



Regione Siciliana
Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento
DSM/SERVIZIO DI PSICOLOGIA



Μεταβολή

Centro per i Disturbi dell'alimentazione

LINEE GUIDA AMBULATORIO DCA "METABOLE"

Il percorso diagnostico-terapeutico-riabilitativo dei pazienti adulti e bambini con DCA deve sempre includere sia gli aspetti psicologici e psicopatologici, sia quelli clinico-nutrizionali, metabolici e fisici, sia quelli socioambientali, sebbene in misura diversa a seconda dello specifico DCA dal quale il paziente è affetto, del diverso decorso, della gravità e complessità del quadro clinico e delle diverse fasi del percorso. Deve essere basato sulle migliori evidenze disponibili, che allo stato attuale sono quelle dettagliate nel documento di consenso.

Il percorso deve inoltre garantire:

- il coinvolgimento attivo degli utenti e/o dei familiari
- la gestione specifica per età e per disturbo, sia dal punto di vista psicoterapeutico, psichiatrico o neuropsichiatrico infantile che internistico, pediatrico e nutrizionale
- la presenza di personale con formazione ed esperienza specifica sui DCA
- il trattamento delle eventuali comorbidità e delle conseguenze generali del disturbo, in raccordo con personale formato sui DCA.

Le figure professionali coinvolte devono essere, a seconda dell'età del soggetto, il medico di base o il pediatra di famiglia; fanno parte del team del Centro: psichiatri, neuropsichiatri infantili, psicoterapeuti, nutrizionisti clinici, internisti, dietisti, assistenti sociali, infermieri, psicoeducatori e psicologi (anche volontari con specifica formazione).

Si prende atto che:

- la bassa aderenza dei pazienti ai trattamenti è un problema molto frequente quindi la resistenza al trattamento deve essere valutata come un sintomo della patologia stessa. Partendo da questo presupposto, è importante che i terapeuti si pongano non come semplici valutatori dell'attitudine del paziente a farsi curare, ma come coloro che sostengono il paziente e possono fornire strumenti per la costruzione della decisione del paziente. La motivazione alla terapia necessita di una costruzione continua. Le tecniche motivazionali fanno parte del bagaglio professionale dei terapeuti. Tali tecniche devono essere applicate in ogni fase della terapia ed essere modificate/adattate in base allo stadio in cui si trova il paziente.

- l'informazione agli utenti e/o ai familiari e il loro coinvolgimento attivo sono un elemento importante dell'aderenza e della cura.

- diagnosi e trattamento richiedono esperienza e formazione specifica sui diversi DCA

- le evidenze relative al trattamento di preadolescenti e adolescenti differiscono da quelle degli adulti.

Diagnosi e fasi iniziali del trattamento

Fin dal primo contatto con il paziente è raccomandata una valutazione multidimensionale, interdisciplinare, multi - professionale integrata ed età specifica, che coinvolga, secondo le necessità, medici (psichiatri/neuropsichiatri infantili, nutrizionisti clinici, internisti ecc.), psicologi, psicoterapeuti, dietisti e assistenti sociali.

La valutazione diagnostica delle persone con DCA deve comprendere l'esame delle condizioni di salute fisica e nutrizionale, dei bisogni psicologici, comportamentali, familiari e sociali (NICE 2004 grado C).

Per la diagnosi di DCA è essenziale:

- l'attenta valutazione della storia clinica del paziente, dei sintomi, dei comportamenti e dello stato mentale: è importante valutare attentamente elementi di rischio quali l'ideazione suicidaria e l'eventuale presenza di comportamenti autolesivi.
- un'accurata anamnesi fisiologica, familiare e psicopatologica che preveda anche l'uso dei test come l'Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2) in dotazione a Metabolé
- la valutazione della storia del peso del paziente; dei comportamenti in relazione alla restrizione alimentare, le abbuffate, l'esercizio fisico, lo stile di vita e i loro cambiamenti; delle condotte di eliminazione o altri comportamenti compensatori inappropriati (vomito autoindotto, uso di lassativi e/o diuretici, iperattività fisica);
- delle convinzioni di base rispetto a peso, forma fisica, cibo (cibi fobici ecc.);
- delle condizioni psichiatriche associate e/o dei disturbi da abuso di sostanze;
- di eventuali disturbi del ciclo mestruale;
- della storia familiare relativamente ai DCA e all'obesità;
- delle interazioni familiari, anche relativamente al disturbo del paziente; della motivazione e del supporto sociale (NICE 2004 grado C);
- un accurato esame obiettivo volto a evidenziare o escludere condizioni patologiche associate e/o complicanze, e una approfondita valutazione dello stato nutrizionale.

