

**INDICAZIONI PER LA PRESA IN CARICO PSICOLOGICA  
AMBULATORIALE DEI DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E  
ALIMENTAZIONE (DNA):  
LA PSICOLOGIA NELLE LINEE GUIDA DEL MINISTERO  
DELLA SALUTE**

a cura di Emma Guerici e Cinzia Sacchelli

In collaborazione con il Tavolo Tecnico OPL Psicologia dei Disturbi della Nutrizione e Alimentazione

Presidente OPL: Laura Parolin

Referente del Progetto: Cinzia Sacchelli

Il Gruppo di Lavoro:

*Maria Angela Abrami, Dora Aliprandi, Federica Boeris, Valentina Caretta, Alessandro Chinello, Deborah Colson, Chiara Comi, Domenico Cosenza, Pamela Pace, Alessandro Raggi, Carla Sabatti*

## INDICE

PREMESSA

INTRODUZIONE

1. VALUTAZIONE

1.1. PERCORSO DI VALUTAZIONE IN ETA' EVOLUTIVA

A. VALUTAZIONE PSICOLOGICA

B. COLLOQUIO PSICOLOGICO CON I FAMILIARI (GENITORI O CAREGIVER)

C. VALUTAZIONE TESTISTICA

D. COSTRUZIONE INTERDISCIPLINARE DEL PROGETTO TERAPEUTICO  
INDIVIDUALIZZATO

E. COLLOQUIO DI RESTITUZIONE

1.2. PERCORSO DI VALUTAZIONE IN ETA' ADULTA

A. VALUTAZIONE PSICHIATRICA-PSICOLOGICA

B. COLLOQUIO PSICOLOGICO CON I FAMILIARI (GENITORI O PARTNER)

C. VALUTAZIONE TESTISTICA

D. COSTRUZIONE INTERDISCIPLINARE DEL PROGETTO TERAPEUTICO  
INDIVIDUALIZZATO

E. COLLOQUIO DI RESTITUZIONE

2. DIAGNOSI

2.1. CRITERI DIAGNOSTICI DELLA PICA

2.2. CRITERI DIAGNOSTICI DEL DISTURBO DA RUMINAZIONE

2.3. CRITERI DIAGNOSTICI DEL DISTURBO DA EVITAMENTO/RESTRIZIONE  
NELL'ASSUNZIONE DI CIBO

2.4. CRITERI DIAGNOSTICI DELLA ANORESSIA NERVOSA (AN)

2.5. CRITERI DIAGNOSTICI DELLA BULIMIA NERVOSA (BM)

2.5. CRITERI DIAGNOSTICI DEL DISTURBO DA ALIMENTAZIONE INCONTROLLATA O  
BINGE EATING DISORDER (BED)

3. INTERVENTO MOTIVAZIONALE

4. INTERVENTO PSICOEDUCATIVO

5. TRATTAMENTO PSICOLOGICO

5.1. TRATTAMENTO PSICOLOGICO INDIVIDUALE

5.2. TRATTAMENTO PSICOLOGICO CBT DI GRUPPO

5.3. INTERVENTI PSICOLOGICI PER LA FAMIGLIA

5.3.1. MOTIVAZIONI

5.3.2. OBIETTIVI

5.3.3. APPROCCI

5.4. GRUPPI E MANUALI DI AUTO-AIUTO

6. VALUTAZIONE DELL'ANDAMENTO E DEGLI ESITI

7. FORMAZIONE DEGLI OPERATORI

8. COLLEGAMENTO CON GLI ALTRI LIVELLI DI INTERVENTO DELLA RETE TERRITORIALE

9. MAPPATURA DEI CENTRI DI CURA PER I DNA

10. CONTINUITA' DELLA PRESA IN CARICO IN ETA' DI TRANSIZIONE E DEI DIVERSI SETTING DI CURA (PEDIATRIA, SPDC, PRONTO SOCCORSO)

