasto è interminabile e traumatizzante
Vomita moltissimo durante e a distanza del pasto
Gli viene offerto solo latte
Pesa 15 kg (50° pc per un bambino di 4 aa)

Viene operato per il reflusso:
la situazione migliora solo parzialmente

Le cose migliorano con:

- Pasti semisolidi
- Posizione flessa del collo e mento al pasto
- Giusto ritmo nell'offerta (deglutizione in 3-4- tempi)

DEGLUTIZIONE

I^ FASE CORTICALE: VOLONTARIA



PREPARATORIA: SOLCO
LINGUA



ORALE: RETROSPINTA

II^ FASE MIDOLLARE: RIFLESSA



FARINGEA: CHIUSURA
NASO/LARINGE



ESOFAGEA = PRIMO
IMPULSO PERISTALSI

DEGLUTIZIONE NEI BAMBINI CON DEFICIT NEUROSENSORIALE

- RIDOTTA FORZA MUSCOLARE
- ALTERATA SENSIBILITA'
- RITMO INADEGUATO IMBOCCAMENTO
- INCOORDINAZIONE FASE ORALE/FASE FARINGEA
- CONFIGURAZIONE ANOMALA LINGUA

DEGLUTIZIONE NEI BAMBINI CON DEFICIT NEUROSENSORIALE

-LINGUA RETRATTA E POI PROTRUSA

-POSTURA COMPENSATORIA E
DIFFICOLTA' RESPIRATORIA

-IPERECCITABILITA'/MOVIMENTI
CONTROPRODUCENTI

-RIGURGITO NASALE/AB
INGESTIS/AUMENTO SALIVAZIONE

ELEMENTI CHE CONDIZIONANO NEGATIVAMENTE LA DEGLUTIZIONE

- MANCATA CHIUSURA DELLA RIMA BUCCALE
 - IPERSALIVAZIONE
 - MOVIMENTI ANORMALI DELLA MANDIBOLA
 - SCHIACCIAMENTO DELLA LINGUA CONTRO IL PALATO
-
- RIFLESSO TONICO DEL MORSO
 - DIFETTO DI FORMAZIONE DEL SOLCO LABIO LINGUALE
 - DIFETTO DI RETROPULSIONE DEL BOLO
 - DIFETTO DI SOLLEVAMENTO DEL LARINGE E DI INNALZAMENTO DEL PALATO MOLLE

**FREQUENTEMENTE SI OSSERVA CHE
IL BAMBINO VIENE ALIMENTATO IN
MANIERA SCORRETTA**

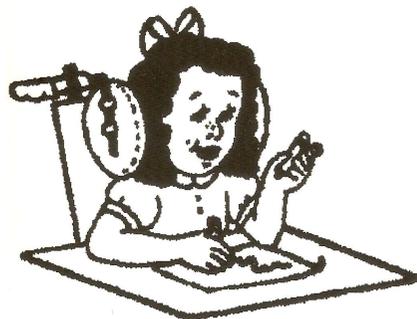
POSIZIONE SEMIDISTESA



INCLINAZIONE E/O
ROTAZIONE DEL
CAPO



**FREQUENTEMENTE SI OSSERVA CHE
IL BAMBINO VIENE ALIMENTATO IN
MANIERA SCORRETTA**



FREQUENTEMENTE SI OSSERVA CHE IL BAMBINO VIENE ALIMENTATO IN MANIERA SCORRETTA

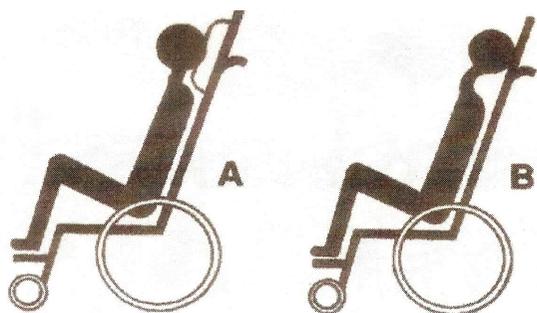


Figura 2.3

A) Posizione corretta ; B) Posizione scorretta

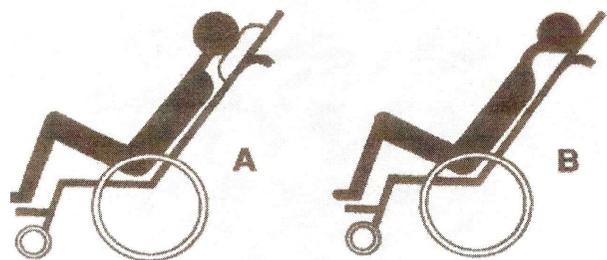
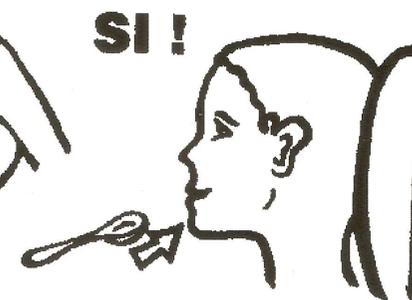


Figura 3.3

A) Posizione corretta ; B) Posizione scorretta

IPERESTENSIONE DEL COLLO



APPROCCIO AI PROBLEMI DELLA DEGLUTIZIONE

- SEMPRE MULTIDISCIPLINARE (foniatra, odontostomatologo, pediatra gastroenterologo e naturalmente i genitori)
- PENSARE ALLA RIABILITAZIONE MOTORIA OROFACIALE NEL SUO COMPLESSO E NON DIRETTAMENTE AL PROBLEMA DELL'ALIMENTAZIONE
- CERCARE ATTIVAMENTE EMPATIA; NON IMPAURIRE; NON IRRITARE
- TOCCARE

APPROCCIO AI PROBLEMI DELLA DEGLUTIZIONE

- GARANTIRE POSTURA CORRETTA (E FARE ESERCIZI PER AUMENTARE IL TONO DEL COLLO E TRONCO)
- RITMO DI SOMMINISTRAZIONE ADEGUATO
- BOLO OTTIMALE (SOLIDO, NON PICCOLO)
- ALIMENTI IPERCALORICI (1-1.5 KAL/ML)
- NUTRIZIONE CLINICA (SONDINO, GASTROTOMIA PERCUTANEA)
- INTERVENTO DIRETTO (TROVARE LA GIUSTA DOSE DI STIMOLO; COLLABORA AD ES. NEL SOLLEVARE IL LARINGE)
- PROTESI

INTERVENTI AI PROBLEMI DELLA DEGLUTIZIONE

CORREGGERE GLI ERRORI

TERAPIA INDIRECTA (TECNICHE DI STIMOLAZIONE
PASSIVA; STIMOLAZIONE ED ESERCIZI ATTIVI)

ALIMENTAZIONE SPECIALE

GESTIONE GLOBALE MULTIDISCIPLINARE:

- EDUCAZIONE DEGLUTIZIONE
- DIETA/VALUTAZIONE NUTRIZIONALE
- ENTERALE E ALTRE TECNICHE NUTRIZIONE
SPECIALE
- FARMACI (STIPSI/REFLUSSO GASTROESOFAGEO)

Rossana, 12 anni

Cerebroplegia spastica non severa
Dai 5 anni presenta crisi in opistotono con smorfia
di dolore interpretate come "crisi distoniche"

Terapia con ferro per os per qualche mese all'anno per
il recidivare di anemia sideropenica (interpretata come
da cattiva alimentazione)

Ricovero durante una crisi di opistotono, "urlo", smorfia
dolorosa



pH-metria (misurazione dell'acidità nel
lume esofageo per 24 ore):
altamente patologica (38%)

Rx esofago-stomaco: ernia iatale
intermittente

Rossana, 12 anni

Diagnosi: Reflusso gastro-esofageo

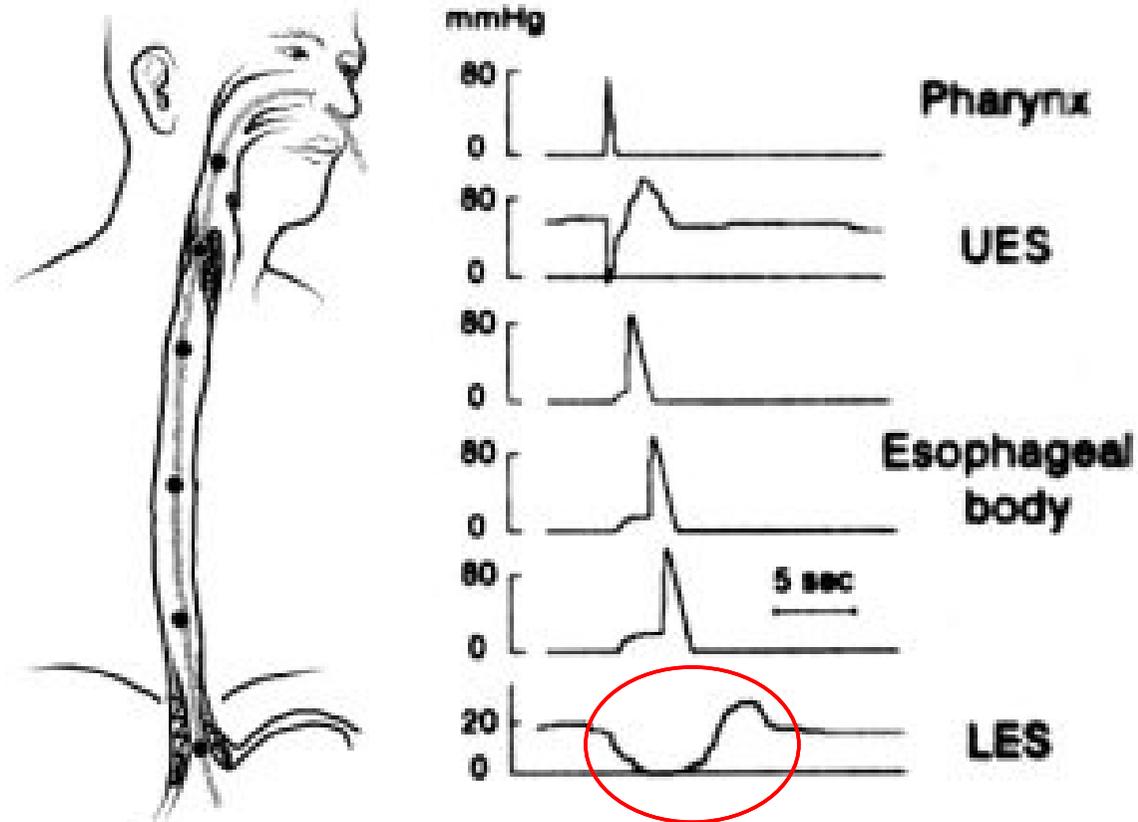
Terapia: chirurgica

**Non ha più presentato crisi
distoniche**

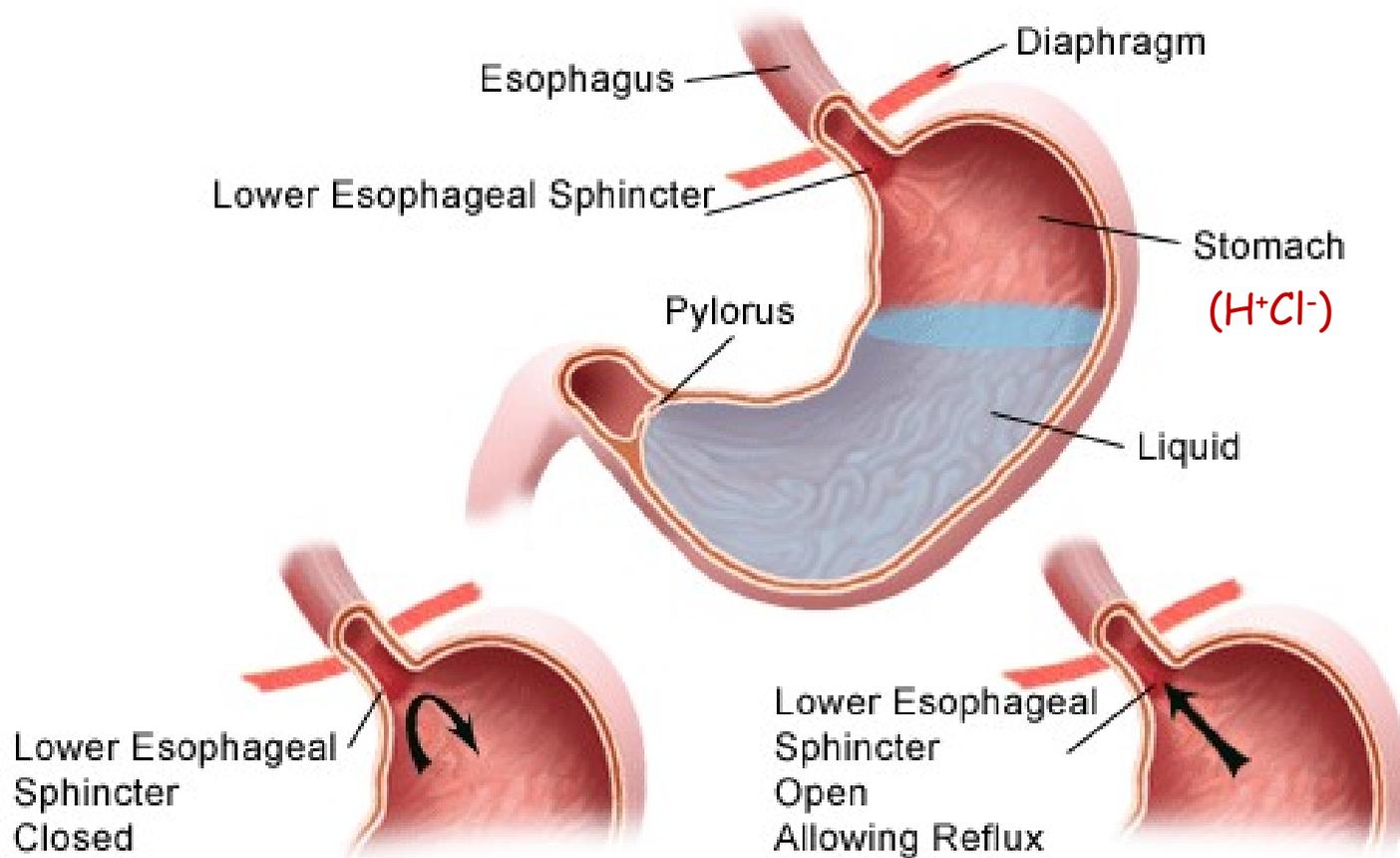
Reflusso gastroesofageo nel bambino disabile

	Vomito da RGE	Ematemesi
Cerebropatia moderata	36%	62%
Cerebropatia severa	54%	75%

Motilità esofagea normale



Rilasciamento del LES non coordinato



Altri motivi per avere il RGE...

1. Motilità diaframmatica alterata-scoliosi
2. Ritardato svuotamento gastrico (ipomotilità)
3. Esofagite (e circolo vizioso con ipotono del LES)
4. Eccesso di stimolazione del vomito riflesso (mani e oggetti in bocca. Disturbo della deglutizione)
5. Aspetto "comunicativo" (utilizzo del sintomo?)

