

Linee di indirizzo nazionali  
per la riabilitazione nutrizionale  
nei disturbi dell'alimentazione





## La continuità terapeutica tra adolescenza ed età adulta

La letteratura scientifica negli ultimi anni ha proposto ripetutamente all'attenzione dei ricercatori il riscontro che la maggior parte dei disturbi psichiatrici presenta un esordio in età adolescenziale e, sul piano del trattamento, i clinici hanno sottolineato l'utilità degli interventi precoci e della continuità della cura, in questa fase cruciale per lo sviluppo della persona.

Nel campo dei disturbi dell'alimentazione il problema è particolarmente significativo perché è stato segnalato che per l'anoressia e per la bulimia, negli ultimi decenni, c'è stato un progressivo abbassamento dell'età dell'esordio; un esordio precoce può comportare un rischio maggiore di danni permanenti secondari alla malnutrizione, soprattutto a carico dei tessuti che non hanno ancora raggiunto una piena maturazione, come le ossa e il sistema nervoso centrale. Per questi casi l'intervento precoce riveste, pertanto, un'importanza particolare e comporta la necessità di adottare strumenti di valutazione adeguati all'età e tecniche terapeutiche che si siano dimostrate più efficaci per pazienti in età adolescenziale. D'altro canto, la necessità di mantenere la continuità terapeutica in questa fascia di età, per un periodo

di trattamento che può prolungarsi nel tempo, richiede che sia programmata una stabilità dell'equipe terapeutica.

Queste osservazioni hanno evidenti implicazioni di politica sanitaria perché la programmazione e l'organizzazione dei servizi dovrebbero garantire il riconoscimento precoce dei casi, anche attraverso protocolli di collaborazione con i pediatri di libera scelta e con i medici di medicina generale e attraverso i contatti con le scuole. Anche la disponibilità dei luoghi di trattamento, in tutti i livelli di assistenza, ambulatoriale, di ricovero ospedaliero, di riabilitazione intensiva residenziale o semiresidenziale, dovrebbe garantire la continuità della cura indipendentemente dalla differenziazione dei servizi tra età adolescenziale ed età adulta. Come è stato rilevato nei documenti



## Interventi nutrizionali e trattamento dei disturbi dell'alimentazione

Gli interventi nutrizionali nei disturbi dell'alimentazione costituiscono un aspetto molto importante di un programma di trattamento più

complesso, che include cure mediche e specialistiche e attribuisce una particolare importanza agli aspetti psicosociali di questi disturbi. La maggior parte dei pazienti con disturbo dell'alimentazione presenta problemi nella consapevolezza di malattia e nella motivazione al trattamento, che possono rendere difficile la collaborazione al programma di cura: per questo è necessario che gli interventi nutrizionali siano sostenuti da un approccio psicologico e inseriti in un programma di cura complessivo, che consideri la necessità di una condivisione con il paziente delle scelte terapeutiche e tenga in attenta considerazione le sue difficoltà alla collaborazione.

Un principio generale alla base del trattamento dei disturbi dell'alimentazione, su cui si riscontra un accordo generalizzato, è quello di un approccio multidimensionale, interdisciplinare, pluriprofessionale integrato in cui sono coinvolti diverse figure professionali dell'area sanitaria: la numerosità delle professioni coinvolte e la complessità del coordinamento sottolineano la necessità di un programma terapeutico che sia il risultato di un processo condiviso tra tutti gli operatori coinvolti, nelle diverse fasi della cura.

Linee di indirizzo nazionali  
per la riabilitazione nutrizionale  
nei disturbi dell'alimentazione



## Caratteristiche cliniche dei pazienti sottopeso

### Restrizione calorica

I pazienti sottopeso con disturbi dell'alimentazione adottano una dieta fortemente ipocalorica, spesso inferiore alle 1.000 kcal al giorno; alcuni arrivano a digiunare completamente non assumendo nemmeno liquidi. Per quanto riguarda

Spessi i pazienti tendono a dividere gli alimenti in due gruppi: "cattivi" (quelli permessi) e "buoni" (quelli proibiti); questi ultimi in genere sono i carboidrati complessi (pane, pasta e riso), la carne rossa, i dolci, i cibi fritti e conditi con olio o burro. Il consumo di verdura può essere invece elevato. In alcuni casi i pazienti selezionano una ridotta gamma di varietà di cibi sulla base di ideali estremizzati di salutismo (ortoressia) o dall'adesione a stili alimentari non tradizionali (per es. alimentazione vegetariana, fruttariana, vegana) effettuati nel tentativo di razionalizzare e rinforzare il rifiuto di alimentarsi.