11. RIFERIMENTI

## **PREMESSA**

Questo documento nasce dalla necessità di fornire alcune Linee di orientamento all'intervento degli Psicologi con le persone con Disturbo della Nutrizione (DNA). L'esigenza è insorta a seguito della crescente attenzione prestata a questa patologia a seguito dell'investimento che il Ministero della Salute e Regione Lombardia hanno predisposto per potenziare l'intervento dei servizi in questo settore. Nei Servizi della Salute Mentale, nei Consultori e in Pediatria gli Psicologi operano all'interno di Equipe multidisciplinari: frequentemente incontrano minori ed adulti che soffrono di disturbi della nutrizione, ma non sempre vi è nei gruppi di lavoro una formazione ed una esperienza clinica specialistica. Così si è voluto orientare lo sviluppo dell'intervento sul DNA attingendo da alcune fonti ufficiali ed autorevoli come le Linee guida nazionali ed internazionali, i Quaderni del Ministero della Salute; le Linee Guida APA; le Linee Guida NICE: questi testi danno evidenza della centralità dell'intervento psicologico e psicoterapeutico in favore della persona e della sua famiglia e della indicazione a lavorare in team multidisciplinari, all'interno di una rete di interventi che garantiscano la possibilità di attivare diversi livelli di intensità di cura, dalla prevenzione ed intervento precoce, alla cura ambulatoriale, alla cura residenziale (ospedaliera o comunitaria).

Le Linee Guida nazionali analizzate cominciano a risentire della loro datazione e non tengono ancora conto del fatto che la ricerca più recente ha dato evidenza che diversi approcci psicoterapeutici, laddove attuati da professionisti specificamente formati, hanno una efficacia simile (cfr. la review effettuata nel 2021 da M.Salmi et al. su oltre 14.000 lavori scientifici). Di questo vi invitiamo a tenere conto nella lettura del testo che cita alcuni strumenti ed approcci così come indicati dalle Linee Guida.

Certo è che vi sono alcune variabili trasversali che impattano sul buon esito degli interventi psicologici, in prima istanza la capacità del clinico di costruire e mantenere nel tempo la alleanza terapeutica con la persona e la motivazione al ripristino di una condizione di salute e benessere psicologico. Nessun trattamento può valere per tutti, nè può funzionare se non è l'utente a desiderare che funzioni. Tra le maggiori abilità del clinico, quindi, c'è la capacità di sintonizzarsi con il proprio utente e ad accompagnarlo passo a passo, con rispetto, pazienza e competenza.

Ci auguriamo che questo lavoro possa essere di aiuto a chi si avvicina inizialmente a lavorare con una patologia che è particolarmente sfidante e che talvolta crea anche nel terapeuta stati di tensione importanti trasmessi inconsapevolmente dal paziente attraverso il suo sintomo. Raccomandiamo ai

professionisti all'esordio di non farsi mancare la possibilità di accedere ad una supervisione specializzata, quando dovessero sentirne il bisogno.

## **INTRODUZIONE**

I Disturbi della Nutrizione e Alimentazione (DNA) sono patologie complesse che richiedono un intervento specialistico, strutturato ed il più possibile precoce. I DNA infatti sono patologie psichiche in cui sono coinvolti diversi fattori di tipo biologico, psicologico, familiare e socio-culturale e spesso sono associati ad altri disturbi psicopatologici.

I DNA hanno un esordio generalmente in età evolutiva (tra i 15 e i 19 anni); colpiscono maggiormente la popolazione femminile, con un rapporto tra femmine e maschi di circa 9 a 1. Negli ultimi anni si è assistito tuttavia ad una diminuzione dell'età d'esordio (sono stati riscontrati casi a 8-9 anni), con un aggravamento della prognosi e la necessità di un intervento differenziato per l'età evolutiva. La prevalenza in Italia è dello 0.2-0.8 per cento per l'anoressia nervosa e dell'1-5 per cento per la bulimia nervosa.

I due principi alla base della cura dei DNA sono da un lato l'approccio multidisciplinare integrato, dall'altro la molteplicità dei contesti di cura.

L'approccio multidisciplinare integrato implica il coinvolgimento di diversi professionisti, che garantiscano una presa in carico unitaria ed omogenea, non frammentaria. Il team deve essere costituito da specialisti per i DNA di area psicologica e psicoterapeutica, medica (psichiatrica, neuropsichiatrica, pediatrica...), internistico-nutrizionale, a cui si affiancano altri professionisti in funzione del bisogno: educatori, terapisti della riabilitazione, infermieri, medici di altre discipline. Il coordinamento del lavoro del team (da svolgersi preferibilmente in Equipe multidisciplinare) è fondamentale, così come l'individuazione di un case manager per ogni singolo caso clinico, con la funzione di facilitare le comunicazioni delle diverse figure professionali che operano sul medesimo paziente.