Reflusso gastroesofageo nel bambino disabile

A) I sintomi

Vomito	= gestione difficile, odore cattivo
Dolore	= opistotono-smorfie urlo, rifiuto di aprire la bocca
Anemia	= con o senza ematemesi-melena
Patologia respiratoria (asma, polmoniti recidivanti)	= anche senza vomito

B) Problemi

Gestione sempre più difficile e frustrante

Malnutrizione

Qualità di vita e possibilità di recupero sempre più scadenti

C) Indagini diagnostiche

Rx esofago-stomaco (può sbagliare)

pH-metria (valuta la % di tempo nella giornata in cui il succo gastrico acido risale nell'esofago)

Esafago-gastro-duodenoscopia (valuta gli effetti del reflusso sulla mucosa esofagea)

D) Terapia

Minor efficacia della terapia medica tradizionale nel cerebroleso (procinetici, antiacidi)

Intervento chirurgico (fare bilancio costi-benefici tener conto che NON potrà risolvere globalmente il problema del bambino)

NUTRIZIONE CLINICA E DISABILITA'

- Disturbo della deglutizione presente nel 70%
- Reflusso gastro-esofageo presente nel 70%
- Malnutrizione presente nel 70% dei casi

- Manovre "compensatorie" e terapia medico/chirurgica spesso non risolutive

- La correzione dello stato nutrizionale dà un senso a tutta la terapia riabilitativa

INDICAZIONI alla NUTRIZIONE ENTERALE

Terapia della malnutrizione Prevenzione della malnutrizione

Riposo intestinale
Bisogni Nutrizionali Specifici

Malnutrizione:

“Squilibrio di tale grado da comportare un eccesso di morbidità, mortalità, e compromissione della qualità di vita”

oppure : calo ponderale > al 10% in 3 mesi
o ancora : assunzione di < 50% del fabbisogno per 5 gg
o ancora : (malnutrizione prevedibile) quando si prevede un difetto di
assunzione (< 50% del fabbisogno) per 10 gg

INDICAZIONI alla NUTRIZIONE ENTERALE

Per la nutrizione enterale:

- È necessario che la funzione assorbitiva sia mantenuta
- È necessario che non vi siano ostacoli a valle della somministrazione (es: non si può fare la nutrizione nasogastrica se c'è un ostacolo pilorico)

TECNICHE DI NUTRIZIONE ENTERALE

- Sondino naso-gastrico
- Sondino naso-duodenale
- Gastrostomia (chirurgica o percutanea)

Vantaggi:

Via fisiologica

Buona tolleranza

Basso rischio infezioni intestinali (stimolo alla secrezione gastrica che esercita azione protettiva)

Effetto positivo sull'immunità

Basso costo (<10% della NPT)

Svantaggi:

Scarsa tollerabilità in pz con lesioni mucose

Diarrea secondaria nel 25% dei casi

TIPI DI ALIMENTI per la NUTRIZIONE ENTERALE

- Diete "normali"
- Formule elementari o semielementari completamente assorbibili
- Formule modulari (adattate al fabbisogno del singolo)

PROBLEMI DA TENER SEMPRE PRESENTI IN CASO DI NUTRIZIONE ENTERALE

Il sondino può risalire o annodarsi = ab ingestis
(controllo radiologico)

Va individualizzato il giusto ritmo di somministrazione
(prevenzione del vomito; controllo del ristagno gastrico)

Il sondino può traumatizzare lo stomaco (sostituire ogni
giorno se di polietilene, perché indurisce OK anche per
mesi quello di silastic o poliuretano)

PROBLEMI DA TENER SEMPRE PRESENTI IN CASO DI NUTRIZIONE ENTERALE

Rischio di disidratazione specie per diete "fatte in casa"

Rischio di apporto inadeguato (eccessivo) di Kal

Riflesso tonico verso il punto cardinale (cambiare posizione del sondino spesso rispetto all'angolo della bocca o narice)

Perdita dell'esercizio alla deglutizione (esercizi di stimolazione tattile, gustativa)



ITA 13038

**Famiglia con tanti bambini.
Nessuno in sovrappeso. Anzi!
Il problema era “mangiare” e non “come mangiare”**



ITA 13038

Famiglia con tanti figli
Nessuno in sovrappeso
Il problema era "come
mangiare"

- Supermercati
- Auto
- TV
- Computer
- Telefonini
- Ascensori
- Pubblicità
- Paura del freddo
- Fast food
- Cibo spazzatura
- Ristoranti
- Bibite/succhi



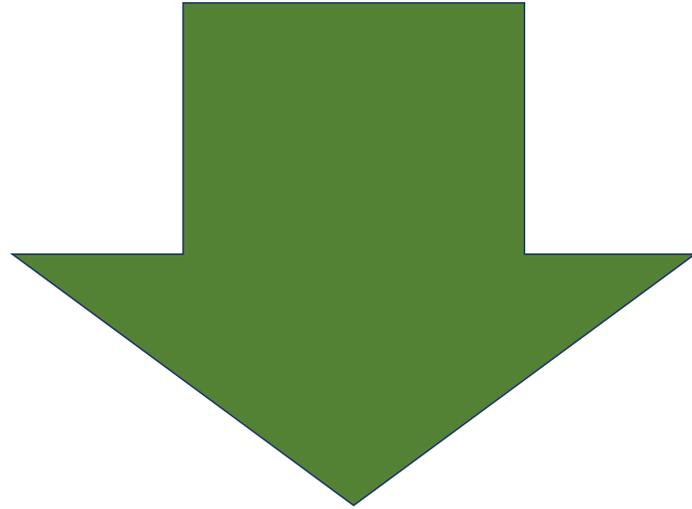
Storia dell'umanità segnata da carestie e povertà











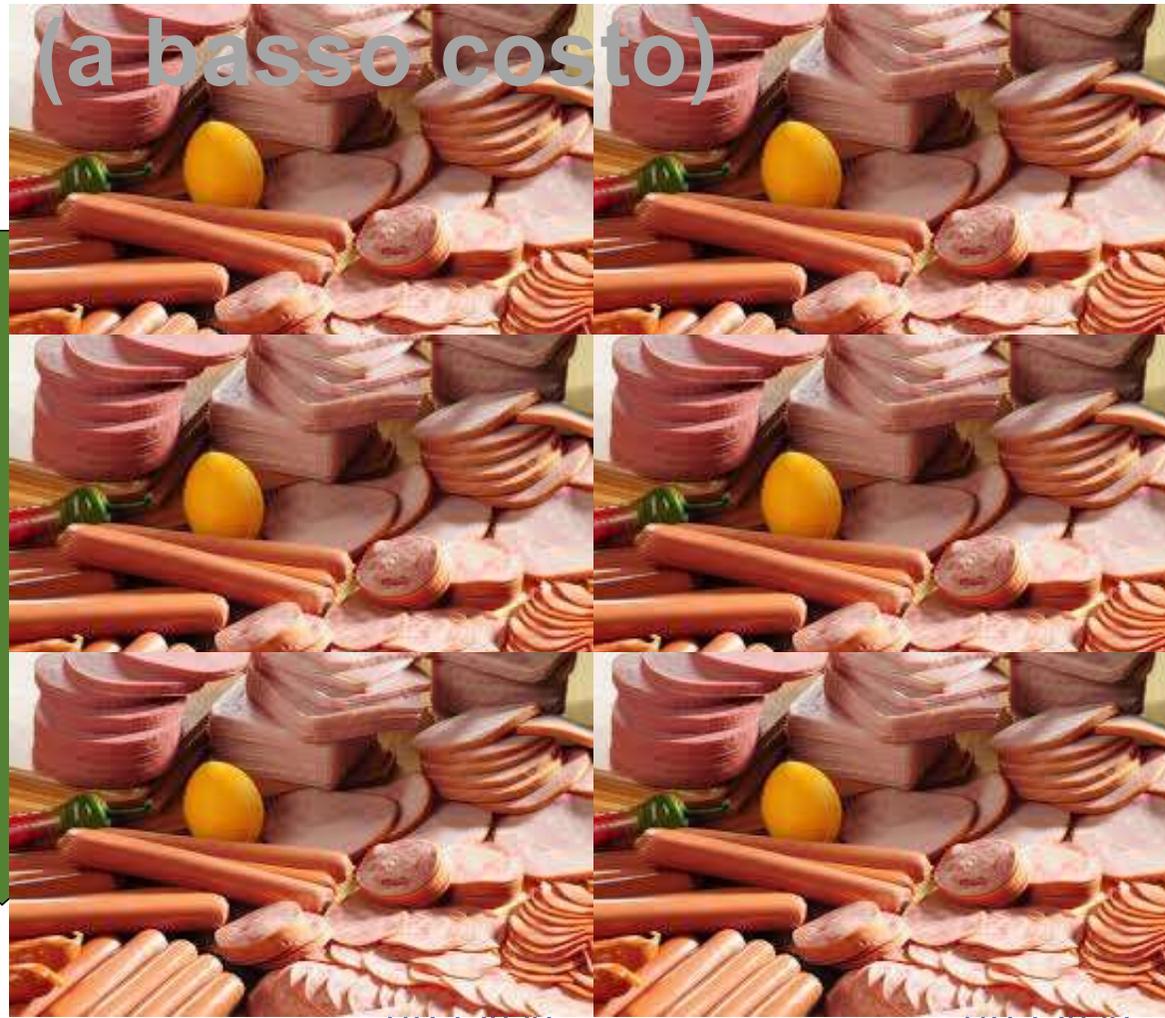
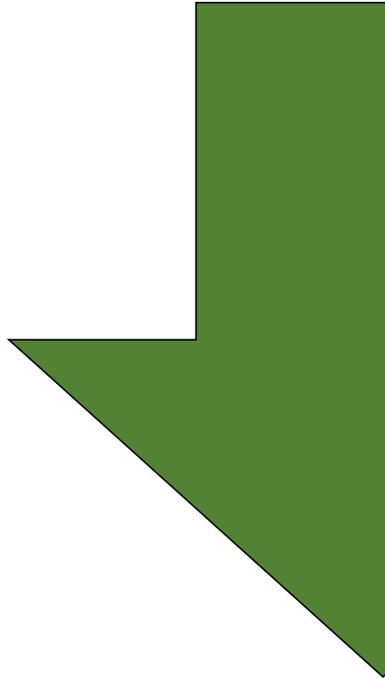
La nostra specie ha imparato a sopravvivere attraverso meccanismi adattativi importanti per la sua conservazione:

“non sopravvive il più forte ma chi si adatta meglio”

**Cos'è successo in poche
generazioni?**

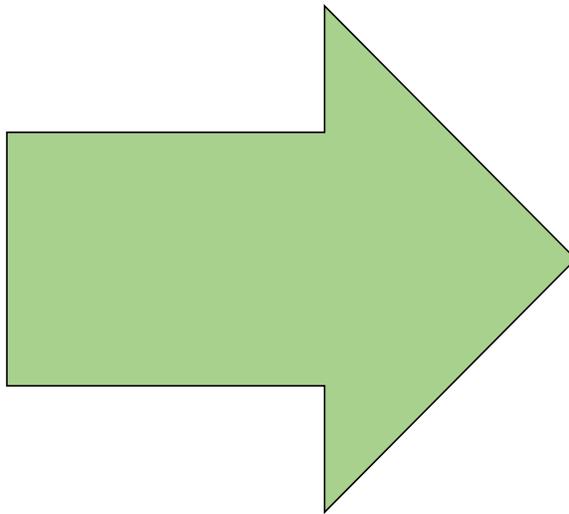
Grande disponibilità di cibo

(a basso costo)



**Grande disponibilità di cibo
(a basso costo)**

Mancanza di meccanismi adattativi



**Siamo capaci a
consumare meno ma
non a consumare di più**

settimanale del **CORRIERE DELLA SERA**
Sette

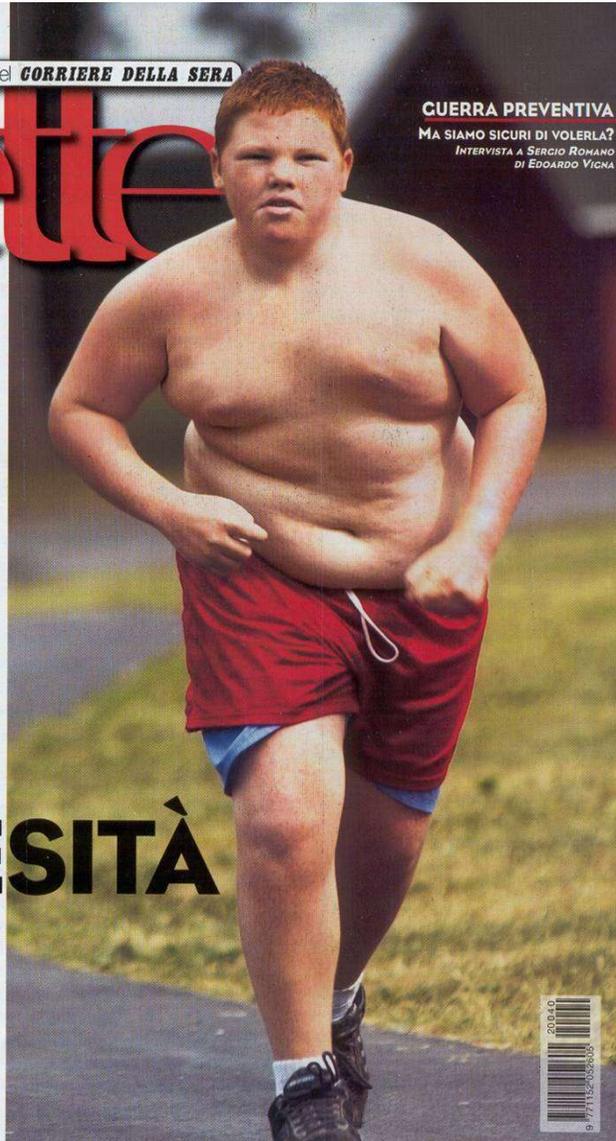
GUERRA PREVENTIVA
MA SIAMO SICURI DI VOLERLA?
INTERVISTA A **SERGIO ROMANO**
DI **EDOARDO VICINA**

TRECENTO MILIONI DI
PERSONE TROPPO GRASSE.
UN ALTRO MILIARDO
SOVRAPPESO. E IN ITALIA
PIÙ DI UN BAMBINO
SU 3 È EXTRALARCE.
COSÌ QUELLO CHE
SEMBRAVA SOLO
UN PROBLEMA ESTETICO
SI STA TRASFORMANDO
IN UN'EPIDEMIA MONDIALE.
CHE METTE A RISCHIO
MOLTE VITE. MA CHE
SI PUÒ COMBATTERE
FIN DA PICCOLI.

OBESITÀ

**COME SI VINCE
LA MALATTIA
DEL DUEMILA**

DI SARA CANDOLFI



© 2004 - SPED. IN A.B. - 2004 - SUPPL. CORRISP. DELLA SERA - 2004 - A.P. - P. 2 - C. 2004 - L. 662/96 - P. 2 - 100000



ESCLUSIVO: PRODI & C, NUOVE INTERCETTAZIONI

11 SETTEMBRE 2009 ANNO XLVI N. 37 (2210)

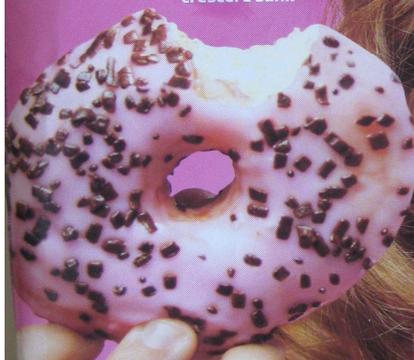
Panorama

www.panorama.it

GENERAZIONE

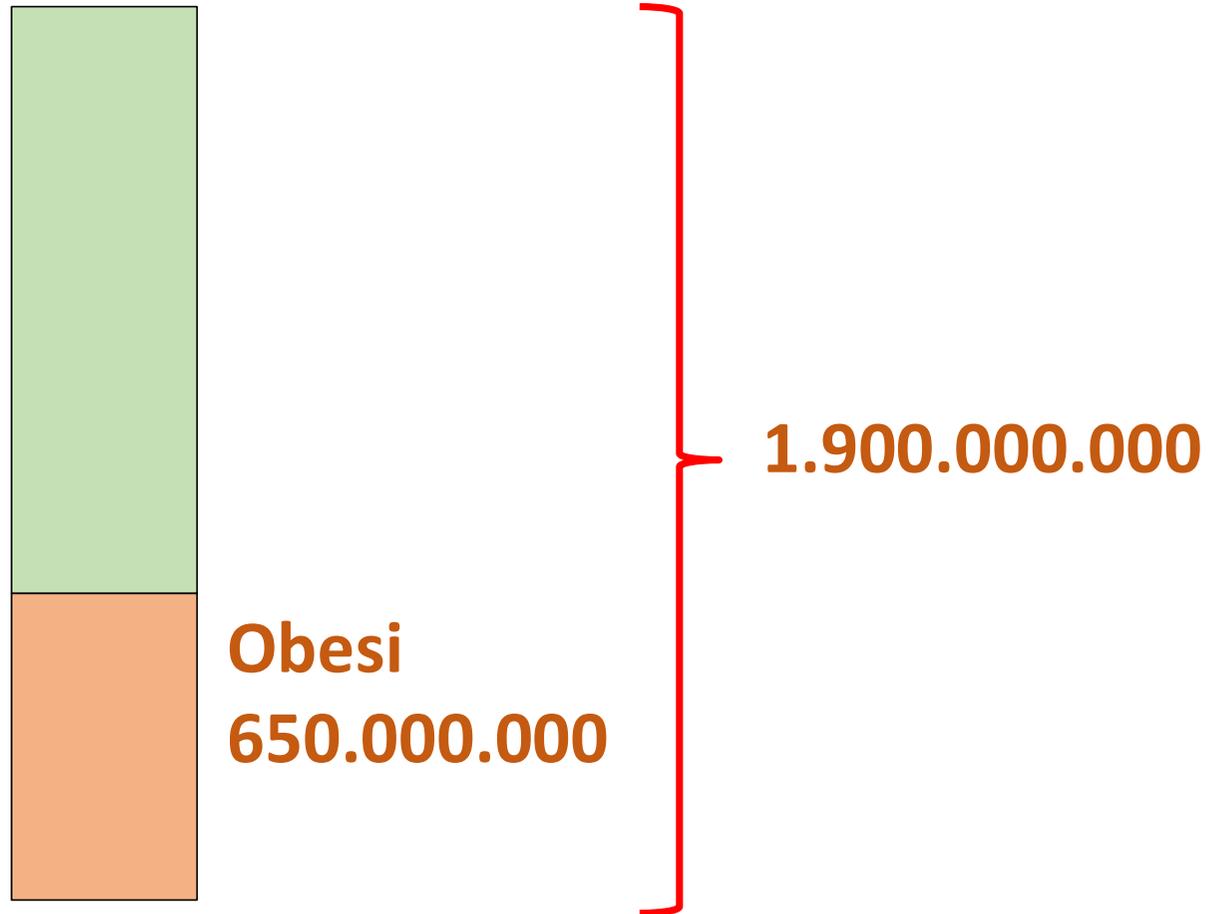
XXL

Merendine, patatine, bibite gassate, dolci, chewing gum... Lo sai cosa c'è dentro quel che mangiano i tuoi figli? Inchiesta e consigli per farli crescere sani.