Esami di laboratorio e strumentali di base raccomandati nella fase iniziale secondo giudizio clinico sono:

Emocromo con formula

VES

Assetto coagulativo

Protidogramma

Transferrina

Prealbumina (solo AN restricter; AN tipo BN; EDNOS assimilabili)

Glicemia

Azotemia

Creatinina

Assetto lipidico

Transaminasi e colinesterasi

CPK

Amilasemia totale (isoamilasi)

Natriemia, Kaliemia, Cloremia (sangue ed urine)

Calcemia, Fosfatemia, Fosfatasi alcalina

Emogasanalisi venosa

Ferritina

TSH, FT4, FT3

Esame delle urine

ECG (con particolare riferimento al QT e alla frequenza cardiaca in AN e BN, oltre che alle complicanze cardiache in corso di sindrome metabolica nel BED)

Per quanto riguarda le gonadotropine, gli ormoni ovarici e le altre indagini relative all'apparato riproduttivo, vanno definiti dei protocolli specifici, a seconda che gli squilibri del ciclo mestruale siano legati ad un'amenorrea nutrizionale in AN (ipogonadismo ipogonadotropo), ad un'oligomenorrea in BN o ad alterazioni del ciclo mestruale in BED collegate all'eccesso ponderale

con o senza sindrome metabolica. Nel caso di BED è indicata la valutazione per la diagnosi di **Sindrome Metabolica**. La diagnosi di sindrome metabolica rappresenta un cluster di fattori di rischio caratterizzato da aumentato rischio di sviluppo di diabete di tipo 2 ed eventi avversi cardiovascolari. La diagnosi di sindrome metabolica in accordo con i criteri del National Cholesterol Education Program ATP III viene posta in caso di presenza di almeno tre fra le seguenti condizioni : circonferenza addominale di cm > 102 (M) e 88 (F) , trigliceridi > 150 ml/dl , colesterolo HDL <40 (M) e <50(F) mg/dl, PA >130/>85 e glicemia di base <100mg/dl .

Altri esami strumentali, sempre basati sulle necessità cliniche:

Ecocardiografia (AN)

Densitometria ossea rachide lombare e anche (AN, se l'amenorrea dura da più di 6 mesi o BN con pregressa AN)

Esofagogastroduodenoscopia (BN e AN tipo BN)

Ecografia addominopelvica

RX torace

E' importante inoltre che all'interno del team vengano definiti i **terapeuti di riferimento** di ogni singolo caso (medico internista/nutrizionista, psichiatra, psicoterapeuta) unitamente ad un **responsabile del caso** di area internistica - nutrizionale e uno di area psicoterapica - psichiatrica; i responsabili del caso avallano le valutazioni e le decisioni del team e ne sorvegliano l'attuazione. Si rileva anche necessario un **case manager** che si occupa della coordinazione pratica degli interventi (visite, colloqui ed esami). Tale ruolo può essere rivestito anche da una figura dell'ambito infermieristico o un dietista. Al termine della fase di assessment, l'équipe definisce il progetto terapeutico e ne effettua la restituzione al paziente e in caso di minore o di richiesta da parte di un paziente maggiorenne anche alla famiglia.

La riabilitazione nutrizionale è indicata per tutti i livelli del trattamento e vanno monitorati parametri specifici (APA 2006 livello I).