### I principali sintomi da malnutrizione

#### Effetti psicologici

- Modificazione del modo di pensare
- Preoccupazioni nei confronti del cibo e dell'alimentazione
- Danneggiamento della concentrazione
- Pensiero inflessibile
- Difficoltà nel prendere decisioni
- Procrastinazioni
- Modificazioni emotive (sbalzi del tono dell'umore, depressione, irritabilità)
- Aumento dell'ossessività (necessità di prevedibilità, di seguire una routine e di tenere le cose in ordine e di accumulare le cose)
- Ritualità alimentari (tagliare il cibo in piccoli pezzi o in forme geometriche, mangiare lentamente)

Linee di indirizzo nazionali  
per la riabilitazione nutrizionale  
nei disturbi dell'alimentazione



### Effetti psicosociali

- Perdita di interessi
- Perdita del desiderio sessuale
- Isolamento sociale

### Effetti fisici

- Modificazioni nella struttura e nella funzione del cervello
- Perdita di massa ossea
- Sentire freddo
- Disturbi del sonno
- Debolezza muscolare
- Sensazione di pienezza
- Danneggiamento della fertilità
- Diminuzione del metabolismo basale

### Scarsa motivazione al cambiamento

Le persone sottopeso con disturbi dell'alimentazione tendono a non considerare la restrizione calorica e il basso peso raggiunto un problema, anzi spesso lo giudicano una conquista. Questo accade perché la restrizione calorica e il sottopeso, essendo in linea con la loro psicopatologia centrata sul controllo del peso, della forma del corpo e dell'alimentazione, sono considerati spesso la prova evidente della loro forza di volontà e autocontrollo.

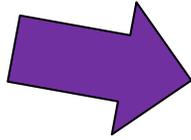


## 4. Livelli di assistenza dei disturbi dell'alimentazione: coordinamento, integrazione e formazione delle figure professionali dell'équipe terapeutica

### Livelli di assistenza dei disturbi dell'alimentazione in Italia

Nella cura dei disturbi dell'alimentazione sono disponibili in Italia cinque livelli d'intervento:

1. Medico di medicina generale o pediatra di libera scelta;
2. Terapia ambulatoriale;
3. Terapia ambulatoriale intensiva o semiresidenziale (diagnostico/terapeutico/riabilitativo);
4. Riabilitazione intensiva residenziale;
5. Ricoveri ordinari e di emergenza.



La maggior parte dei pazienti dovrebbe iniziare il percorso terapeutico al livello meno intensivo di cura e accedere ai trattamenti più intensivi in caso di mancato miglioramento, secondo un modello a passi successivi.

La riabilitazione nutrizionale dei disturbi dell'alimentazione va effettuata in strutture dedicate da personale specializzato, all'interno di un approccio interdisciplinare, sia per i trattamenti di

#### L'équipe terapeutica multidisciplinare

La riabilitazione nutrizionale dei disturbi dell'alimentazione, ad ogni livello di trattamento, si deve svolgere all'interno di un trattamento multidisciplinare integrato, che prevede l'associazione del trattamento psichiatrico/psicoterapeutico con quello nutrizionale. L'intervento multidi-

#### Modelli organizzativi

un approccio di "public health" centrato sulla quantificazione dei bisogni, sulla predisposizione di équipe locali multiprofessionali, sulla costituzione di reti (riferite a vaste aree di pertinenza, organizzate in livelli di intensità clinico-assistenziali diversificati) e sulla condivisione di indirizzi e raccomandazioni standardizzate, per la qualificazione tecnico-professionale dell'assistenza.

È ritenuto fondamentale mantenere i pazienti il più possibile prossimali al territorio di residenza per favorire sia l'intensità sia la continuità delle cure.