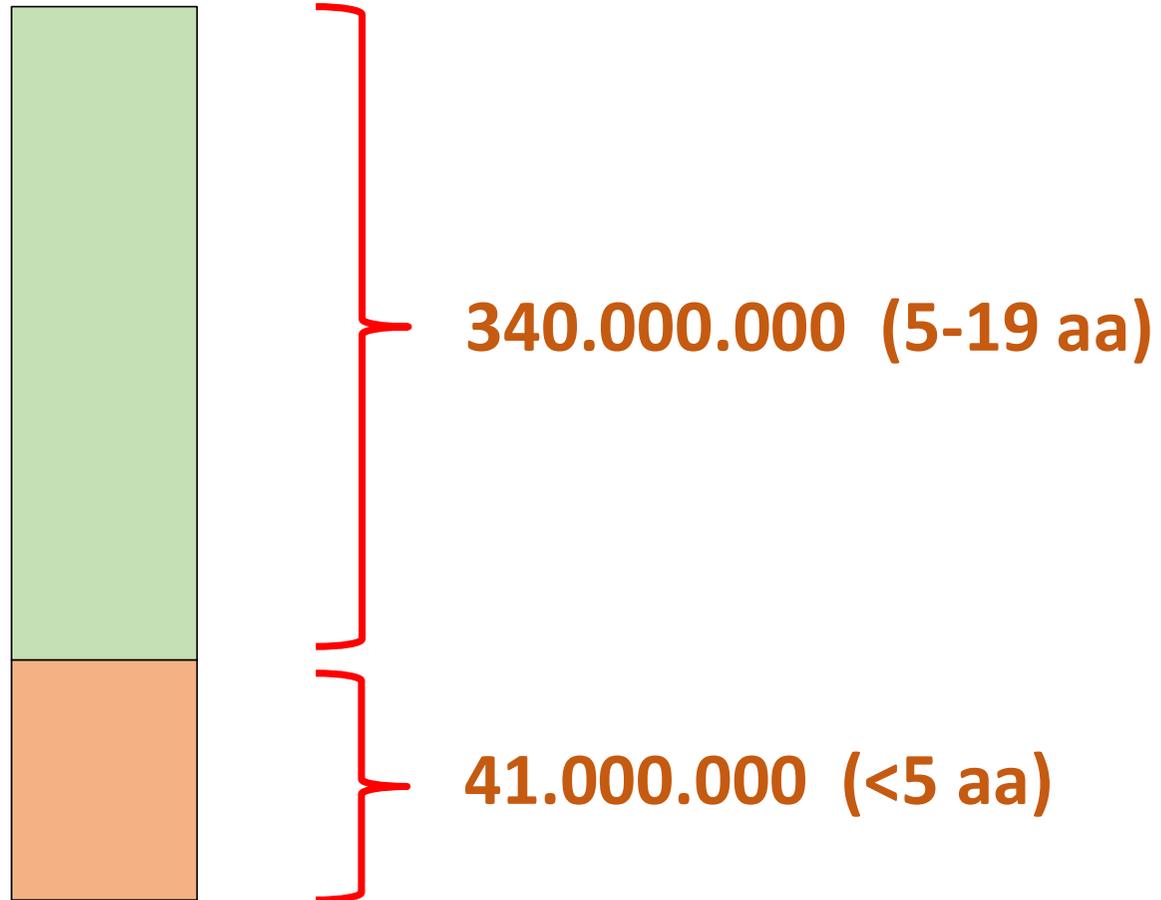


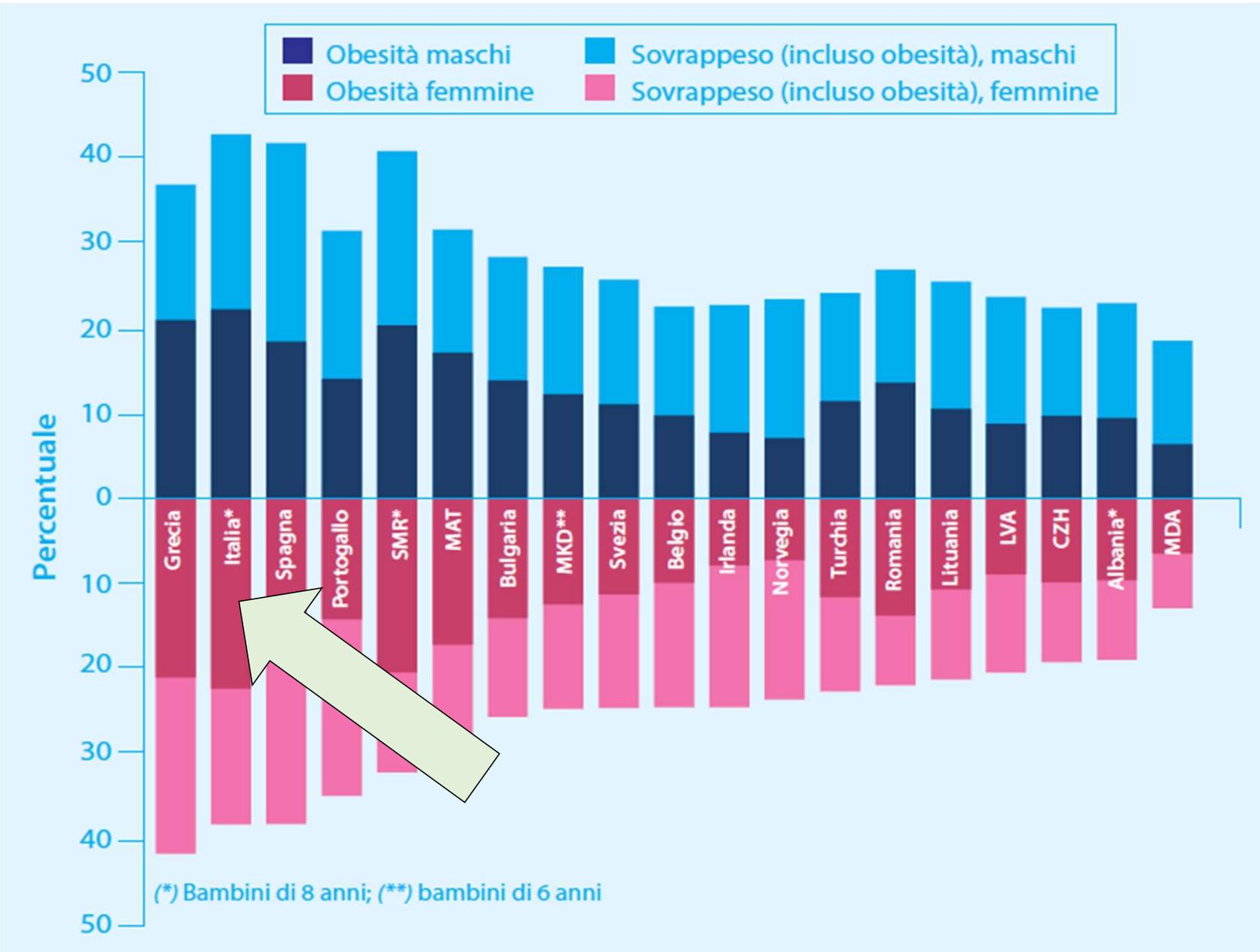
Adulti in sovrappeso/obesi



WHO

Pz Pediatrici in sovrappeso/obesi





Action Plan on Childhood Obesity 2014-2020

8 aree di intervento:

- sostenere la salute dall'inizio della vita
- promuovere ambienti sani (scuole e asili)
- favorire scelte salutiste
- limitare commercializzazione e pubblicità ai bambini
- informare e responsabilizzare le famiglie
- incoraggiare l'attività fisica
- monitorare e valutare il fenomeno
- potenziare la ricerca

Quali fattori di rischio?

Mancanza di Aree Verdi

Attività Fisica dentro la scuola

Più del 90% delle scuole elementari non prevedono attività fisica giornaliera durante l'intero anno scolastico.

(School Health Policies and Programs Study. Journal of School Health 2001;71[7])

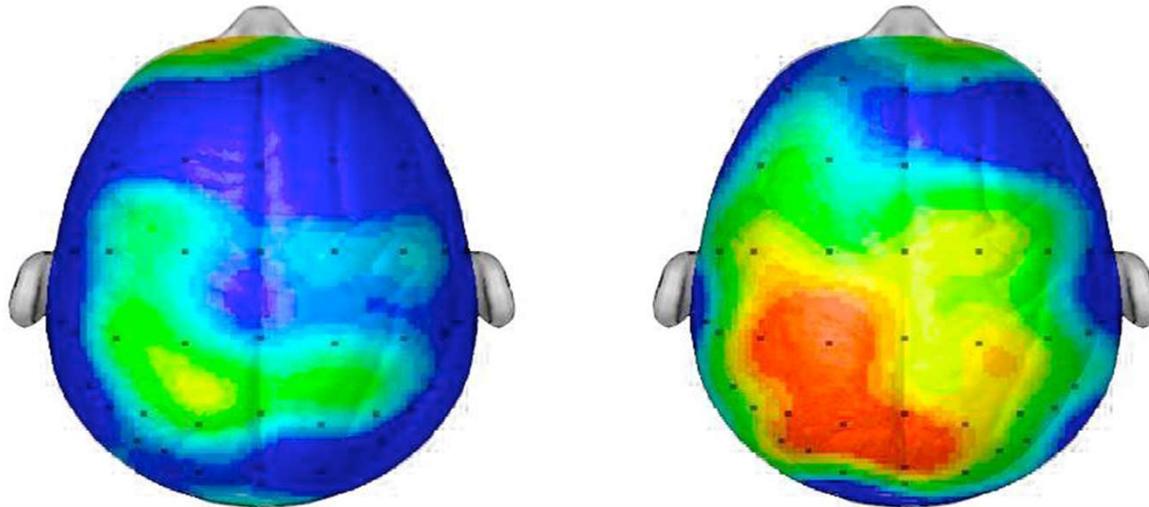
Attività Fisica fuori dalla scuola:

Il 60% dei bambini tra i 9-13 aa non partecipano ad alcun tipo di attività sportiva/fisica organizzata al di fuori della scuola in particolare nelle fasce socio/economiche più basse.

Il 23 % non svolge alcuna attività fisica libera

(Physical activity levels among children aged 9-13 years – United States, 2002. MMWR 2003;52[33]:75-8)

Muoversi “attiva” il cervello



Dopo riposo

Dopo passeggiata di 20 min

Research/Scan compliments of Dr. Chuck Hillman University of Illinois

Alimentazione “poca frutta e verdura”:

Nel 1980, circa il 50% degli studenti delle scuole superiori mangiava verdura quasi ogni giorno.

Nel 2003 questa percentuale è diminuita al 30%



(YES Occasional Papers. Paper 3. Ann Arbor, Mich.: Institute for Social Research, May 2003)

Alimentazione: “tante bevande zuccherate”

Consumi Periodi 1977-78 al 2000-01 in b. di 6-11 anni:

-latte	diminuito del 39%
-succo di frutta	aumentato del 54%
-bev zuccherate	aumentato del 137%



(Cleveland L. U.S. Department of Agriculture; National Food Consumption Survey, 1977-78; What We Eat in America, NHANES 2001-02)

I bambini assumono il doppio di calorie (770) quando mangiano al ristorante rispetto al pasto assunto a casa (420)



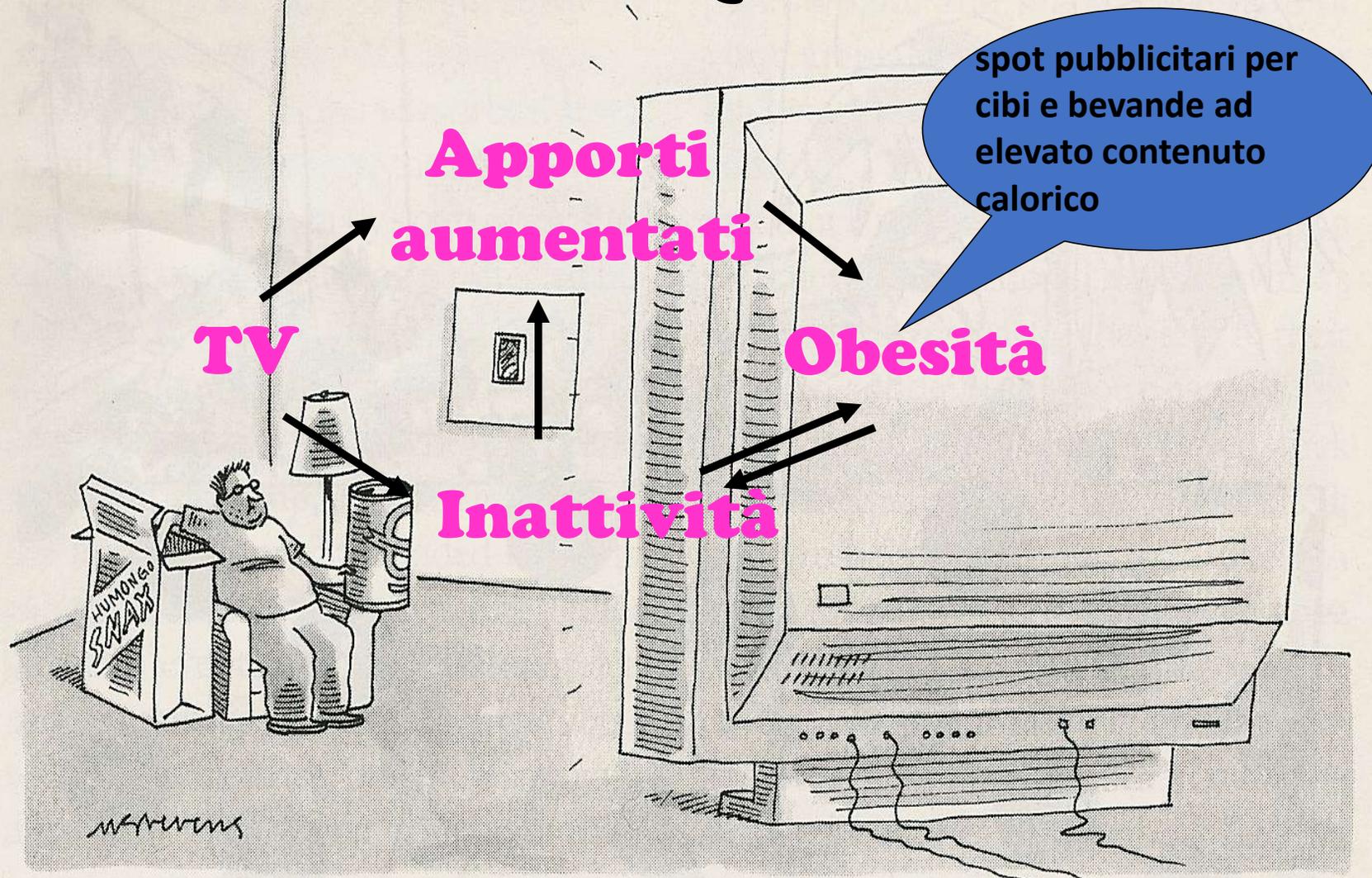
Zoumas-Morse C, Children's patterns of macronutrient intake and associations with restaurant and home eating. J Am Diet Assoc 2001;101-923-5)