Il rischio legato alle condizioni fisiche e allo stato mentale delle persone con DCA può cambiare nel tempo, è quindi necessario che il percorso di cura preveda fin dalle sue fasi iniziali la possibilità di monitorare questi aspetti con continuità (NICE 2004 grado C).

Quando si valutano adolescenti con DCA è essenziale coinvolgere sia i pazienti che i genitori e il contesto di vita (APA 2006 livello I); per gli adulti il coinvolgimento della famiglia deve essere considerato caso per caso (APA 2006 livello I).

I pazienti e, ove necessario o opportuno i familiari, devono essere adeguatamente informati sulla natura e il decorso del disturbo del quale sono affetti (NICE 2004 grado C, APA 2006 livello I).

Il medico di medicina generale e il pediatra di famiglia devono avere un ruolo importante sia nella prima valutazione clinica e nell'invio ai servizi specialistici che nel monitoraggio nel tempo delle condizioni generali (NICE 2004 grado C).

Percorso terapeutico e scelta del *setting*

La terapia di soggetti affetti da DCA richiede un approccio integrato e multidisciplinare. Il *setting* terapeutico deve essere flessibile e personalizzato, in funzione dell'età, del tipo di DCA, della gravità, del decorso del disturbo specifico, della fase del disturbo, comprendendo la gamma di interventi che va dal trattamento ambulatoriale al ricovero ospedaliero.

Le diverse componenti dell'intervento (psichiatrica e psicoterapeutica, nutrizionale e internistica e sociale o riabilitativa) devono essere differenziate a seconda delle fasi della malattia: acuta, dopo recupero del peso e cronica (APA 2006 livello I).

Nel trattamento è sempre necessario tener presente il rischio per la salute fisica: peso, BMI, ma anche segni fisici obiettivi e appropriate indagini di laboratorio (NICE 2004 grado C). È indispensabile che la riabilitazione nutrizionale sia preceduta da una rigorosa valutazione nutrizionale, che non tenga conto solo del BMI, ma che si avvalga di indici di malnutrizione biochimici (ad es. transferrinemia, albuminemia, ecc.) e strumentali al fine

di valutare il grado di idratazione e il metabolismo a riposo (impedenziometria e calorimetria indiretta), utilizzabili anche nel follow-up nutrizionale del paziente.

Psicoterapia

Il trattamento ambulatoriale **deve** comprendere un intervento psicoterapico. La psicoterapia sarà erogata da psicoterapeuti strutturati nella nostra ASP, secondo le evidenze scientifiche

ANORESSIA NERVOSA

1. la terapia cognitivo comportamentale (*Cognitive Behavioral Therapy*-CBT),
2. la psicoterapia interpersonale (*Interpersonal Psychotherapy*-IPT),
3. terapie focali psicodinamiche
4. psicoterapia funzionale corporea
5. interventi familiari esplicitamente focalizzati sul disturbo alimentare.
6. in pazienti adolescenti, con breve durata di malattia, la terapia basata sulla famiglia (FBT), nella quale i genitori siano considerati una risorsa nel trattamento e nella cura del figlio affetto da AN e che prevede che i genitori giochino un ruolo attivo nel rialimentare il proprio figlio malato, assumendosene le responsabilità,
7. Stante la difficoltà dei pazienti a verbalizzare i propri disagi possono essere utili metodi terapeutici non verbali quali terapie occupazionali, artistiche e corporee, terapie non-verbali attraverso l'arte, il teatro, la musica.

Terapia cognitivo-comportamentale dell'Anoressia Nervosa

Il trattamento dell'AN dura normalmente da uno a due anni. In molti casi di AN la maggiore durata del trattamento è spesso necessaria per superare gli ostacoli motivazionali, per raggiungere un incremento ponderale significativo e poiché sono spesso necessari interventi di ricovero ospedaliero o di day-hospital. La terapia dell'AN è divisa in tre fasi:

- a. costruire un rapporto di fiducia;
- b. modificare i pensieri disfunzionali relativi al cibo e al peso e allargare il focus dell'intervento sul deficit del concetto di sé e sulle relazioni familiari e interpersonali disturbate;
- c. prevenire le ricadute e preparare la conclusione della terapia.