La molteplicità dei contesti di cura prevede cinque livelli di intervento:

1. sanità territoriale (medico di medicina generale, pediatra di libera scelta, casa di comunità, consultorio...)
2. ambulatoriale specialistica;
3. ambulatoriale intensiva o centro diurno o day hospital,
4. riabilitazione residenziale;

5. ricovero H24 (ordinario o di emergenza).

I livelli di intensità di cura vengono scelti in base alla gravità, che dipende dalle condizioni fisiche, psicologiche e familiari del paziente.

Il focus del presente lavoro è il secondo livello di intervento, ovvero quello ambulatoriale specialistico. In particolare, verranno fornite alcune indicazioni rispetto alle seguenti fasi della presa in carico:

1. valutazione,
2. diagnosi,
3. intervento motivazionale,
4. intervento psicoeducativo,
5. trattamento,
6. valutazione degli esiti,
7. collegamento con la rete territoriale.

## **1. VALUTAZIONE**

Il percorso diagnostico è svolto dallo psicologo preferibilmente insieme ad una équipe di lavoro multidisciplinare e si pone i seguenti obiettivi:

- Effettuare una diagnosi psicologica relativa alla categoria di DNA, secondo i criteri del DSM e/o ICD (nelle versioni più recenti);
- Effettuare una valutazione del quadro personologico, valutando la sussistenza di comorbidità;
- Definire la gravità del disturbo a livello dello stato di salute mentale;
- Contribuire alla definizione del livello di cura appropriato: ambulatoriale oppure invio ad altri livelli di intervento più intensivi e specialistici;
- Valutare la motivazione, le risorse e gli ostacoli al trattamento;
- Coinvolgere la famiglia nelle modalità possibili e tutte le volte in cui ciò non sia controindicato e valutare la qualità delle dinamiche familiari;
- Costruire una alleanza terapeutica con l'utente (e i familiari);
- Fornire una restituzione chiara della diagnosi e del tipo di percorso terapeutico proposto.

Il percorso di valutazione si differenzia a seconda che il paziente sia in età evolutiva o adulta: nel primo caso il coinvolgimento dei familiari è necessario; nel secondo è sempre proposto concordando con il paziente il tipo di setting più opportuno. Qualora il paziente maggiorenne non dia il consenso al coinvolgimento dei familiari, si spiega al paziente l'opportunità che i familiari possano essere seguiti da un altro servizio o professionista che possa farsi carico dei loro bisogni psicologici determinati dalla convivenza con il DNA.

### **1.1 PERCORSO DI VALUTAZIONE PSICOLOGICA IN ETÀ EVOLUTIVA**

Il percorso di valutazione psicologica per pazienti in età evolutiva si inserisce all'interno di un percorso più ampio di valutazione multidisciplinare, in cui operano anche altri professionisti, di solito secondo la seguente articolazione:

- valutazione psicologica (2/3 incontri);
- valutazione testistica (1/2 incontri);
- colloquio psicologico con i familiari (1 incontro);
- valutazione neuropsichiatrica (1/2 visite/colloqui);
- visita medica specialistica (in funzione del bisogno: nutrizionista, pediatra, internista);
- valutazione dietistica (1 incontro);
- costruzione interdisciplinare del progetto terapeutico (1 incontro d'équipe);
- colloquio di restituzione per il paziente e i familiari e proposta di intervento (1 incontro).