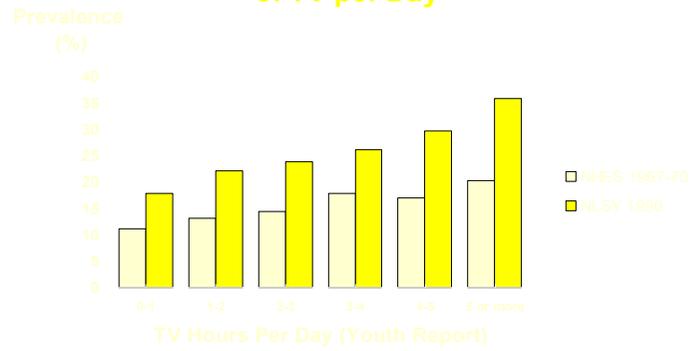
“A large fast food meal (double cheeseburger, french fries, soft drink, desert) could contain 2200 kcal, which... would require a full marathon to burn off”

Childhood obesity: public health crisis, common sense cure.
Ebbeling CB, et al. Lancet 2002;360:473-82

TV: "il circolo perverso"



Prevalence of Obesity by Hours of TV per Day

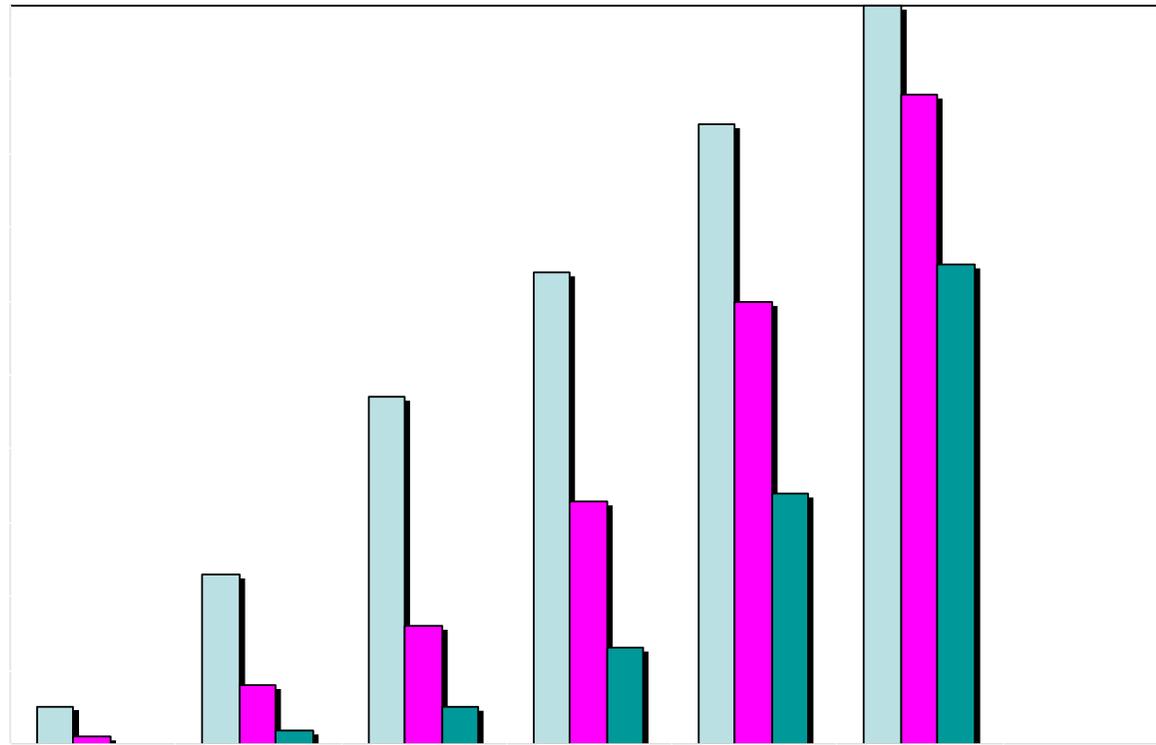


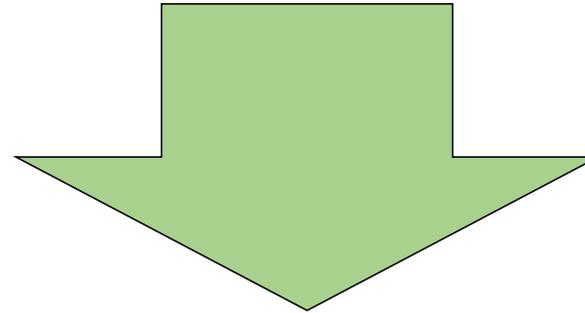
Per ogni ora in più
passata davanti alla TV
l'apporto calorico
aumenta di 167 cal/die

Obesity-associated annual hospital costs for children more than tripled between 1979 and 1999.

(Wang G, Dietz WH. Economic burden of obesity in youths aged 5 to 17 years: 1979-1999. Pediatrics 2002;109(5):E81-E86)







Bambini e adolescenti obesi, in particolare quelli con BMI più elevato, hanno maggiori probabilità di essere obesi da adulti

- Suchindran C, *JAMA*. 2010;304(18):2042–2047
- Whitaker RC, *N Engl J Med*. 1997;337(13):869–873
- Guo SS,. *Am J Clin Nutr*. 1999;70(1):145S–148S 13.
- Tirosh A. *N Engl J Med*. 2011;364(14):1315–1325

The genetic and environmental influences on childhood obesity: a systematic review of twin and adoption studies

Silventoinen K et al Int J Obes 2010 ;34(1):29-40.

Studi sui gemelli :

fattori genetici hanno un forte impatto sul BMI

fattori ambientali comuni hanno un effetto nel bambino, che scompare durante l'adolescenza.

Studi su bambini adottati:

l'ambiente familiare ha un ruolo nell'obesità infantile con correlazioni tra bambini adottati e genitori adottivi.

Le correlazioni sono però più forti con i genitori biologici, supportando l'importanza dei fattori genetici.

La predisposizione genetica all'obesità non ha alcuna influenza sui risultati degli interventi sullo stile di vita (Danimarca, interventi su 920 bambini ed adolescenti obesi dal 2007 al 2015).

Hollensted M et al Obesity 2018; 26, 1915

Socioeconomic inequalities in childhood and adolescent BMI, weight and height from 1953 to 2015: an analysis of 4 longitudinal observational British birth cohort study

D Bann et al. Lancet Public Health 2018;3:e194

<i>Anno</i>	<i>N°</i>	
<i>1946</i>	<i>5363</i>	} <i>peso, altezza 7-11-15 aa</i> <i>condiz socioeconomica</i>
<i>1958</i>	<i>17202</i>	
<i>1970</i>	<i>17290</i>	
<i>2001</i>	<i>16404</i>	

Obesità

come

malattia

della povertà

**Come sono i
nostri
bambini?**

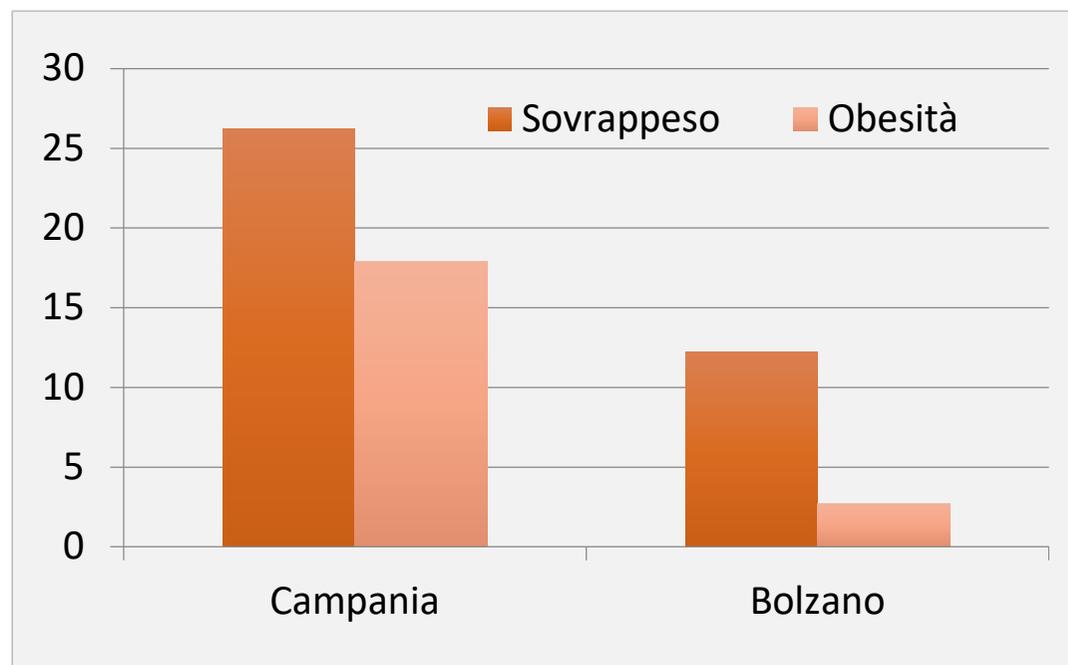
Studio OKkio 2016

48.946 bambini di classe 3a el. (8-9 aa)

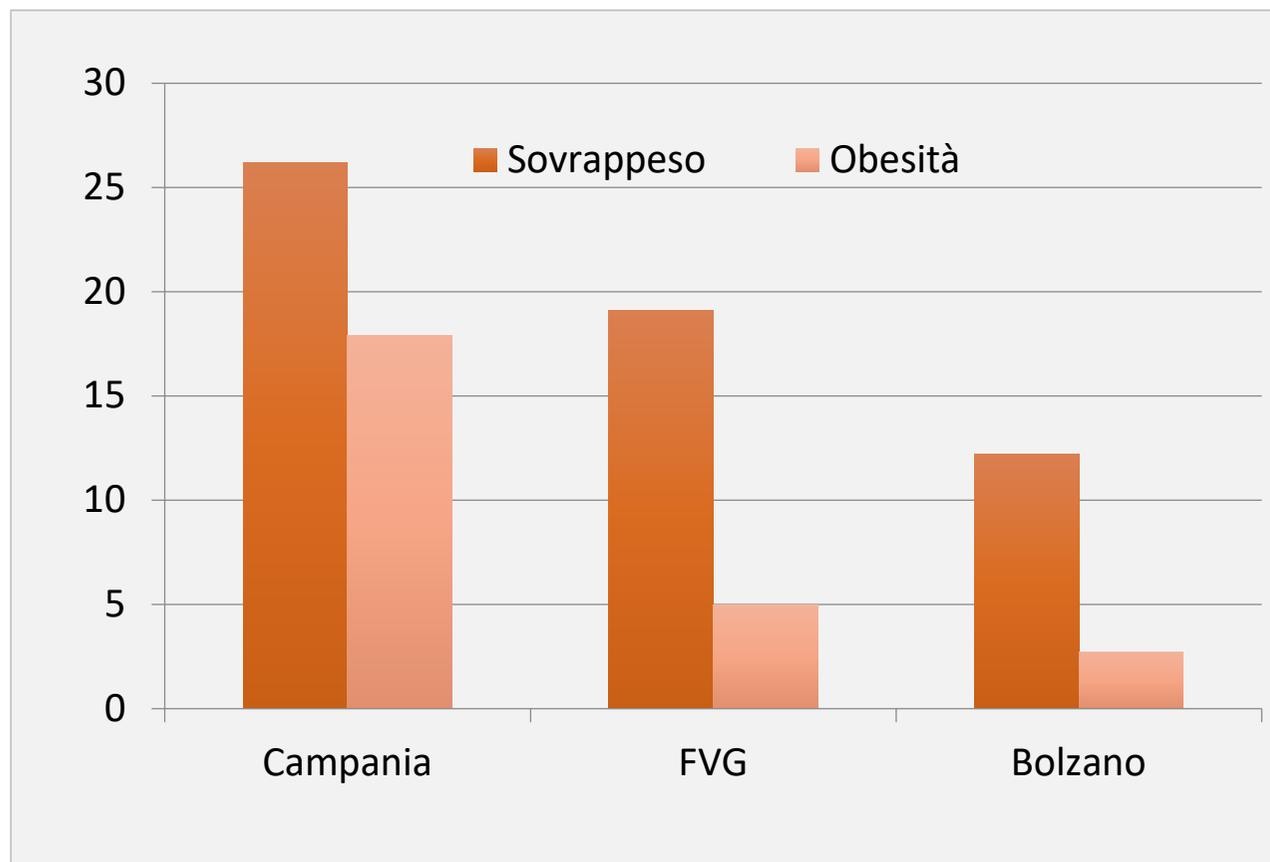


21,3% sovrappeso

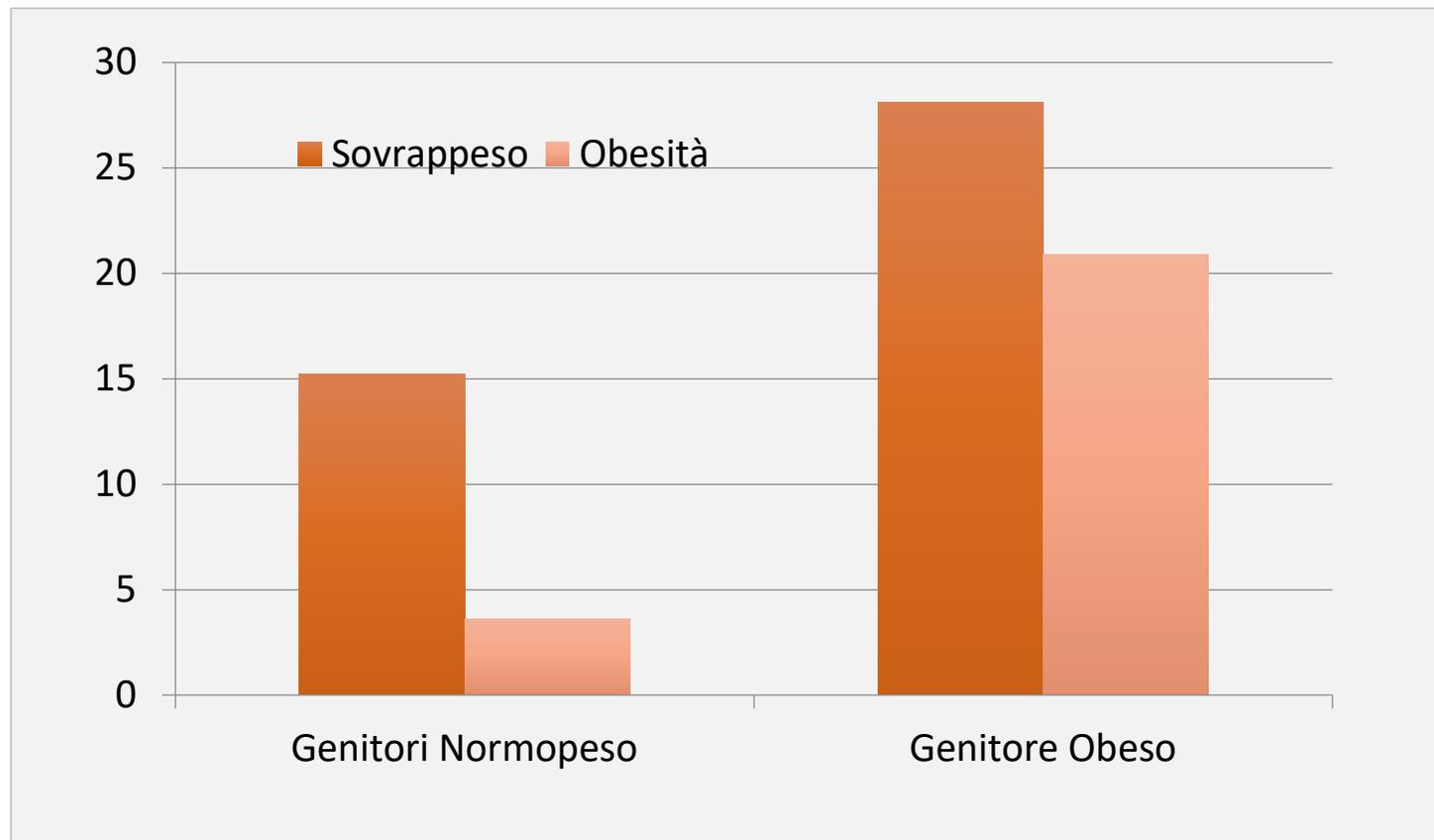
9.3% obeso, (>>Sud e del Centro)