## L'intervento nutrizionale nei vari livelli di cura

Il luogo ideale per il trattamento dei disturbi dell'alimentazione è il contesto ambulatoriale. Il trattamento ambulatoriale, infatti, non interrompe la vita del paziente, come accade con il day-hospital e il ricovero, e i cambiamenti effettuati tendono a persistere perché conseguiti dal paziente nel suo ambiente abituale di vita. Nonostante ciò, un certo numero di pazienti (circa il 30%) non risponde al trattamento ambulatoriale e ha bisogno di cure più intensive.

### Unità ambulatoriale specialistica

Essa costituisce il nucleo fondamentale dell'attività diagnostica e terapeutica e svolge funzione di filtro per i successivi livelli terapeutici, di day-hospital e di ricovero riabilitativo e ordinario, in relazione agli elementi clinici emersi durante l'iter diagnostico. Oltre alla fase diagnostica, il livello assistenziale ambulatoriale svolge anche compiti di controllo periodico per i soggetti che non hanno presentato elementi clinici tali da richiedere trattamenti intensivi ma che, comunque, manifestano fattori di rischio che non possono essere trascurati.

L'approccio terapeutico ambulatoriale ai disturbi dell'alimentazione deve fornire al paziente i trattamenti psicologici consigliati dalle linee guida nazionali e internazionali associati, in particolare nei pazienti con malnutrizione in difetto e in eccesso, a un trattamento nutrizionale individualizzato. Per tale motivo l'équipe multidisciplinare dell'unità ambulatoriale specialistica è opportuno che sia composta da psichiatra/neuropsichiatra infantile, medico specialista con competenze per l'area internistico- metabolico-nutrizionale per l'adulto e/o per l'età evolutiva e psicologo.

### Trattamento semiresidenziale

La terapia ambulatoriale intensiva è un trattamento sviluppato per i pazienti che non rispondono al trattamento ambulatoriale convenzionale. Essa va attuata in un centro specializzato per la cura dei disturbi dell'alimentazione e deve poter garantire trattamenti in regime diurno analoghi a quelli residenziali.

La terapia ambulatoriale intensiva va attuata da un'équipe multidisciplinare, che dovrebbe essere

Linee di indirizzo nazionali  
per la riabilitazione nutrizionale  
nei disturbi dell'alimentazione



### Unità di riabilitazione intensiva/estensiva ospedaliera/residenziale

La riabilitazione intensiva/estensiva ospedaliera/residenziale ed extra-ospedaliera va eseguita in un reparto specializzato nella cura dei disturbi dell'alimentazione che sia in grado di fornire al paziente un programma che integri la riabilitazione nutrizionale, fisica, psicologica e psichiatrica. In sintesi la riabilitazione intensiva rappresenta un nodo

Nello specifico, ci sono quattro situazioni che indicano la necessità di un ricovero riabilitativo:

2. La mancata risposta a un trattamento ambulatoriale condotto secondo le attuali linee di indirizzo;
3. La presenza di rischio fisico che rende inappropriato il trattamento ambulatoriale;
4. La presenza di rischio psichiatrico che rende inappropriato il trattamento ambulatoriale;
5. La presenza di difficoltà psicosociali che rendono inappropriato il trattamento ambulatoriale.

zione del paziente. Una struttura residenziale dedicata ai disturbi dell'alimentazione deve essere in grado di fornire un intervento nutrizionale e psicologico integrato analogo a quanto effettuato a livello ambulatoriale ma con un maggiore livello di assistenza, inclusa l'assistenza ai pasti.

Anche durante un ricovero riabilitativo residenziale va mantenuto uno stretto rapporto con i familiari o le figure di riferimento dei pazienti, che devono essere informati dell'andamento del quadro clinico dal punto di vista nutrizionale.

Linee di indirizzo nazionali  
per la riabilitazione nutrizionale  
nei disturbi dell'alimentazione



### Ricovero ordinario

Le unità di ricovero ordinario possono avere sede in reparti internistici, per il trattamento delle complicanze mediche urgenti e della malnutrizione per difetto grave, e in reparti psichiatrici, per la gestione del rischio suicidario, la comorbidità psichiatrica e i trattamenti sanitari obbligatori (TSO).