#### A) VALUTAZIONE PSICOLOGICA DEL PAZIENTE

Nel colloquio psicologico con l'utente in età evolutiva vanno esplorati e valutati i seguenti aspetti specifici:

- Il disturbo attuale manifestato dal paziente: comportamenti sintomatici (restrizione e/o comportamenti di compenso), atteggiamenti e pensieri riguardanti il peso, il corpo (immagine corporea) e l'alimentazione, cibi fobici e permessi, analisi di una giornata tipo a livello alimentare, impatto del problema nella vita quotidiana.
- Esordio del disturbo: descrizione del primo episodio, eventi significativi personali o familiari al momento dell'esordio.
- Evoluzione nel tempo del disturbo: comportamenti sintomatici passati, ricostruzione della storia dell'accrescimento e del peso, eventi significativi personali o familiari durante la storia del disturbo, eventuali periodi di remissione, limitazioni nella vita in relazione al disturbo.
- Rappresentazioni e vissuto soggettivo del paziente: come si spiega il problema, tentativi di soluzione, come pensa si possa cambiare, come immagina la vita senza il problema;
- Abitudini alimentari dei genitori e loro atteggiamento verso il peso e l'alimentazione; descrizione di una scena tipica del momento del pasto in famiglia.

- Rapporto con i familiari: composizione familiare e qualità del legame. Presenza di psicopatologia negli altri membri della famiglia. Espressione del volto tipica dei genitori.

Per esplorare la storia di attaccamento si suggerisce l'utilizzo di alcune domande specifiche dell'Adult Attachment Interview: il primo ricordo da bambino; 5 aggettivi che descrivono ogni figura di attaccamento e relativi episodi, a chi il paziente si rivolgeva in caso di bisogno; la presenza di altre figure significative nell'infanzia.

- Eventi di vita rilevanti.

- Funzionamento individuale e qualità dell'adattamento sociale

- Altri stati di malessere, sintomi psicopatologici, presenza di comportamenti autolesivi o suicidari

- Trattamenti e terapie precedenti e loro esiti.

- Motivazione al trattamento e aspettative.

### B) COLLOQUIO PSICOLOGICO CON I FAMILIARI (GENITORI O CAREGIVER)

Nel colloquio con i familiari dell'utente in età evolutiva vanno esplorati e valutati i seguenti aspetti specifici:

- Il problema manifestato dal paziente: sintomi attuali, esordio, eventi significativi personali o familiari nel periodo dell'esordio, impatto del disturbo sulla famiglia;

- Rappresentazioni e vissuto soggettivo di ciascun familiare: come si spiegano il problema, idea che si sono fatti del disturbo, tentativi di soluzione, reazione dei familiari, come pensano si possa cambiare;

- Storia alimentare e del peso del paziente;

- Anamnesi del minore: prenatale, postnatale, tappe evolutive (infanzia e adolescenza);

- Abitudini alimentari familiari e atteggiamento dei familiari verso il peso e l'alimentazione;

- Storia familiare di disturbi alimentari e di altri sintomi psicopatologici;

- Eventi significativi e stressor familiari che possono favorire o ostacolare la guarigione;
- Qualità delle dinamiche familiari;
- Presenza di segreti familiari: eventi rilevanti di cui il paziente non è a conoscenza.

### C) VALUTAZIONE TESTISTICA

La valutazione testistica integra quanto emerso durante il colloquio psicologico e permette di approfondire le seguenti aree: l'area specifica dei DNA, la struttura di personalità ed il suo funzionamento nella attualità, la sintomatologia psichica generale del paziente e le sue risorse. La valutazione cognitiva con test è indicata solo in caso di bisogno rilevato nel corso del colloquio col paziente o coi familiari.

Vengono di seguito indicati alcuni strumenti che il professionista può utilizzare:

#### **Strumenti di screening specifici per i DNA:**

- EDE-Q (Eating Disorder Examination Questionnaire). Valuta la restrizione, la preoccupazione per l'alimentazione, la preoccupazione per il corpo e la preoccupazione per il peso.
- EDI – 3 (Eating Disorder Inventory). Comprende 3 scale specifiche per i DNA e 9 scale psicologiche generali.
- EAT -26 (Eating Attitudes Test). Valuta i sintomi e le preoccupazioni caratteristiche dei disturbi dell'alimentazione.
- CIA (Clinical Impairment Assessment). Valuta la gravità del danno psicosociale collegato al disturbo.
- BAT (Body Attitudes Test:). Valuta gli atteggiamenti verso il corpo: attenzione per la taglia, mancanza di familiarità con il proprio corpo, insoddisfazione corporea nel confronto con gli altri.
- BUT (Body Uneasiness Test). Valuta l'immagine corporea.
- BES (Binge Eating Scale). Valuta episodi di alimentazione incontrollata nelle persone obese.
- BITE (Bulimic Investigation Test Edinburgh). Valuta la probabilità di avere un disturbo di bulimia nervosa.