Studio OKkio 2016



Obesità associata a: peso dei genitori



Rischio Obesità nel bambino:

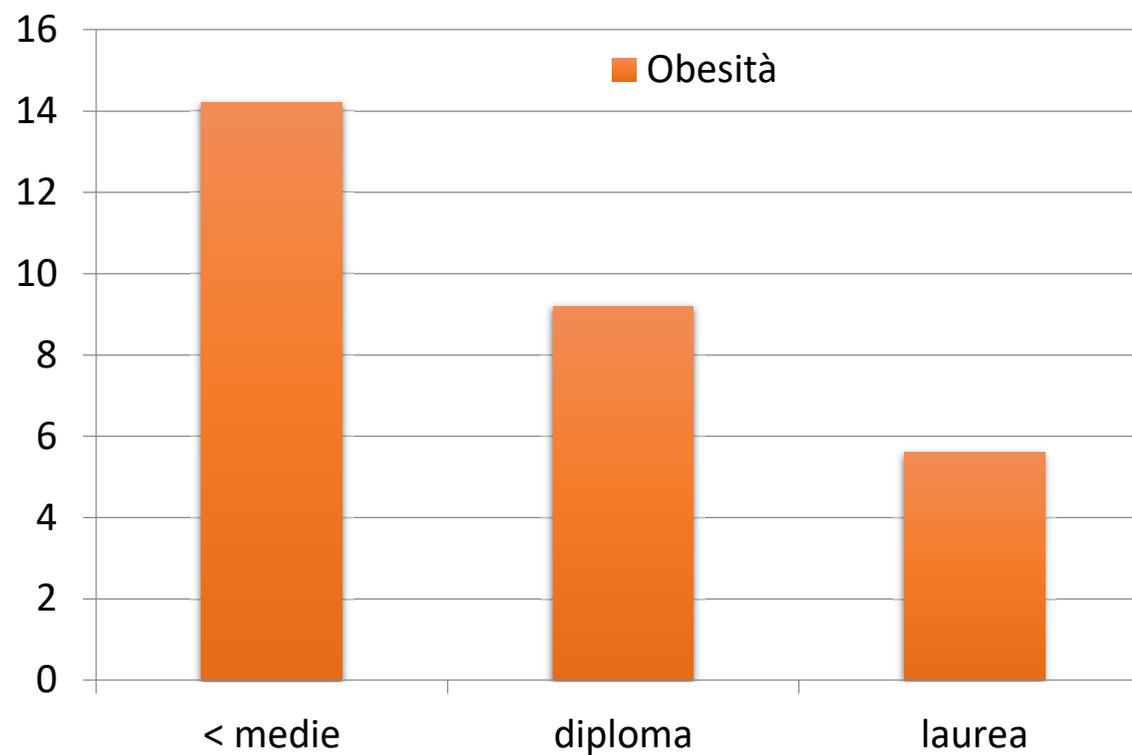
Un genitore Obeso 30%

Due genitori Obesi 90%

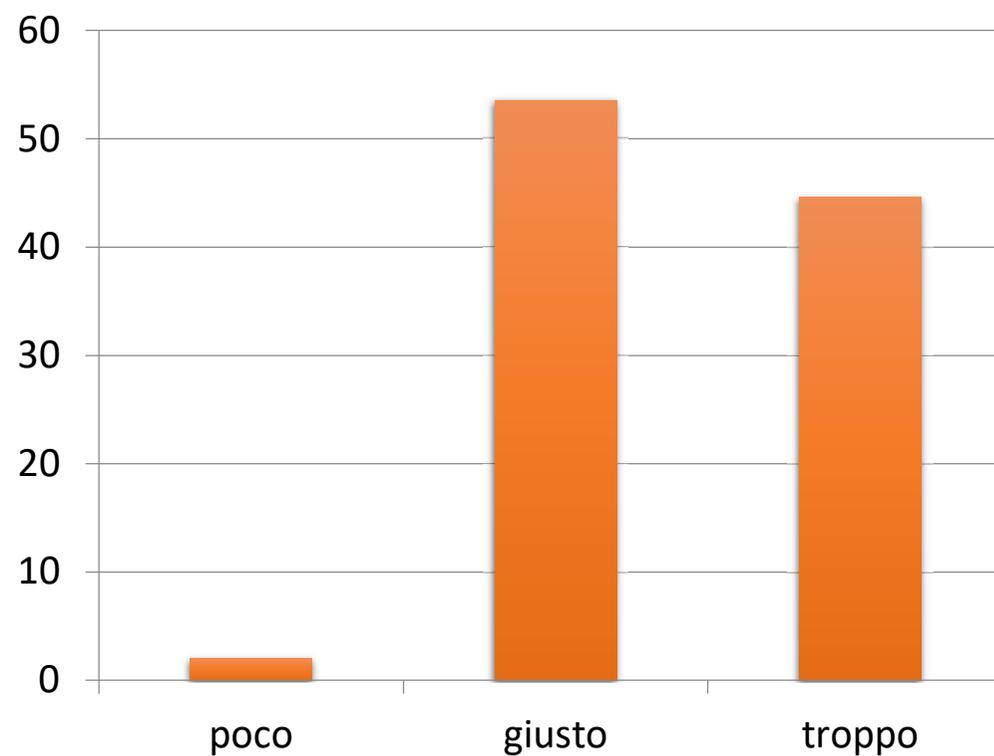


Frontieres in Pediatrics 2019, 6, 431

Obesità associata a: livello di istruzione



Le mamme di un bambino obeso come lo “vedono mangiare”?

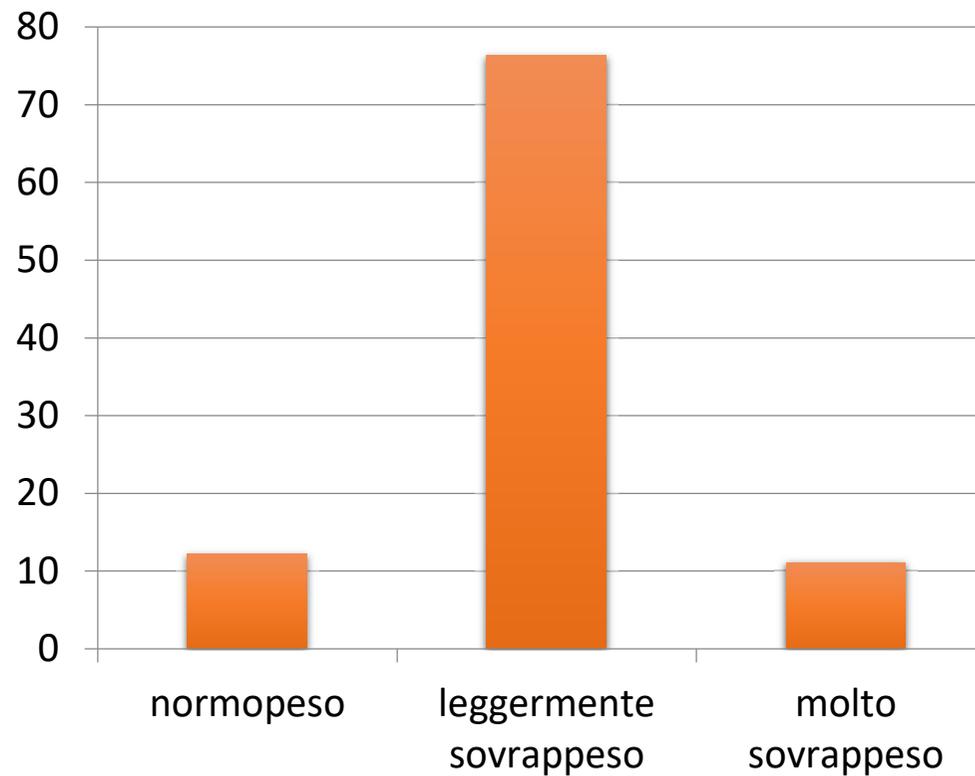


Studio OKkio 2016

Le mamme di un bambino obeso come lo
“vedono”?



Le mamme di un bambino obeso come lo “vedono”?



Studio OKkio 2016

Come mangiano i bambini obesi?

8% b senza colazione il mattino

33% b colazione nutrizionalmente non adeguata

54% b merenda con elevata densità energetica

20% b non mangia frutta e verdura tutti i giorni

36% b consuma quot. bevande zuccherate e/o gassate

Le abitudini alimentari dei bambini sono influenzate notevolmente dal contesto familiare

Studio OKkio 2016

Studio OKkio 2016

41% > 2 ore/die TV, Videogiochi, Cellulare

27% a Scuola a piedi o in bicicletta

44% TV in camera

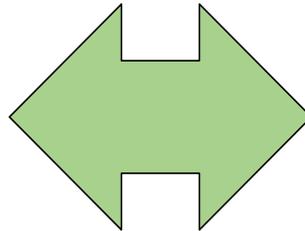
L'attività fisica e la sedentarietà dei bambini sono influenzate dal contesto familiare

L'obesità è una malattia

- ipertensione
- dislipidemia
- sonno (apnee)
- diabete
- irregolarità mestruazioni
- ossa
- asma
- gineco/lipomastia
- iperfiltrazione rene
- acantosis nigricans
- etc

L'obesità è una malattia

- ipertensione
- dislipidemia
- sonno (apnee)
- diabete
- irreg. mestruazioni
- ossa
- asma
- gineco/lipomastia
- iperfiltrazione rene
- acantosis nigricans
- etc



- isolamento sociale
- bullismo
- abbandono attività
- abbandono scuola
- disturbo alimentare
- ansia
- depressione

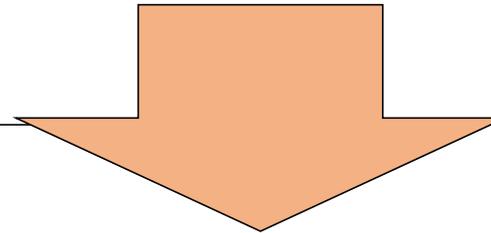
Cosa può
servire ?

Leggi e Risorse:

- non vendere più cibo spazzatura
- abolire distributori di merendine
- sostenere attività sportiva
- sostenere stili di vita sani
- etc

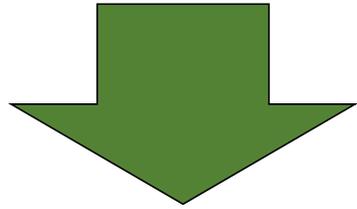
Vedere le cose per quello che sono

Essere Obesi non è una colpa e bisogna eliminare i luoghi comuni:

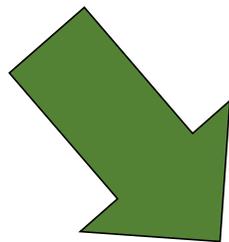


- il comportamento alimentare è completamente sotto controllo dell'individuo
- l'obeso è obeso perché pigro, debole, senza forza di volontà, senza capacità di controllo
- Gli obesi sono poco intelligenti

Il luogo comune, il bullismo

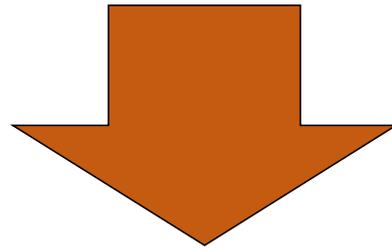


Ansia e depressione
Ritiro sociale
Bassa autostima
Insodd Immagine corporea



Restrizioni alimentari
Uso Lassativi
Vomito autoindotto

Non Incoraggiare le diete



La dieta, intesa come restrizione calorica con l'obiettivo di perdere peso, è un fattore di rischio sia per l'obesità che per i DCA

Project EAT: 2516 adolescenti seguiti per 5 aa. Diete associate a rischio x2 di sovrappeso e rischio x 1.5 di compulsioni alimentari

Neumark-Sztainer DR et al. *Am J Prev Med.* 2007;33(5):359

Ragazze normopeso a dieta, dopo 3 aa hanno probabilità x 3 di sovrappeso rispetto a coetanee non a diete.

Stice E et al. *J Consult Clin Psychol.* 1999;67(6):967

Dieta è il più importante predittore per un DCA.

Restrizione severa e/o evitare i pasti si associa a 18 x probabilità di sviluppare un DCA, rispetto a chi non è a dieta.

Restrizione moderata rischio 5 x per DCA.

Patton GC et al. *BMJ.* 1999;318(7186):765–768

Coorte di minori di 9-14 anni (n = 16.882) seguiti per 2 anni.

Dieta si associa ad un > aumento di peso e di abbuffate

Field AE et al. *Pediatrics.* 2003;112(4):900

Fare pasti regolari con tutta la famiglia

I pasti in famiglia si associano a un miglioramento dell'alimentazione e forniscono ai genitori l'opportunità di seguire il comportamento dei figli

Studio >13.000 pre/adolescenti mostra che consumare la cena insieme in famiglia è protettivo rispetto a comportamenti purgativi, compulsioni alimentari e *dieting*

- Haines J,. *Eat Disord.* 2010;18(1):10–24

Non parlare di peso

I discorsi dei genitori sul peso, sia che si tratti incoraggiare i figli a dimagrire sia che riguardino la dieta che essi stessi seguono, favoriscono il sovrappeso e lo sviluppo di un DCA

il semplice parlare di questioni relative alla gestione del peso si correla al sovrappeso o alla presenza di un DCA

- Neumark-Sztainer DR,. *Am J Prev Med.* 2007;33:359
- Loth KA,. *Int J Eat Disord.* 2009;42(2):146
- Berge JM,. *JAMA Pediatr.* 2013;167(8):746

Non prendere in giro per il peso

Favorisce comportamenti impropri di controllo del peso e perdite di controllo con l'alimentazione

Il semplice parlare di questioni relative al controllo del peso risulta correlato al sovrappeso o alla presenza di un DCA

Neumark-Sztainer DR,. *Am J Prev Med.* 2007;33:359

Tra gli adolescenti in sovrappeso, il 29- 40% hanno sperimentato prese in giro sul peso da parte di coetanei o membri della famiglia

- Haines J, *Obesity (Silver Spring).* 2013;21(9):E428

È possibile un approccio integrato alla prevenzione dell'obesità e dei DCA?

- La prevenzione e il trattamento dell'obesità, se condotto correttamente, non predispone allo sviluppo di un DCA.

Austin, 2005; Robinson, 2003

- Il coinvolgimento della famiglia nel trattamento dell'obesità e dei DCA adolescenziali si è dimostrato più efficace degli interventi centrati solo sull'adolescente

Katzman, 2013; Shrewsbury, 2011

Intervista Motivazionale

...pediatri e dietologi che hanno usato la MI come strumento di consulenza alle famiglie con bambini in sovrappeso sono riusciti a ridurre il percentile del BMI nei bambini di 3.1 punti in più rispetto al gruppo di controllo.

- Resnicow K, : *Pediatric Academic Societies Annual Meeting*; Vancouver, British Columbia, Canada; May 4, 2014

“La maggioranza delle persone che hanno fatto ricorso a cure per l’obesità non è obesa e la maggioranza di coloro che manifestano un’obesità patologica non è ritenuta tale.