La decisione del ricovero è una decisione spesso traumatica per il paziente e la famiglia e deve pertanto essere gestita con grande attenzione e in tutti i suoi aspetti. Il ricovero dovrebbe essere effettuato a una distanza ragionevole dal luogo di residenza, in modo da consentire il coinvolgimento dei familiari ed evitare quanto più possibile le difficoltà della transizione tra livelli diversi

di trattamento; questo aspetto è particolarmente importante nel trattamento degli adolescenti. È opportuno che la rete dei servizi regionali comprenda anche strutture di ricovero con caratteristiche di alta specializzazione (*analogamente per le strutture ambulatoriali*). Infatti, uno studio di coorte ha dimostrato che i pazienti trattati in unità di ricovero ospedaliero specializzate hanno una prognosi migliore dei pazienti trattati in unità ospedaliere senza esperienza specifica.

tamento orientato alla guarigione. Al momento della dimissione è necessario che il paziente prosegua il trattamento attraverso la presa in carico da parte di uno dei diversi livelli assistenziali con la quale l'équipe ospedaliera deve essere preventivamente in contatto per evitare il fenomeno del drop-out, frequente nei disturbi dell'alimentazione in particolare nei passaggi da un livello assistenziale all'altro. Da qui l'importanza di implementare una rete regionale completa di tutti i livelli di assistenza e di integrare i vari servizi della rete stessa, affinché essa garantisca appropriatezza e continuità delle cure.

I reparti internistici ospedalieri specializzati devono disporre di una équipe terapeutica multidisciplinare per i disturbi dell'alimentazione.

Al momento della dimissione è necessario che il paziente prosegua il trattamento attraverso la presa in carico da parte di uno degli altri livelli assistenziali con la quale l'équipe ospedaliera deve essere preventivamente in contatto per evitare il fenomeno del drop-out che, come sopra specificato, è frequente soprattutto nei passaggi da un livello assistenziale all'altro.



#### VALUTAZIONE DI SERVIZIO SANITARIO PUBBLICO

- **Medici di medicina generale (MMG) e pediatri di libera scelta (PLS):** negli ultimi anni è risultato sempre più chiaro che il ruolo del medico di medicina generale (MMG) e del pediatra di libera scelta (PLS) è cruciale nella rete per intercettare i casi, per eventuale primo sospetto di diagnosi e per la cura dei disturbi dell'alimentazione. L'intervento dei MMG e dei PLS viene considerato come il primo livello di intervento nella rete dei disturbi dell'alimentazione. Tale considerazione deriva dal fatto che, se i MMG e i PLS sono adeguatamente formati, essi sono in grado di identificare precocemente i nuovi casi di disturbi dell'alimentazione, fare diagnosi precoce e procedere con l'invio ai servizi specializzati. I MMG e i PLS possono essere i primi a percepire segnali d'allarme e sintomi prodromici dei disturbi dell'alimentazione, accogliere le preoccupazioni dei familiari riguardo comportamenti a rischio,

## 5. Il ruolo della famiglia nella riabilitazione nutrizionale in ambito dei disturbi dell'alimentazione



### Rapporto Team multidisciplinare - Famiglia

Un programma di riabilitazione nutrizionale dovrebbe sempre prevedere un'attenzione particolare al rapporto con la famiglia dei pazienti, la sua esclusione può comportare anche l'abbandono del trattamento.

Occorre fornire ai familiari, con approccio psicoeducativo, le informazioni sulla malattia, sintomi, evoluzione, trattamento, prognosi. Il team multidisciplinare dovrà effettuare incontri con i familiari separatamente utilizzando un approccio collaborativo affinché i familiari si sentano partecipi del programma terapeutico. Il team multidisciplinare dovrà essere presentato ai familiari e si potranno organizzare un paio di incontri con il componente del team che farà da riferimento. In ogni caso il team potrà valutare se all'interno della famiglia ci sono delle conflittualità che vanno considerate. Coinvolgere i familiari e altre persone significative nel processo di recupero di peso.