### **Test di personalità:**

- MMPI A (Minnesota Multiphasic Personality Inventory – Adolescent).
- SCID-5-PD (Intervista Clinica Strutturata per i Disturbi di Personalità), con adattamento per gli adolescenti.

### **Strumenti di valutazione di caratteristiche psicologiche:**

- SAFA (Scale Psichiatriche di Autosomministrazione per Fanciulli e Adolescenti). Valuta un'ampia gamma di sintomi, tra cui ansia, depressione, sintomi ossessivi-compulsivi, fobie, sintomi somatici, sintomi dei disturbi alimentari, tra gli 8 e i 18 anni d'età.
- K-SADS-PL DSM-5. Intervista diagnostica per la valutazione dei disturbi psicopatologici in bambini e adolescenti, tra i 6 e i 17 anni d'età.
- CBCL(Child Behavior Checklist). Valuta i problemi comportamentali ed emotivi, tra i 6 e i 18 anni d'età.
- CAQ (Children Alexithymia Questionnaire). Valuta la difficoltà a riconoscere ed esprimere le emozioni, tra gli 8 e i 13 anni d'età.
- CDI 2 (Children's Depression Inventory). Permette l'identificazione precoce dei sintomi depressivi, tra gli 8 e i 17 anni d'età.
- RCMAS-2 (Revised Children's Manifest Anxiety Scale). Valuta l'ansia tra i 6 e i 19 anni d'età.
- Rosenberg Self-Esteem Scale. Scala per la valutazione dell'autostima.

### **D) COSTRUZIONE INTERDISCIPLINARE DEL PROGETTO TERAPEUTICO INDIVIDUALIZZATO**

Lo psicologo partecipa all'incontro d'équipe con gli altri professionisti che hanno svolto la valutazione di propria competenza, condivide quanto emerso nella propria valutazione e contribuisce alla definizione della diagnosi e dell'opportuno Percorso Terapeutico Individualizzato (PTI), da proporre in un successivo incontro di restituzione al paziente insieme ai familiari (genitori o caregiver).

## E) COLLOQUIO DI RESTITUZIONE

Il colloquio di restituzione viene effettuato con il paziente ed i familiari (genitori o caregiver).

Nel colloquio di restituzione vengono condivisi la diagnosi e l'intervento proposto. Del programma terapeutico individualizzato vengono comunicati gli obiettivi, le terapie e i trattamenti per l'utente e per la famiglia, la frequenza e la durata degli stessi, le modalità di informazione, valutazione dell'andamento e comunicazione con i professionisti.

E' importante costruire una buona alleanza di lavoro, soprattutto nei casi in cui la motivazione al trattamento sia scarsa o ambivalente. Uno dei fattori più importanti per l'esito del trattamento è infatti lo sviluppo di una relazione terapeutica di fiducia ed è quindi molto importante sviluppare un rapporto di empatia e collaborazione sia con l'utente che con la sua famiglia.

## **1.2. PERCORSO DI VALUTAZIONE PSICOLOGICA IN ETA' ADULTA**

Il percorso di valutazione psicologica per pazienti in età adulta si inserisce all'interno di un percorso più ampio di valutazione multidisciplinare, in cui operano anche altri professionisti, secondo la seguente articolazione:

- valutazione psicologica (2/3 incontri);
- valutazione testistica (1/2 incontri);
- colloquio psicologico con i familiari ( incontro);
- valutazione psichiatrica (1/2 visite/colloqui)
- visita medica specialistica (in funzione del bisogno: nutrizionista, internista);
- valutazione dietistica (1 incontro);
- costruzione interdisciplinare del progetto terapeutico (1 incontro d'équipe);
- colloquio di restituzione per il paziente ed eventualmente i familiari e proposta di intervento (1 incontro).