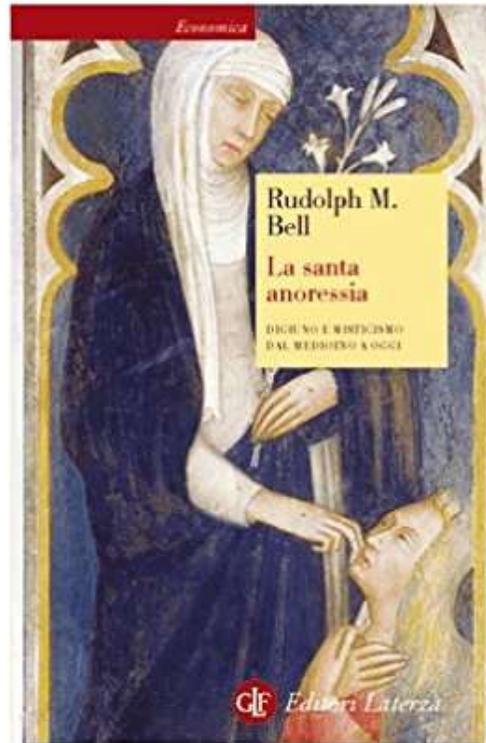
Esistono dunque una sovra- e una sottomedicalizzazione: si passa dalla cosmetica alla non assistenza.”

Basdevant, Laville e Ziegler, 1998

I DISTURBI DELLA CONDOTTA ALIMENTARE



SEMPRE ESISTITI, ma in passato molto rari



Perché è più facile ingrassare che dimagrire?

Perché abbiamo dovuto **sopravvivere a carestie** e digiuni prolungati.

Siamo fatti per prediligere i cibi più calorici

Siamo fatti per assorbirne al meglio i nutrienti

Abbiamo modificato i cibi per assorbire ancora meglio le calorie

Perché **cibarsi** è diventato qualcosa di **più dello sfamarsi**

Non mangiamo più perché abbiamo fame

Mangiare è anche superare la noia, trovare consolazione, stare insieme ad altri. E' abitudine, idea rituale

(il languorino, la voglia di qualcosa di buono)



Perché è più facile ingrassare che dimagrire?

Mangiare ha anche un valore sociale

Offrire un pranzo vuol dire anche dimostrare di essere in grado di procurarsi cibo

Offrire cibo è anche un modo di accompagnare eventi

La dieta comincia da lunedì

L'impegno a controllare il peso è proporzionale alla facilità con cui lo si può acquisire

E' quindi un problema della **civiltà dell'abbondanza**

- Abbondanza di cibo gratificante e nutrizionalmente ricco
- Abbondanza di comodità facilmente acquisibili
- Abbondanza di situazioni in cui ci si incontra mangiando e bevendo

Ma anche un problema della **società dell'immagine**

- La televisione ha ipertrofizzato l'importanza di un aspetto magro piacente
- Ne ha anche condizionato il modello

Difficoltà di perdere peso (attività fisica)



ANSA.it › Salute&Benessere › Stili di Vita › Con la prova costume, autostima a rischio per una persona su tre

Con la prova costume, autostima a rischio per una persona su tre

Esperti lo chiamano 'bikini blues', no a rimedi drastici



Redazione ANSA MILANO 26 giugno 2018 09:21

 [Scrivi alla redazione](#)  [Stampa](#)



Sapete mica se la prova
costume
si può fare
anche scritta?



Si fuma anche per non mangiare

Qualcuno inizia a fumare per sfruttare l'effetto anoressizzante della nicotina. Tuttavia, quando gli si prospetta la possibilità di smettere, la paura di prendere peso costituisce un deterrente

Effetto della nicotina su:

- Metabolismo
- Appetito
- Abitudine di mettere qualcosa in bocca
- Controllo del nervosismo
- Miglioramento del gusto e olfatto
- Effetto sul transito intestinale



Perdita di innocenza, naturalezza, nel rapporto con il cibo

Conosciamo la composizione e la biochimica dei cibi

Seguiamo modelli dietetici salutistici

L'industria alimentare ci illude di avere pieno controllo su quello che mangiamo, anche in risposta all'abbondanza e ricchezza dei cibi

Individualizzazione del pasto e crisi della «tavola familiare»

DISTURBI DELLA CONDOTTA ALIMENTARE

- Anomalo rapporto con il cibo e anomali comportamenti per regolare il proprio peso
- Alterata percezione del proprio peso e della propria immagine corporea
(più grave per il bisogno adolescenziale di definirsi socialmente)

Anoressia Nervosa + Bulimia Nervosa 2% degli adolescenti (1/10 nei maschi). Altri disturbi = 2-3%
Comparsa in età anticipata (anche prima della pubertà)

Disturbi specifici dell'infanzia

- Disturbo alimentare dell'omeostasi 0-3 mesi
- Disturbo dell'attaccamento 2-8 mesi
- Anoressia infantile 6 mesi – 3 anni
- Avversione sensoriale al cibo
- Disturbo evitante-restrittivo dell'assunzione di cibo (ARFID) (non è un problema di percezione del peso)
- Monotematicità alimentare in ambito di disturbo dello spettro autistico
 - La condotta alimentare può essere influenzata o può influenzare aspetti neurobiologici

Possono evolvere DCA classici

Lo abbiamo già detto: non serve sapere che cosa si rischia, non servono i consigli per una dieta equilibrata



Isabelle Caro, foto di Oliviero Toscani, 2007

Isabelle è morta nel 2011

Poco dopo si è suicidata anche la madre, per i sensi di colpa, ma anche per la psicopatologia alla base di un disturbo madre-figlia (simbiosi, senso di colpa, la morte della figlia come fallimento della madre)

Forse più utile la Barbie curvy?



PSICOPATOLOGIA MULTIFATTORIALE

Fattori genetici

(concordanza 56% nelle coppie di gemelle monozigoti contro il 5% nelle gemelle dizigoti)

Storia di traumi.

Abuso sessuale

Fattori psicologici.

Affettività negativa, dinamiche familiari (ad esempio scarso contatto e alte attese), cambiamenti puberali

Relazionali disfunzionali che ostacolano l'autonomizzazione del soggetto

Fattori culturali e sociali.

Immagine ideale, disistima, depressione

Fattori predisponenti.

Età, sesso, storia di sovrappeso e diete, alcune malattie



**Eating behaviours and attitudes following
prolonged exposure to television among
ethnic Fijian adolescent girls[†]**

ANNE E. BECKER, REBECCA A. BURWELL, STEPHEN E. GILMAN,
DAVID B. HERZOG and PAUL HAMBURG

Fiji was selected as a study site because of its extremely low prevalence of eating disorders, having only one reported case of anorexia by the mid-1990s. The Nadroga province of Fiji was selected for its lack of exposure to television until mid-1995.

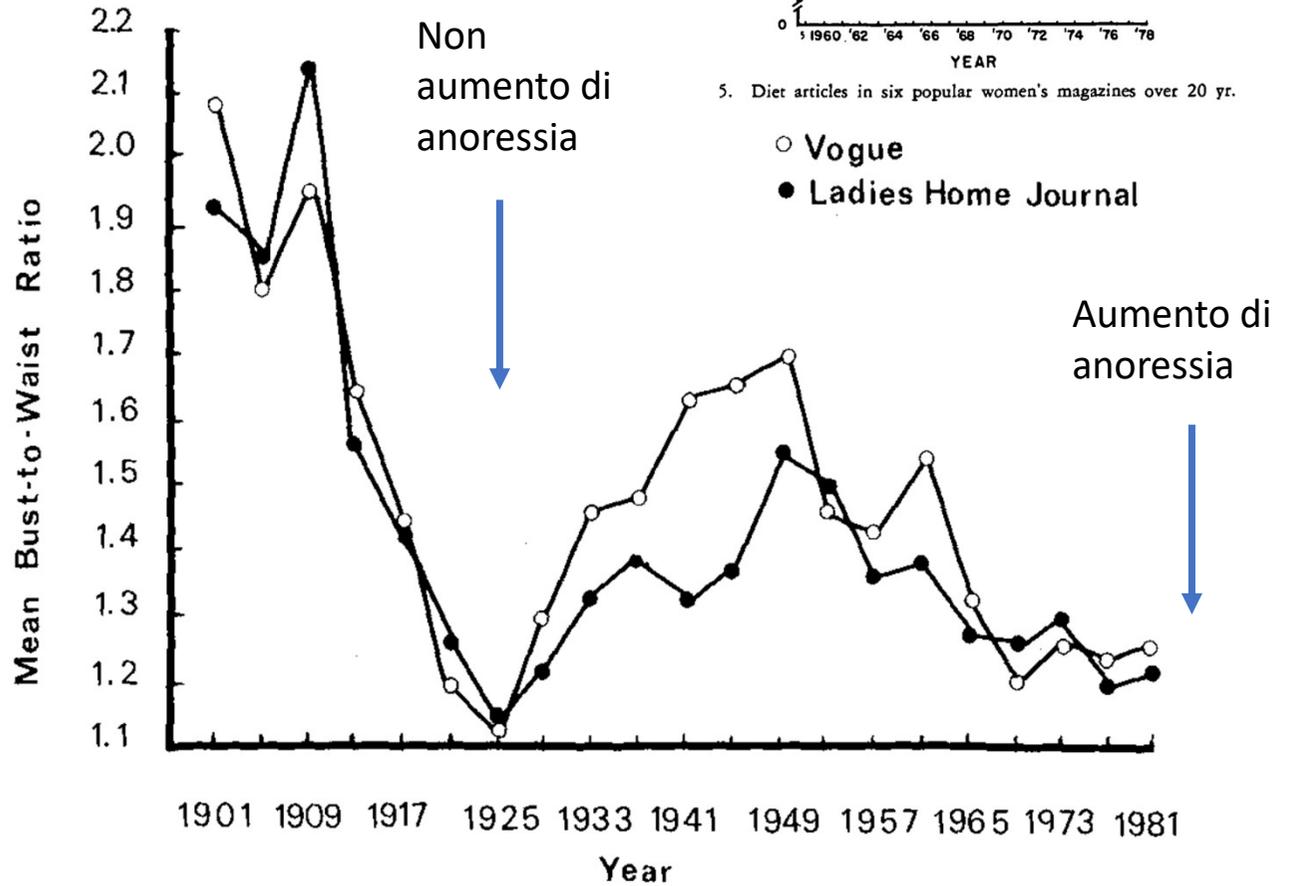
I modelli della TV o la TV
come indicatore indiretto di
una società che cambia?

	1995 Sample < 1 month TV exposure (n=63)		1998 Sample > 3 years TV exposure (n=65)		P value
Mean age, years (s.d.)	17.3	(0.9)	16.9	(1.1)	NS
Mean BMI (s.d.)	24.5	(3.4)	24.9	(2.5)	NS
Household ownership of a television, n (%)	26	(41.3)	46	(70.8)	0.001
Bingeing, n (%)	5	(7.9)	3	(4.6)	NS
EAT-26 > 20, n (%)	8	(12.7)	19	(29.2)	0.030
Some induced-vomiting to control weight, n (%)	0	(0)	7	(11.3)	0.013

Results Key indicators of disordered eating were significantly more prevalent following exposure. Narrative data revealed subjects' interest in weight loss as a means of modelling themselves after television characters.

Some Correlates of the Thin Standard of Bodily Attractiveness for Women

Brett Silverstein, Ph.D.
 Barbara Peterson, M.A.
 Lauren Perdue, M.A.

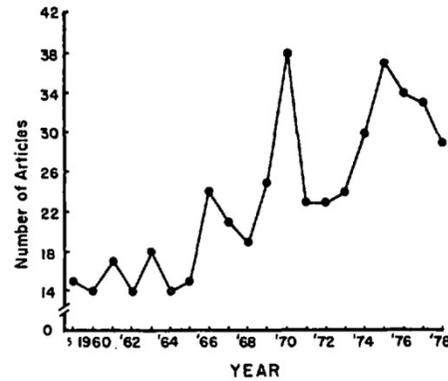


*Garner. Cultural Expectations of Thinness in Women. Psychological Reports, 1980,47,483-491

CULTURAL EXPECTATIONS OF THINNESS IN WOMEN

DAVID M. GARNER, PAUL E. GARFINKEL
Clarke Institute of Psychiatry¹

DONALD SCHWARTZ, AND MICHAEL THOMPSON
Michael Reese Hospital and Medical Center²



5. Diet articles in six popular women's magazines over 20 yr.

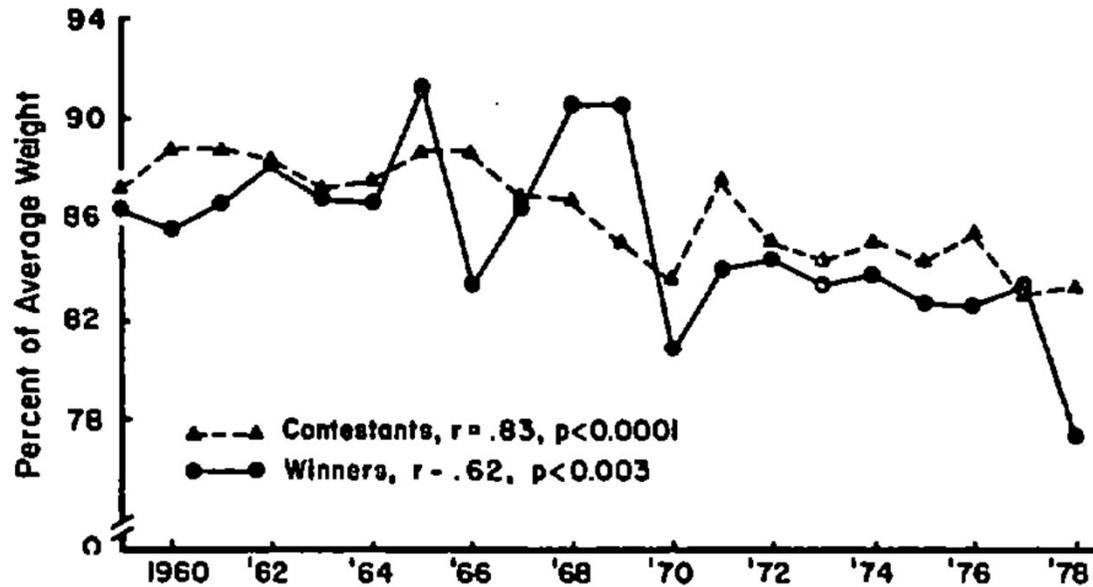


FIG. 3. Percent of average weight for Miss America Pageant contestants and winners over 20 yr.

C'è un età su cui tutto questo ha più effetto

Non solo nei concorsi di bellezza, ma anche nello sport

Christy Henrich

From Wikipedia, the free encyclopedia

Christina "Christy" Renée Henrich (July 18, 1972 – July 26, 1994) was an American [artistic gymnast](#). Her death from [anorexia nervosa](#) at age 22 led to major reforms in the way women's gymnastics is covered on television and in the news media. She was coached by [Al Fong](#).



American television channels broadcasting gymnastics competitions, such as [NBC-TV](#) and [ABC-TV](#), stopped commenting about or listing gymnasts' weights in captions in the mid-1990s.