Nella fase I (il primo mese) le sedute sono spesso programmate due volte la settimana, durante la fase II (un anno circa) settimanalmente e durante la fase III (sei mesi circa) due volte al mese.

Se gli obiettivi riguardanti il peso sono raggiunti, divengono prioritarie le problematiche personali e interpersonali identificate con il soggetto.

Se gli obiettivi del peso non sono raggiunti allora:

- si rivedono le implicazioni pratiche;
- si riprende l'intervento motivazionale;
- viene introdotto il problem solving per aiutare la paziente a raggiungere gli obiettivi di peso e di alimentazione previsti

L'intervento psicoterapeutico deve essere accompagnato da una regolare valutazione delle condizioni fisiche che includa la misurazione del peso corporeo e di specifici parametri in grado di segnalare un eventuale aumento del rischio per la salute fisica.

Nel trattamento post-ospedalizzazione sarà importante riprendere in carico il paziente garantendo sia un trattamento psicologico, sia una valutazione sistematica del rischio

fisico e del rischio psicologico; la durata di una presa in carico di questo tipo, che faccia seguito a un ricovero, deve essere di almeno 12 mesi .

BULIMIA NERVOSA

1. La terapia cognitivo comportamentale (*Cognitive Behavioral Therapy*-CBT)
2. Il trattamento di auto-aiuto *evidence-based* può rappresentare il primo passo per il trattamento dei pazienti con BN e, in tal senso, lo psicologo deve offrire incoraggiamento e supporto diretto. Il trattamento si articola in 16-20 sedute, in un periodo di 4-5 mesi. Negli adolescenti, il trattamento deve essere sempre adattato all'età e includere i familiari.
3. La terapia di gruppo
4. Interventi di orientamento psicodinamico
5. La terapia interpersonale
6. Le terapie non-verbali (l'arte, il teatro, la musica)

Terapia cognitivo-comportamentale della Bulimia Nervosa

Il trattamento della BN è stato sviluppato da Fairburn nell'ottica di erodere gradualmente i fattori implicati nel mantenimento della malattia attraverso tre strategie generali:

- a. normalizzare il comportamento alimentare della paziente;
- b. ridurre l'importanza che la paziente affida al peso e alle forme corporee per valutare se stessa;
- c. modificare alcune distorsioni cognitive generali come il perfezionismo, il pensiero dicotomico e la vantazione negativa di sé.

Il trattamento è condotto a livello ambulatoriale ed è strutturato in 19 sedute che si svolgono in 18 settimane; ogni incontro ha durata di 50 minuti. Il programma è strutturato in tre fasi.

-Nella **prima fase**, oltre alla presentazione del modello cognitivo di mantenimento della bulimia nervosa, si utilizzano tecniche comportamentali per sostituire le abbuffate con un pattern regolare di alimentazione.

-Nella **seconda fase** viene eliminata completamente la restrizione alimentare e implementato un intervento cognitivo per modificare le distorsioni cognitive (pensieri e attitudini problematiche o disfunzionali) che mantengono il disturbo.

-Nella **terza fase** l'enfasi viene posta soprattutto sul mantenimento del cambiamento e sulla prevenzione delle ricadute.

DISTURBI DA ALIMENTAZIONE INCONTROLLATA

1. La terapia cognitivo comportamentale (*Cognitive Behavioral Therapy*-CBT),
2. Il trattamento di auto-aiuto *evidence-based* rappresenta un possibile primo passo per il trattamento dei pazienti con BED.
3. Trattamenti di gruppo semplicemente assistiti da un terapeuta possono essere efficaci nel ridurre la frequenza delle abbuffate in alcuni pazienti
4. Altri trattamenti psicologici (psicoterapia interpersonale, terapia comportamentale dialettica modificata, terapia cognitiva analitica, terapia di gruppo) possono essere proposti a pazienti adulti con BED persistente

Il trattamento di questi pazienti deve confrontarsi con tassi di *drop-out* particolarmente elevati.