## A) VALUTAZIONE PSICOLOGICA DEL PAZIENTE

Nel colloquio con l'utente in età adulta vanno esplorati e valutati i seguenti aspetti specifici:

-Il disturbo attuale manifestato dal paziente: comportamenti sintomatici (restrizione e/o comportamenti di compenso), atteggiamenti e pensieri riguardanti il peso, il corpo (immagine corporea) e l'alimentazione, cibi fobici e permessi, analisi di una giornata tipo a livello alimentare, impatto del problema nella vita quotidiana.

-Esordio del disturbo: descrizione del primo episodio, eventi significativi personali o familiari al momento dell'esordio.

-Evoluzione nel tempo del disturbo: comportamenti sintomatici passati, ricostruzione della storia dell'accrescimento e del peso, eventi significativi personali o familiari durante la storia del disturbo, eventuali periodi di remissione, limitazioni nella vita in relazione al disturbo.

-Rappresentazione e vissuto soggettivo del paziente: come si spiega il problema, tentativi di soluzione, come pensa si possa cambiare, come immagina la vita senza il problema;

-Abitudini alimentari dei genitori e loro atteggiamento verso il peso e l'alimentazione; descrizione di una scena tipica del momento del pasto in famiglia.

- Rapporto con i familiari: composizione familiare e qualità del legame. Presenza di psicopatologia negli altri membri della famiglia. Espressione del volto tipica dei genitori.

Per esplorare la storia di attaccamento si suggerisce l'utilizzo di alcune domande specifiche dell'Adult Attachment Interview: il primo ricordo da bambino; 5 aggettivi che descrivono ogni figura di attaccamento e relativi episodi; a chi il paziente si rivolgeva in caso di bisogno; come ritiene che il suo essere adulto sia stato influenzato da esperienze passate; la presenza di altre figure significative nell'infanzia.

-Eventi di vita rilevanti.

- Funzionamento individuale e qualità dell'adattamento sociale.

-Altri stati di malessere, sintomi psicopatologici, presenza di comportamenti autolesivi o suicidari.

-Trattamenti e terapie precedenti e loro esiti.

-Motivazione al trattamento e aspettative.

## B) COLLOQUIO PSICOLOGICO CON I FAMILIARI (GENITORI O PARTNER)

Viene effettuato un colloquio psicologico con i familiari (genitori e/o partner) per i pazienti che abbiano dato il consenso.

- In particolare, nel colloquio con i genitori dell'utente in età adulta vanno esplorati e valutati i seguenti aspetti specifici:

- Il problema manifestato dal paziente: sintomi attuali, impatto del disturbo sulla famiglia; esordio, eventi significativi personali o familiari nel periodo dell'esordio;

-Rappresentazioni e vissuto soggettivo di ciascun familiare: come si spiegano il problema, idea che si sono fatti del disturbo, tentativi di soluzione, reazione dei familiari, come pensano si possa cambiare;

-Storia alimentare e del peso del paziente;

- Anamnesi del paziente: prenatale, postnatale, tappe evolutive nell'infanzia e adolescenza;

-Abitudini alimentari familiari e atteggiamento dei familiari verso il peso e l'alimentazione;

-Storia familiare di disturbi alimentari e di altri sintomi psicopatologici;

- Eventi significativi e stressor familiari che possono favorire o ostacolare la guarigione;

- Qualità delle dinamiche familiari;

- Presenza di segreti familiari: eventi rilevanti di cui il paziente non è a conoscenza.

- Nel colloquio con il partner dell'utente in età adulta vanno esplorati e valutati i seguenti aspetti specifici:

- Il problema manifestato dal paziente: sintomi attuali, impatto del disturbo sulla coppia, tempi e modi di riconoscimento del problema e sua evoluzione nel tempo;

- Rappresentazioni e vissuto soggettivo del partner: come si spiega il problema, idea che si è fatto del disturbo, tentativi di soluzione, reazione, come pensa si possa cambiare;
- Abitudini alimentari familiari e atteggiamento del partner verso il peso e l'alimentazione;
- Storia familiare di disturbi alimentari e di altri sintomi psicopatologici;
- Eventi significativi e stressor familiari che possono favorire o ostacolare la guarigione;
- Qualità delle dinamiche familiari.