Time Trends in Age at Onset of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa

Angela Favaro, MD, PhD; Lorenza Caregato, MD;
Elena Tenconi, PhD; Romina Bosello, MD; and Paolo Santonastaso, MD

Figure 2. Age at Onset According to the Year of Birth in Anorexia Nervosa^a

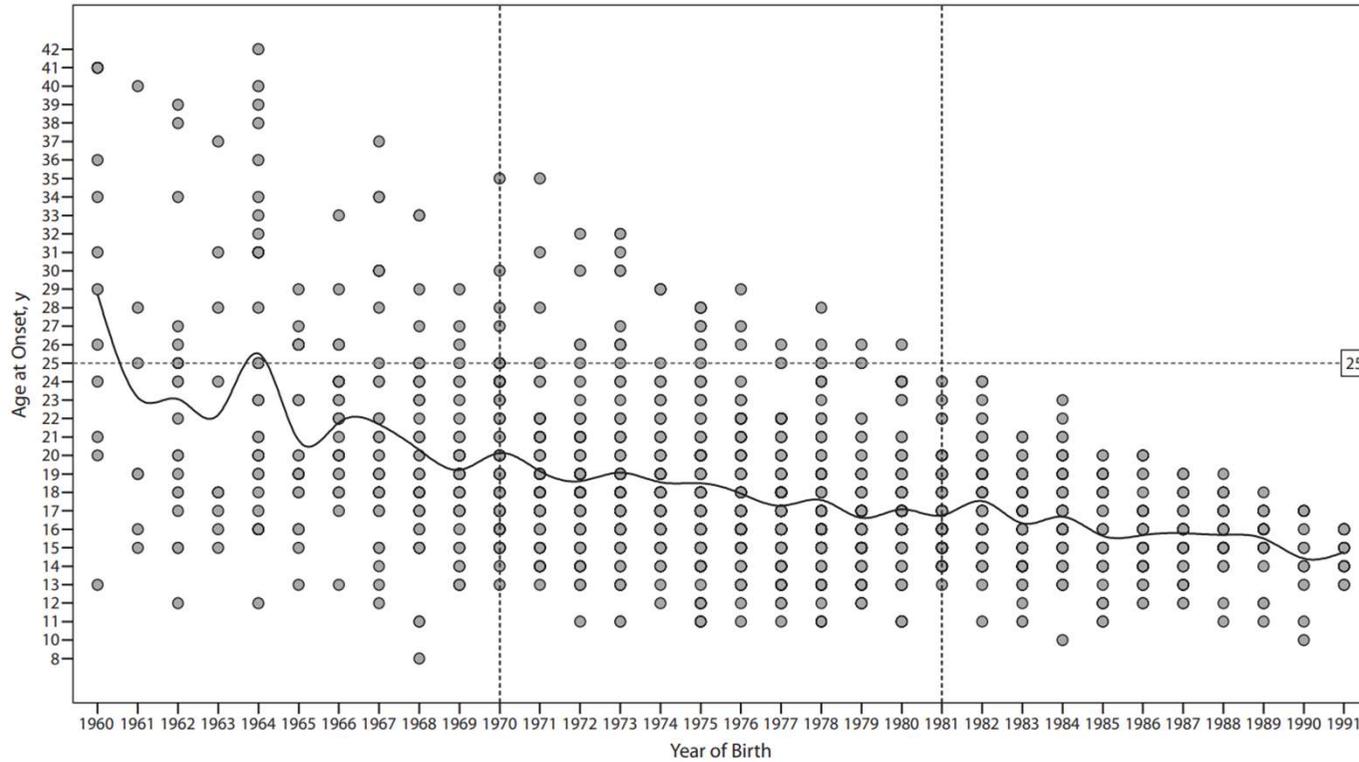
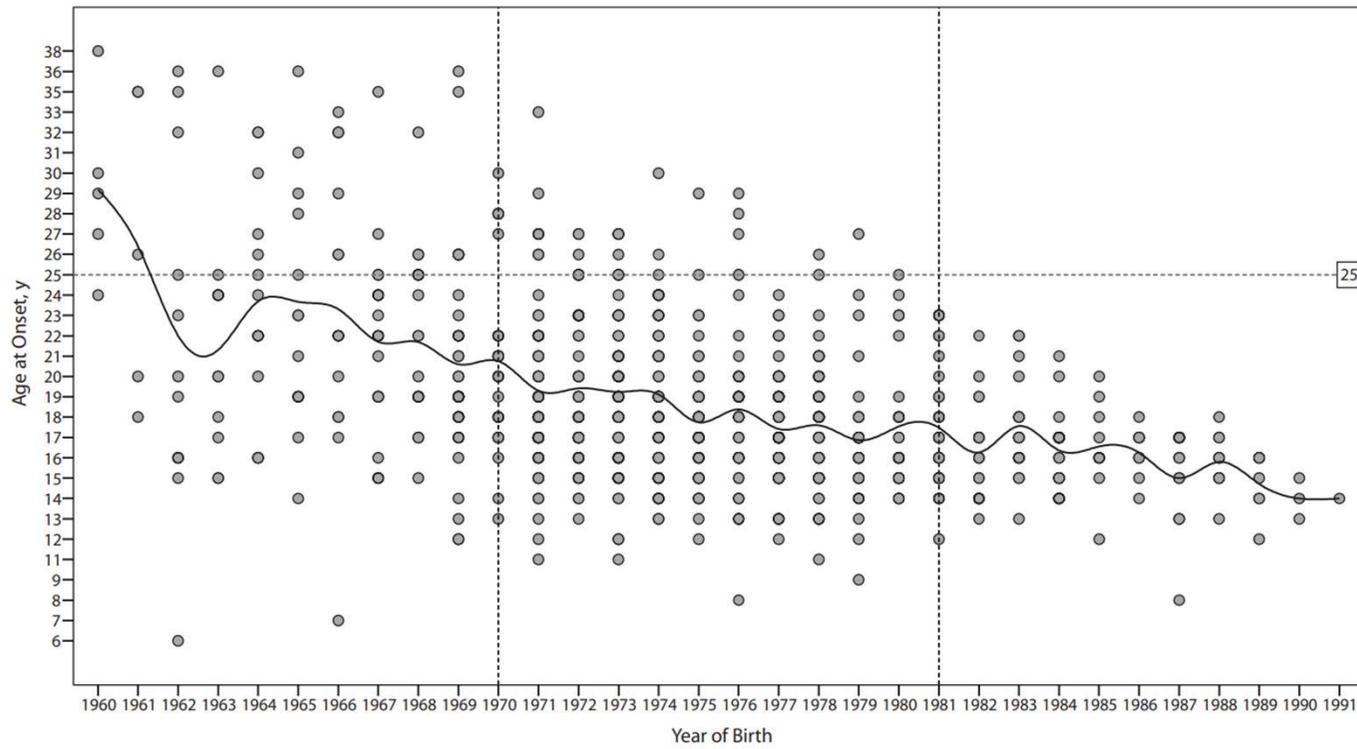


Figure 4. Age at Onset According to the Year of Birth in Bulimia Nervosa^a



D'altra parte anche la pubertà si è anticipata un po'

L'aspetto corporeo è sempre più un simbolo di stato

Il corpo è più in mostra e si presta ad apprezzamenti e confronti

Da parte degli altri

Se non corrisponde a quello che si desidera, diventa fonte di disagio, malessere fino all'autolesionismo

Eating Disorders in Adolescents With a History of Obesity

Pediatrics 2013

abstract

FREE

AUTHORS: Leslie A. Sim, PhD,^a Jocelyn Lebow, PhD,^a and Marcie Billings, MD^b

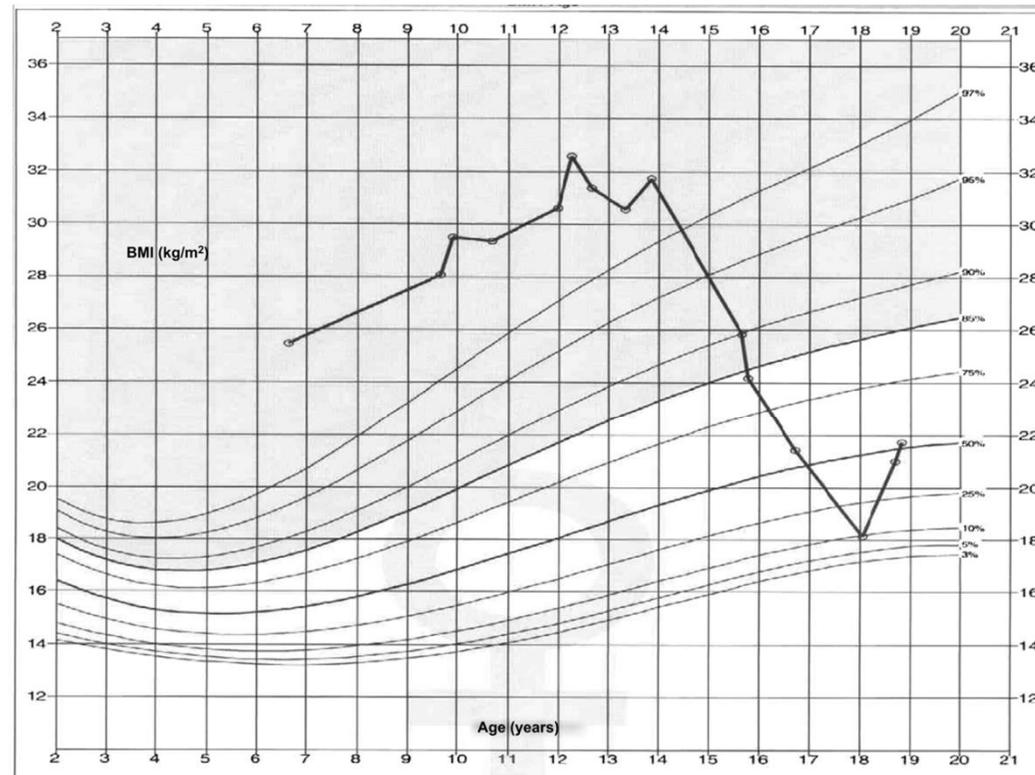
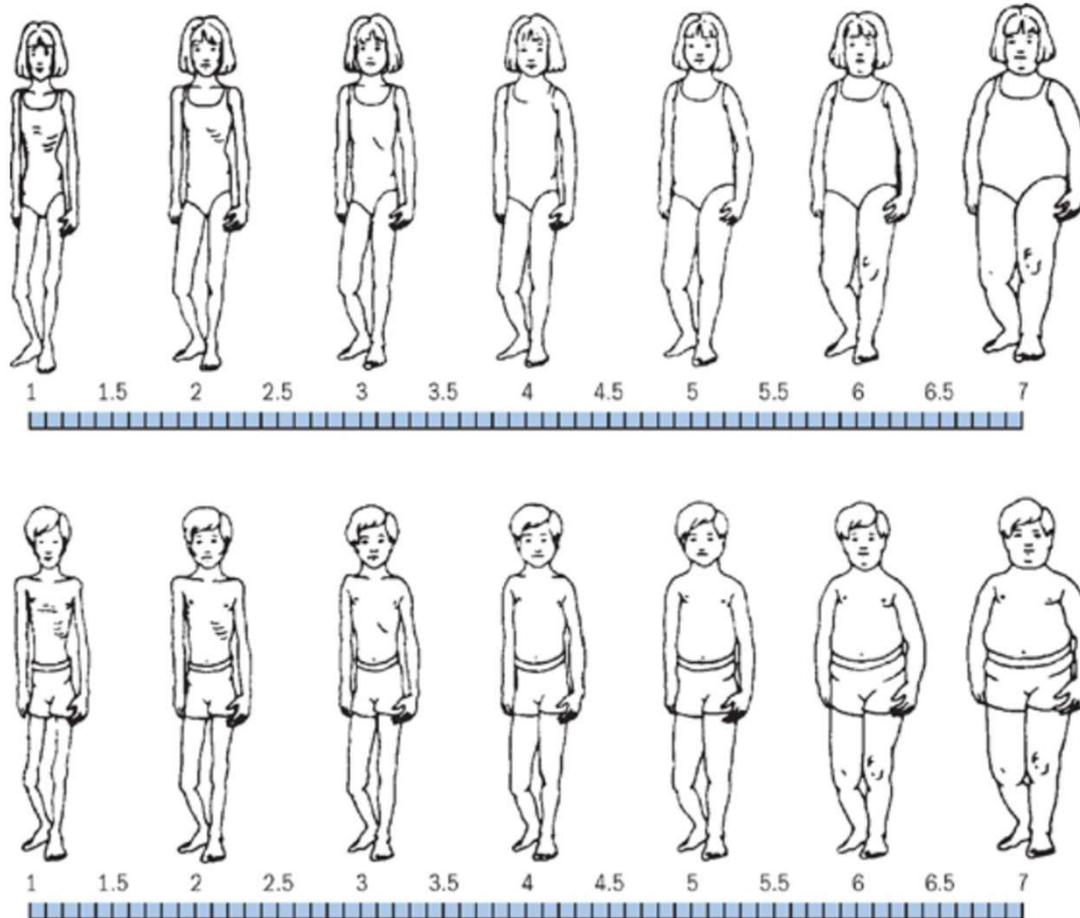


FIGURE 2
BMI history for case 2.

PERCEZIONE ALTERATA DELLE PROPRIE FORME



Scala visu-analogica per misurare la percezione della propria forma

LA DIAGNOSI: pensarci: in adolescenza prognosi migliore

AN

- Persistente restrizione alimentare con conseguente basso BMI
- Paura di prendere peso o comportamento costantemente evitante il guadagno ponderale (controllo anche su come vengono cucinati i cibi)
- Disturbo di percezione del proprio peso e forma corporea (con conseguenze sull'autostima)
 - Sottotipo restrittivo (esordio più precoce e prognosi migliore)
 - Sottotipo binge eating/purging

Prognosi meglio in adolescenza che in adulto.

BN

- Episodi di binge eating
- Metodi inappropriati per compensare il binge eating
- Percezione del peso e del corpo condizionante l'autostima. BMI può essere normale
- In media almeno una volta a settimana per 3 mesi

D da alimentazione incontrollata

- Ricorrenti abbuffate, associato alla sensazione di perdere il controllo durante l'episodio
- Mangiare molto più rapidamente del normale, fino a sentirsi spiacevolmente pieni, sentirsi disgustati verso se stessi, depressi o molto in colpa dopo l'episodio.
- L'abbuffata si verifica, in media, almeno una volta alla settimana per 3 mesi.
- L'abbuffata non è associata alla messa in atto sistematica di condotte compensatorie

Disturbi alimentari non altrimenti specificati

Caratteristiche simili ai disturbi classici, ma si differenziano per l'entità della sintomatologia o per la combinazione di caratteristiche di disturbi differenti.

Nell'infanzia, assumono delle connotazioni specifiche e differenti dalle manifestazioni tipiche dell'adolescenza e dell'età adulta (l'insoddisfazione per la forma corporea e la paura di ingrassare raramente sono presenti ed espresse).

- **Disturbo emotivo di evitamento da cibo:** evitamento marcato del cibo e conseguente perdita di peso.
- **Alimentazione selettiva:** pur mantenendo altezza e peso nella norma, il bambino sceglie in modo molto selettivo i cibi da assumere, spesso limitandosi a poche categorie
- **Disfagia funzionale:** caratterizzato da difficoltà di deglutizione, paura di vomitare o soffocare, in assenza di cause organiche
- **Ortoressia nervosa:** ossessione per la qualità e purezza dei cibi
- **Vigoressia, Bigoressia, Drunkoressia**

Diagnostic criteria*

Restriction of energy intake relative to requirements, leading to significantly low body weight for the patient's age, sex, developmental trajectory, and physical health. Significantly low weight is defined as a weight that is less than the minimal normal weight or, in children and adolescents, less than the minimal expected weight.

Intense fear of gaining weight or of becoming fat, or persistent behavior that interferes with weight gain, even though the patient has a significantly low weight.

Disturbance in the way in which one's body weight or shape is experienced, undue influence of body weight or shape on self-evaluation, or persistent lack of recognition of the seriousness of the current low body weight.

Subtype designation

Restricting type: During the past 3 months, the patient has not engaged in recurrent episodes of binge-eating or purging behavior (i.e., self-induced vomiting or the misuse of laxatives, diuretics, or enemas). Weight loss is accomplished primarily through dieting, fasting, excessive exercise, or all of these methods.

Binge-eating and purging type: During the past 3 months, the patient has engaged in recurrent episodes of binge-eating or purging behavior (i.e., self-induced vomiting or the misuse of laxatives, diuretics, or enemas).

Current severity

Mildly severe low body weight is defined as a BMI of ≥ 17 .†

Moderately severe low body weight is defined as a BMI of 16–16.99.

Severe low body weight is defined as a BMI of 15–15.99.

Extremely severe low body weight is defined as a BMI of < 15 .