Terapia cognitivo-comportamentale del Disturbo da Alimentazione Incontrollata

I soggetti con BED si differenziano dai soggetti con BN per:

- obiettivi diversi (nei pazienti con BED la motivazione maggiore è la perdita di peso non la eliminazione delle abbuffate);
- diverso comportamento alimentare (mostrano bassi livelli di restrizione alimentare e non utilizzano altre condotte compensatorie);
- minori distorsioni cognitive.

La durata del trattamento è più lunga (22 sedute in 24 settimane).

La riabilitazione nutrizionale (RN)

La riabilitazione nutrizionale è indicata a tutti i livelli di trattamento per il recupero ponderale, la ristrutturazione dei pattern alimentari, il raggiungimento di una percezione normale delle sensazioni di fame e sazietà e la correzione di tutte le conseguenze biologiche e psichiche della malnutrizione. È importante che i programmi di rialimentazione siano applicati in **contesti non giudicanti** e che garantiscano un supporto emotivo adeguato al paziente.

Il *counseling* nutrizionale **non deve** essere utilizzato come trattamento esclusivo per l'AN. Nei disturbi AN cronicizzati, deve essere garantita la riabilitazione nutrizionale costante, con supporto psicologico e psichiatrico di lungo periodo.

La Riabilitazione Nutrizionale nella ANORESSIA NERVOSA

La RN è efficace ai fini di: ripristino del peso, normalizzazione dei patterns alimentari, normalizzazione della percezione di fame e sazietà, correzione delle sequele biologiche e psicologiche della malnutrizione. L'aumento di peso si associa al miglioramento della maggior parte delle complicanze fisiche e psicologiche della malnutrizione. E' importante implementare programmi di rialimentazione in contesti emotivi di accadimento. E' importante che lo staff manifesti al paziente il desiderio di prendersi cura di lui anche quando i pazienti non sono in grado di prendersi cura di sé.

La Riabilitazione Nutrizionale nella BULIMIA NERVOSA

Obiettivo primario della RN è di aiutare il paziente a sviluppare un piano alimentare strutturato come mezzo per ridurre gli episodi di restrizione alimentare e la spinta al bingeing e quindi al purging. Un intake nutrizionale adeguato può prevenire il craving e favorire la sazietà. E' importante valutare l'intake nutrizionale di tutti i pazienti, anche quelli con BMI nella norma. Un peso normale non è certezza di apporto nutrizionale adeguato e di una composizione corporea normale. Per i pazienti con peso normale il counseling nutrizionale è utile parte del trattamento e aiuta a ridurre la restrizione alimentare, aumenta la varietà di alimenti consumati e favorisce patterns di attività fisica sani e non compulsivi.

La Riabilitazione Nutrizionale nel BED

Le indicazioni che vengono date dalla letteratura e dalle linee guida sono ancora frammentarie e confuse. L'intervento nutrizionale nel BED è fondamentale sia per gli aspetti educativi, che riabilitativi. Sostanziali evidenze di efficacia vi sono per la CBT (che comprende la Riabilitazione Nutrizionale) individuale o di gruppo nel migliorare i sintomi comportamentali e psicologici del BED. Le evidenze purtroppo indicano che indipendentemente dall'approccio utilizzato (almeno per quelli studiati in letteratura), la perdita di peso spesso non è definitiva e il binge può ripresentarsi (livello I). In letteratura si ritrovano varie combinazioni di diete, terapie comportamentali, terapie interpersonali,

psicodinamiche, trattamenti psicosociali non diretti al peso, ma anche approcci psicoterapici “nondiet/health at every size” sembrano avere un beneficio nel binge eating e nella perdita o stabilizzazione del peso.

Il trattamento psicofarmacologico

Le evidenze per quanto riguarda l'utilità di un trattamento psicofarmacologico sulle componenti nucleari dei DCA sono molto limitate; il trattamento psicofarmacologico può invece certamente essere utile nell'appropriato trattamento delle condizioni di comorbidità psichiatrica, benché alcuni farmaci debbano essere utilizzati con cautela, in considerazione della vulnerabilità fisica di molti pazienti con

-Anoressia Nervosa

I farmaci **non devono essere utilizzati come trattamento esclusivo** per i DCA (NICE 2004 grado C). Il trattamento ambulatoriale e il monitoraggio delle condizioni fisiche su base ambulatoriale deve durare almeno 6 mesi (NICE 2004 grado C).