### C) VALUTAZIONE TESTISTICA

La valutazione testistica integra quanto emerso durante il colloquio psicologico e permette di approfondire le seguenti aree: l'area specifica dei DNA, la struttura di personalità ed il suo funzionamento nella attualità, la sintomatologia psichica generale del paziente e le sue risorse. La valutazione cognitiva con test è indicata solo in caso di bisogno rilevato nel corso del colloquio col paziente o coi familiari.

Vengono di seguito indicati alcuni strumenti che il professionista può utilizzare:

#### **Strumenti di screening specifici per i DNA:**

- EDE-Q (Eating Disorder Examination Questionnaire). Valuta la restrizione, la preoccupazione per l'alimentazione, la preoccupazione per il corpo e la preoccupazione per il peso.
- EDI – 3 (Eating Disorder Inventory). Comprende 3 scale specifiche per i DNA e 9 scale psicologiche generali.
- EAT -26 (Eating Attitudes Test). Valuta i sintomi e le preoccupazioni caratteristiche dei disturbi dell'alimentazione.
- CIA (Clinical Impairment Assessment). Valuta la gravità del danno psicosociale collegato al disturbo.

- BAT (Body Attitudes Test:). Esplora gli atteggiamenti verso il corpo: attenzione per la taglia, mancanza di familiarità con il proprio corpo, insoddisfazione corporea nel confronto con gli altri.
- BUT (Body Uneasiness Test). Esplora l'immagine corporea
- BES (Binge Eating Scale). Valuta episodi di alimentazione incontrollata nelle persone obese.
- BITE (Bulimic Investigation Test Edinburgh). Valuta la probabilità di avere un disturbo di bulimia nervosa.

#### **Test di personalità:**

- MMPI-2-RF (Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2-Restructured Form).
- SCID-5-PD (Intervista Clinica Strutturata per i Disturbi di Personalità del DSM-5).

#### **Strumenti di valutazione di caratteristiche psicologiche:**

- SCL-90-R. Valuta un ampio spettro di sintomi psicopatologici, sia internalizzanti (depressione, ansia), che esternalizzanti (aggressività, impulsività).
- BDI - II (Beck Depression Inventory). Valuta la gravità della depressione.
- STAI (State-Trait Anxiety Inventory). Valuta l'ansia di stato e di tratto.
- TAS (Toronto Alexithymia Scale). Valuta la difficoltà a riconoscere ed esprimere le emozioni.
- DERS (Difficulties in Emotion Regulation Scale). Valuta le difficoltà nella regolazione emotiva.
- Rosenberg Self-Esteem Scale. Valuta il grado di autostima.
- MPS (Multidimensional Perfectionism Scale). Valuta il perfezionismo verso di sé, verso gli altri e la credenza circa le aspettative altrui.
- ACE (Adverse Childhood Experience). Esplora la presenza di traumi precoci.
- PBI (Parental Bonding Instrument) Valuta la qualità del legame con i genitori, in termini di accudimento e iperprotettività.

#### D) COSTRUZIONE INTERDISCIPLINARE DEL PROGETTO TERAPEUTICO INDIVIDUALIZZATO

Lo psicologo partecipa all'incontro d'équipe con gli altri professionisti che hanno svolto la valutazione di propria competenza, condivide quanto emerso nella propria valutazione e contribuisce alla definizione della diagnosi e dell'opportuno percorso terapeutico individualizzato (PTI), da proporre in un successivo incontro di restituzione al paziente e ai suoi familiari, previo consenso.

#### E) COLLOQUIO DI RESTITUZIONE

Il colloquio di restituzione viene effettuato con il paziente e i familiari, questi ultimi previo consenso del paziente.

Nel colloquio di restituzione vengono condivisi la diagnosi e l'intervento proposto. Del programma terapeutico individualizzato vengono comunicati gli obiettivi, le terapie e i trattamenti per l'utente e per la famiglia, la frequenza e la durata degli stessi, le modalità di informazione, valutazione dell'andamento e comunicazione con i professionisti.

E' importante costruire una buona alleanza di lavoro, soprattutto nei casi in cui la motivazione al trattamento sia scarsa o ambivalente. Uno dei fattori più importanti per l'esito del trattamento è infatti lo sviluppo di una relazione terapeutica di fiducia ed è quindi molto importante sviluppare un rapporto di empatia e collaborazione sia con l'utente che con la sua famiglia.