### Pazienti adolescenti

Il coinvolgimento dei genitori nella riabilitazione nutrizionale dei pazienti adolescenti è sempre consigliabile per i seguenti motivi:

- I genitori hanno la responsabilità e il diritto di

prendere decisioni importanti per quanto riguarda il trattamento dei loro figli adolescenti e tale trattamento non può essere avviato senza il loro consenso informato;

- Studi controllati hanno fornito alcune prove empiriche di come il coinvolgimento della famiglia rappresenti un fattore positivo per il trattamento dell'anoressia nervosa negli adolescenti;
- Alcuni dati indicano come la reazione dei genitori ai sintomi di un adolescente con disturbo dell'alimentazione possa influenzare positivamente o negativamente l'esito del trattamento;
- I genitori possono essere coinvolti nel trattamento per fornire assistenza agli adolescenti durante i pasti;
- I genitori possono creare un ambiente che facilita il cambiamento degli adolescenti stessi.

In generale è consigliabile fare sempre un incontro solo con i genitori per valutare l'ambiente familiare e in particolare: (1) la loro conoscenza dei sui disturbi dell'alimentazione in generale; (2) la presenza di interpretazioni disfunzionali nei confronti del comportamento alimentare disturbato del paziente (per es. pensare che il disturbo dell'alimentazione sia autoprovocato o una forma di autodistruzione conseguente delle loro scarse abilità genitoriali); (3) la presenza di reazioni disfunzionali al comportamento alimentare distur-

## cos'è il codice lilla?



- un percorso specifico per aiutare gli operatori sanitari ad accogliere i pazienti in pronto soccorso e avviare da subito il giusto cammino terapeutico
- raccomandazioni specifiche ai familiari per renderli consapevoli delle forme di disagio, soprattutto iniziale e a volte nascosto, dei loro parenti, che può sfociare in gravi problemi sanitari.

# Disturbi alimentazione, codice lilla in pronto soccorso



**GIORNATA NAZIONALE DEL FIOCCHETTO LILLA**  
Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione  
15 marzo 2019, Ministero della Salute - Auditorium "Codino Piccino"  
Roma, Lungotevere Ripa 1

ore 10.00  
**Saluti istituzionali**  
Giulia Grillo, Ministro della Salute

ore 10.30  
**Introduzione ai lavori**  
Giuseppe Russo, Segretario generale del Ministero della Salute

ore 10.40 - 12.30  
**Lo stato dell'arte**  
Moderatore: Denise Giacomini, Segretariato generale del Ministero della Salute

- **Epidemiologia**  
Andrea Pozzana, ASL Città di Torino
- **Criticità**  
Ettore Corradi, ASST GOM Niguarda Milano
- **Integrazione delle cure**  
Donatella Ballardini, Centro Gruber Bologna
- **Centri di riferimento regionali: Best practice**  
Laura Dalla Ragione, Rete Dca Uni T Umbria
- **Attuazione del "percorso" Lilla in Pronto Soccorso**  
Silvia Della Casa, Lucio Rinaldi, Fondazione Policlinico Gemelli Roma
- **Le raccomandazioni per i familiari**  
Stefano Tavilla, Associazione Mi Nutro di Vita, Maria Grazia Giannini, Associazione Nazionale Consulenti e Stefania Sireni, Never Give Up OnUs

ore 12.30 - 13.30  
**Tavola rotonda: la Mappa dei servizi**  
Moderatore: Claudio D'Amario, Direttore generale della Prevenzione sanitaria del Ministero della Salute

Massimo Derivi, Regione Lombardia  
Marinella Dittani, Regione Emilia-Romagna  
Armando Colagno, Regione Lazio  
Giovanni Spera, Regione Lazio  
Roberta Pacifici, Istituto Superiore di sanità

ore 13.30  
**Conclusione dei lavori**  
Giuseppe Russo, Segretario generale del Ministero della Salute

Attuazione del "percorso" Lilla  
In Pronto Soccorso

Le raccomandazioni per i familiari

# Disturbi alimentazione, codice lilla in pronto soccorso Redazione ANSA 29 agosto 2018

i nuovi documenti prodotti dal Tavolo di lavoro ministeriale