Se durante il trattamento ambulatoriale si verifica un peggioramento dello stato di salute fisica, o se il completamento di un trattamento psicoterapico adeguato non produce miglioramenti significativi, è opportuno considerare forme più intensive di trattamento (combinazione di terapia individuale e familiare, trattamento in day hospital, ricovero).

Quando il paziente rifiuta di alimentarsi, può essere necessario ricorrere a un intervento salvavita. Esso deve essere valutato da clinici esperti in DCA. Per attivare un'alimentazione forzata il clinico deve considerare attentamente tutti i parametri clinici, l'opinione dei familiari e le dimensioni etiche e legali (APA 2006 livello I).

Se il sottopeso è rilevante ($BMI < 16 \text{ Kg/m}^2$), il trattamento ambulatoriale è consigliato solo nel caso in cui il paziente sia sufficientemente stabile dal punto di vista fisico, abbia un'alta motivazione al trattamento, abbia il sostegno della famiglia e i sintomi siano di breve durata (APA 2006 livello II).

Il trattamento in regime di ricovero o in day hospital deve essere considerato anche in caso di rischio suicidario o autolesivo;

-Bulimia nervosa

Come primo passo alternativo o aggiuntivo a un programma di auto-aiuto *evidence-based* può essere considerato un trattamento con farmaci antidepressivi: il paziente deve essere informato che questo tipo di trattamento può ridurre la frequenza delle abbuffate e delle condotte di eliminazione ma che gli effetti a lungo termine sono sconosciuti. Non è raccomandato che rimanga l'unico intervento.

-Disturbi da alimentazione incontrollata

Anche in questo caso in alternativa o aggiunta a un programma di auto-aiuto *evidence-based* può essere considerato un trattamento con farmaci antidepressivi: il paziente deve essere informato che questo tipo di trattamento può ridurre la frequenza delle abbuffate ma che gli effetti a lungo termine sono sconosciuti.

L'intervento dell'Internista/Nutrizionista

Per quanto riguarda la gestione degli aspetti fisici, chi si occupa della cura di pazienti con BN deve considerare che i comportamenti associati al disturbo (in particolare vomito e uso di lassativi) possono causare problemi fisici rilevanti che devono essere monitorati e, ove necessario, corretti (NICE 2004 grado C). L'intervento dell'Internista/Nutrizionista clinico è importante, sia per la correzione di eventuali stati di disidratazione e diselettrolitici con possibile insufficienza renale associata, che per riconoscere prontamente aritmie cardiache e patologie digestive esofago-gastriche o coliche, legate al vomito e all'abuso di lassativi. Per gli aspetti nutrizionali è opportuno ricordare che un

BMI adeguato non è sinonimo di apporto nutrizionale appropriato e che nell'ambito della riabilitazione nutrizionale è utile la strutturazione di un programma alimentare finalizzato alla riduzione degli episodi di abbuffata/condotte di eliminazione.

Per i pazienti con BN che siano a rischio di suicidio o condotte autolesive gravi deve essere considerato il ricovero ospedaliero o in day hospital o un trattamento ambulatoriale più intensivo.

L'intervento sociale

L'assistente sociale cura l'accoglienza del paziente, i colloqui motivazionali, il rapporto con le famiglie e l'organizzazione dei gruppi psico-educazionali. Si occupa inoltre di potenziare il coinvolgimento dei medici di famiglia (medici di medicina generale, pediatri di libera scelta) in iniziative di promozione della salute sui disturbi del comportamento alimentare (formazione, aggiornamento, partecipazione alla costruzione di percorsi integrati); della predisposizione di percorsi aziendali per la continuità dell'assistenza ai disturbi del comportamento alimentare, per garantire l'integrazione della rete fra i professionisti dei diversi servizi territoriali.