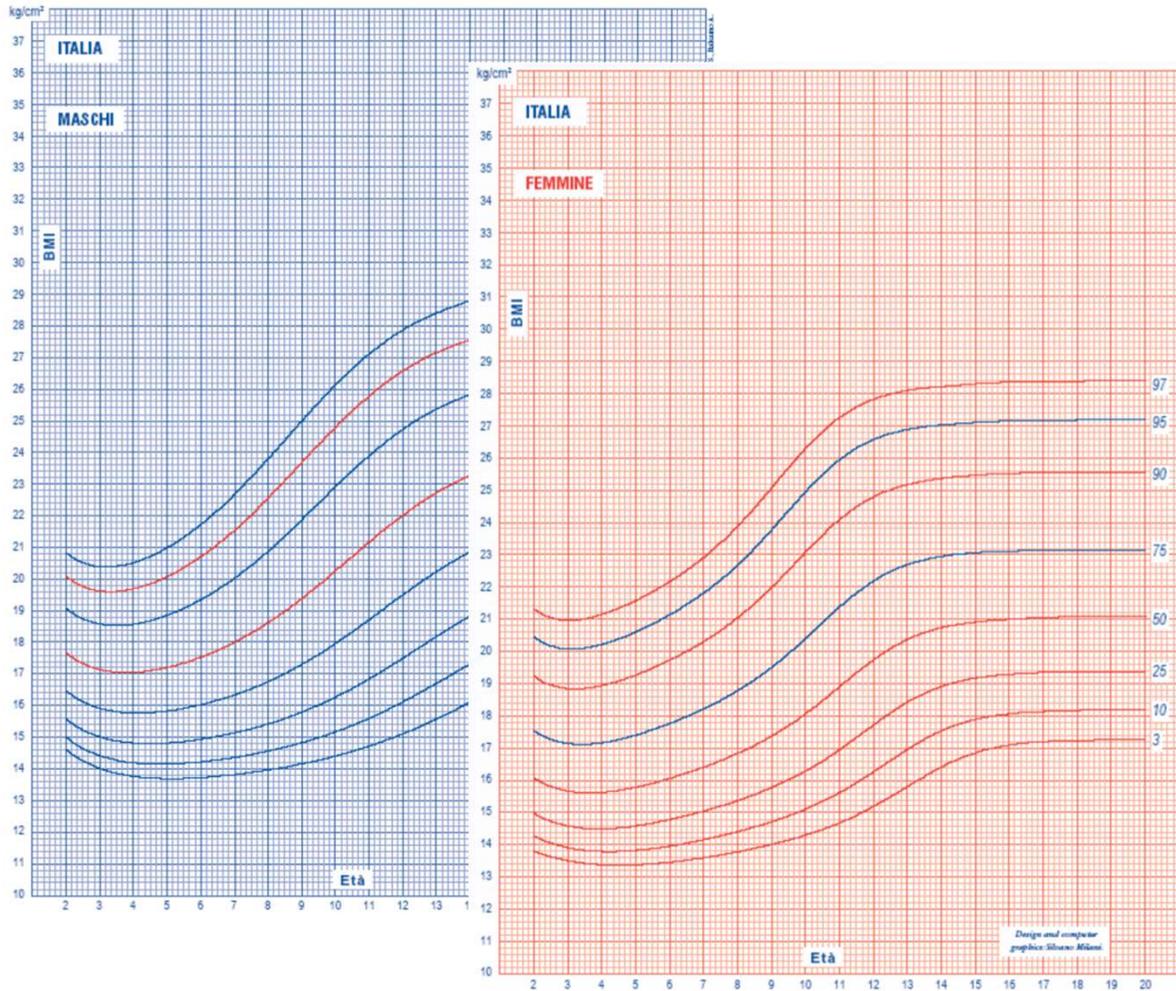
GRAVITA'

BMI (BODY MASS INDEX)
durata
comorbidità medica e psichiatrica

* These three criteria, all of which are required for a diagnosis of anorexia nervosa, are from the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, fifth edition.

† A patient who has undergone bariatric surgery may be considered to have mildly severe low body weight even with a BMI of 22 if the patient continues to “feel fat,” have symptoms of starvation, and persist in severely limiting energy intake in order to achieve further weight loss.

BMI: CURVE DI CACCIARI E DI COLE



Con la crescita il BMI normale è più alto
Nel bambino il BMI normale è più basso

Un BMI di 21 nel bambino può essere segno di obesità

QUADRO CLINICO

Complicazioni mediche. Per malnutrizione e purging

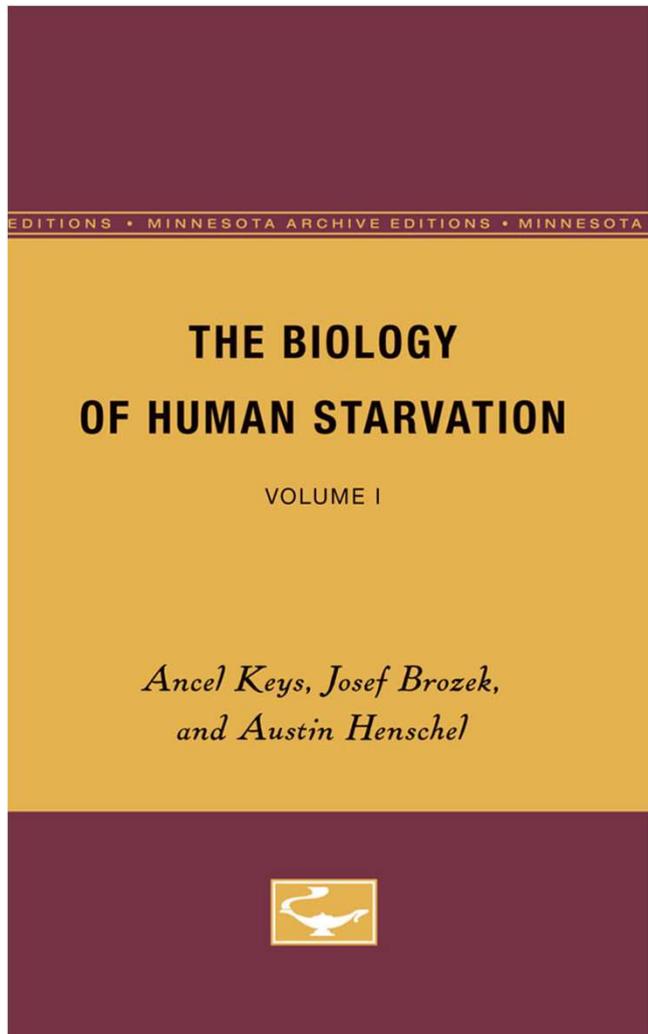
- Anemia, Leucopenia, ipogammaglobulinemia
- Cambiamenti ormonali, low T3 syndrome, osteoporosi
- Problemi cardiovascolari (bradicardia, ipotensione ortostatica, QT lungo), ipotermia
- Disturbi renali da alterazioni elettrolitiche
- Problemi ghiandole salivari e dentari
- Alterazioni neurologiche
- Regressione/assenza dello sviluppo sessuale, amenorrea (implicazioni psicologico, diade madre-figlia)

Comorbidità psichiatriche

- Depressione maggiore
- Disturbo d'ansia
- Disturbo ossessivo compulsivo
- Disturbo da stress post-traumatico
- Misuso di sostanze (meno tra i soggetti con sottotipo restrittivo)

Rischio di morte per malnutrizione e suicidio

- Suicidio 18x coetanei



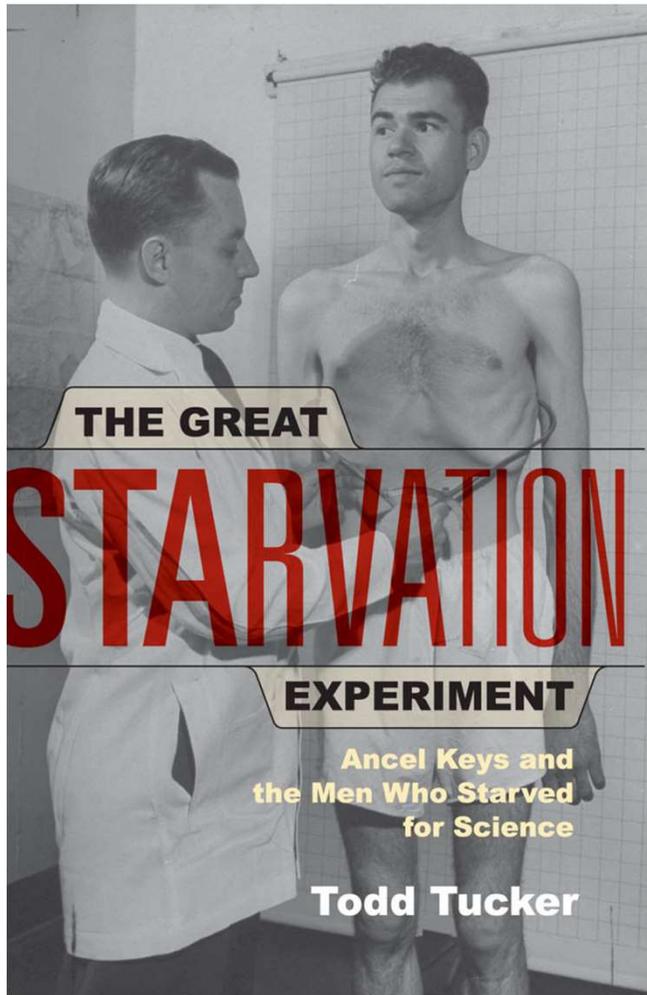
Studio effettuato presso l'Università del Minnesota nel 1944 su 32 obiettori di coscienza (prigionieri politici) che verranno rinchiusi sotto lo stadio del campus per valutare gli effetti della privazione nutrizionale (dimezzamento degli apporti per 6 mesi) su parametri fisiologici e mentali (in cambio gli si offrono corsi universitari e di lingua)

Possibili ricadute per migliore assistenza e renutrizione (anche in virtù del conflitto mondiale in Europa)



FIGURE 8.5. Minnesota volunteers at mealtime. Copyright 1950 by the University of Minnesota Press. Reprinted by permission.

Oltre ai rischi fisiologici, rischi mentali della restrizione alimentare
Disturbi della regolazione dell'appetito anche nei mesi e anni successivi



The study is invaluable for those treating anorexics because it helps separate the symptoms that are a result of anorexia from those that are just byproducts of hunger. The hunger must be treated first. As one anorexia researcher wrote after citing the characteristics of starvation noted by Keys: “Trying to make meaningful psychological changes with an anorexic patient in this starved state is analogous to trying to address underlying issues with an alcoholic patient who is intoxicated.”



The Minnesota Starvation Experiment and Force Feeding of Prisoners—Relying on Unethical Research to Justify the Unjustifiable

Zohar Lederman · Teck Chuan Voo

SCIOPERO DELLA FAME E NUTRIZIONE FORZATA DEI CARCERATI. I cambiamenti mentali indotti dal digiuno incidono sulla capacità di intendere e volere?

SI POSSONO APPOGGIARE LE PROPRIE SCELTE SU EVIDENZE SCIENTIFICHE RACCOLTE IN STUDI CHE OGGI NON RISPETTEREBBERO GLI STANDARD BIOETICI?

Abstract This article poses a response to one argument supporting the force feeding of political prisoners. This argument assumes that prisoners have moral autonomy and thus cannot be force fed in the early stages of their hunger strike. However, as their fasting progresses, their cognitive competence declines, and they are no longer autonomous. Since they are no longer autonomous, force feeding becomes justified. This article questions the recurrent citation of a paper in empirical support of the claim that hunger strike causes mental disorders or cognitive impairments. The paper, written by Daniel Fessler, partially relies on the Minnesota Starvation Experiment conducted in 1944 to 1945 for scientific support. Using widely accepted criteria for assessing the ethical acceptability of clinical research, we argue that the Minnesota Starvation Experiment had significant scientific shortcomings and is a case of unethical research. From this, we question the appropriateness of citing the Minnesota Starvation Experiment and consequently Fessler’s paper. If Citing Fessler’s paper becomes problematic, this particular argument for the force feeding of prisoners loses much of its strength.

SINTOMI E SEGNI DI MALNUTRIZIONE

Sintomi di ordine fisico

Amenorrea
Mani e piedi freddi
Stitichezza
Cute secca e/o perdita di capelli
Cefalea
Svenimenti
Ipersonnia
Anoressia

Sintomi di ordine mentale

Difetto di concentrazione
Difficoltà a prendere decisioni
Depressione
Isolamento sociale
Osessione per il cibo

Segni di malnutrizione

Ipotermia
Acrocianosi
Bradycardia a riposo
Ipotensione di base e ortostatica
Ipotrofia muscolare
Anomalie dei valori ematochimici
Ipoglicemia
Leucopenia
Aumento delle transaminasi
Anomalie dell'ECG



Sensazione di freddo, parestesie alle
gambe, sazietà peso addominale

Annessi cutanei fragili

Segni di autolesionismo

Complicanze neurologiche

Frequente riscontro RMN di dilatazione ventricoli e spazi liquorali e di subatrofia corticale “reversibile” dopo ripresa dell'alimentazione

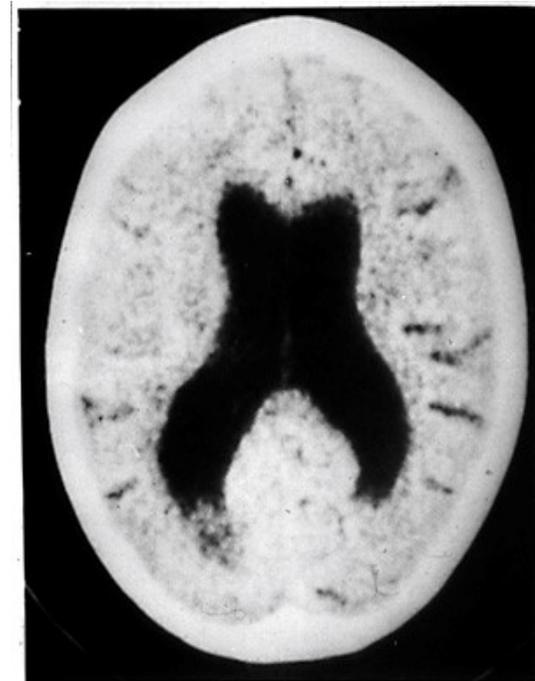


Figure 7.1 Computed tomographic brain scan of a 14-year-old girl with severe anorexia nervosa showing grossly dilated ventricles and widened sulci

Neuropatie periferiche da deficit Nutrizionale e da compressione

TRATTAMENTO

Non dire «le anoressiche», ma le ragazze con anoressia ...
il trattamento si deve adattare alle diverse situazioni

Ospedalizzazione in casi più gravi (generalmente con BMI sotto 15)

Evitare **refeeding syndrome** (1200 kcal/d), più probabile per refeeding parenterale
(rischio in realtà ridimensionato)

FBT – Maudsley. Terapia basata sulla famiglia. La famiglia come risorsa, collaborazione per ottenere

I: reintegrazione nutrizionale fino a peso accettabile

II: ripresa di controllo sull'alimentazione dell'adolescente

III: favorire l'acquisizione di una nuova identità

Terapie cognitivo comportamentali

Viene prima l'aspetto psicologico sulle proprie percezioni e abitudini della focalizzazione diretta sul cibo e sul peso

Psicoterapia interpersonale

Terapia psicodinamica

Identificazione dei bersagli terapeutici, comprensione di come i comportamenti alimentari si correlano alle convinzioni del paziente, alla sua autostima e alle sue relazioni con gli altri.

Terapia farmacologica

fluoxetina, antidepressivi: poche evidenze

PROGNOSI

Remissione completa in quasi la metà dei casi

Disturbo cronico nel 20%

Sintomi parziali negli altri

Il pericolo di quello che può sembrare il soggetto con anoressia compensata

RED FLAGS

- 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.)

RED FLAGS

- 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

Disturbi del comportamento alimentare e pandemia

Riflessioni su prevenzione e buone pratiche di intervento

ANTONELLA BASTONE¹, ALDO RAVAGLIA²

¹Pedagogista, Università di Torino, del Piemonte Orientale e di Genova

²Pediatra di famiglia, Chivasso (Torino)

Con l'emergenza Covid non c'è stato solo un incremento dei nuovi casi di disturbi della condotta alimentare e un peggioramento di quelli preesistenti, ma anche un abbassamento dell'età del loro esordio. Non si tratta più di un problema che riguarda poco il pediatra per l'età di insorgenza e la relativa rarità delle situazioni. Ora sta assumendo di fatto le dimensioni di un'epidemia sociale. Si discute di quelle che sono le condizioni predisponenti, di possibile prevenzione, di diagnosi precoce e di buone pratiche di intervento. Auspicando una rete multiprofessionale strutturata e capace che si occupi di questa emergenza.

EATING DISORDERS IN RELATION TO THE COVID-19 PANDEMIC

(Medico e Bambino 2021;40(8):495-500. doi: 10.53126/MEB40-V495)

Isolamento sociale, modificati equilibri familiari e domestici,
sospensione attività scolastiche ed extrascolastiche,
amplificazione del disagio emotivo,
difficoltà di accesso o di continuità dei percorsi terapeutici

- ❖ **DCA: prima causa psichiatrica di decesso (mortalità 0.7-17.8%, in AN 20% per suicidio)**
- ❖ **Terza malattia in ordine di frequenza nell'adolescente**
- ❖ **Elevata comorbidità psichiatrica**
- ❖ **Prognosi migliore quanto più diagnosi precoce**
- ❖ **In molti casi equilibrio labile in età adulta**