## **2. DIAGNOSI**

La diagnosi viene effettuata secondo i criteri diagnostici del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5), che prevede le seguenti categorie diagnostiche:

- Pica;
- Disturbo di ruminazione;
- Disturbo da evitamento/restrizione dell'assunzione di cibo;
- Anoressia Nervosa (AN);
- Bulimia Nervosa (BN);
- Disturbo da alimentazione incontrollata o Binge Eating Disorder (BED).

Le stesse categorie diagnostiche sono presenti nella Classificazione Statistica Internazionale delle Malattie e dei Problemi Sanitari Correlati (ICD-10), ciascuna con uno specifico codice.

### **2.1 Criteri diagnostici della Pica**

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

## **2.2. Criteri diagnostici del Disturbo di ruminazione**

- A. Ripetuto rigurgito di cibo per un periodo di almeno 1 mese. Il cibo rigurgitato può essere rimasticato, ringoiato o sputato.
- B. Il rigurgito ripetuto non è attribuibile a una condizione gastrointestinale associata o ad altra condizione medica.
- C. Il disturbo dell'alimentazione non si manifesta esclusivamente durante il decorso di anoressia nervosa, bulimia nervosa, disturbo da binge eating o disturbo evitante/restrittivo nell'assunzione di cibo.
- D. Se i sintomi si manifestano nel contesto di un altro disturbo mentale (per esempio disabilità intellettiva oppure un altro disturbo del neurosviluppo) **sono** sufficientemente gravi da giustificare ulteriore attenzione clinica.

## **2.3. Criteri diagnostici del Disturbo da evitamento/restrizione nell'assunzione di cibo**

- A. Un disturbo della nutrizione o dell'alimentazione (per esempio apparente mancanza di interesse per il mangiare o per il cibo; evitamento basato sulle caratteristiche sensoriali del cibo; preoccupazione relativa alle conseguenze negative del mangiare) associato a uno o più dei seguenti aspetti:
1. Significativa perdita di peso (o mancato raggiungimento dell'aumento ponderale previsto oppure una crescita discontinua nei bambini).
  2. Significativo deficit nutrizionale.
  3. Dipendenza dall'alimentazione parenterale oppure da supplementi nutrizionali orali.
  4. Marcata interferenza con il funzionamento psicosociale.
- B. Il disturbo non è meglio spiegato da una mancata disponibilità di cibo o da una pratica associata culturalmente stabilita.
- C. Il disturbo dell'alimentazione non si verifica esclusivamente durante il decorso dell'anoressia nervosa o della bulimia nervosa, e non vi è alcuna evidenza di un disturbo nel modo in cui vengono vissuti il peso o la forma del proprio corpo.

D. Il disturbo dell'alimentazione non è attribuibile ad una condizione medica concomitante e non può essere meglio spiegato da un altro disturbo mentale. Quando il disturbo dell'alimentazione si verifica nel contesto di un'altra condizione o disturbo, la gravità del disturbo dell'alimentazione eccede quella normalmente associata alla condizione o al disturbo e giustifica ulteriore attenzione clinica.

#### **2.4. Criteri diagnostici dell'Anoressia Nervosa**

A. Restrizione nell'assunzione di calorie in relazione alle necessità, che porta a un peso corporeo significativamente basso nel contesto di età, sesso, traiettoria di sviluppo e salute fisica. Il peso corporeo significativamente basso è definito come un peso inferiore al minimo normale oppure, per bambini e adolescenti, meno di quello minimo previsto.

B. Intensa paura di aumentare di peso o di diventare grassi, oppure un comportamento persistente che interferisce con l'aumento di peso, anche se significativamente basso.

C. Alterazione del modo in cui viene vissuto dall'individuo il peso o la forma del proprio corpo, eccessiva influenza del peso o della forma del corpo sui livelli di autostima, oppure persistente mancanza di riconoscimento della gravità dell'attuale condizione di sottopeso.

**Tipo con restrizioni:** durante gli ultimi 3 mesi, l'individuo non ha presentato ricorrenti episodi di abbuffata o condotte di eliminazione (per es., vomito autoindotto, uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclismi). In questo sottotipo la perdita di peso è ottenuta principalmente attraverso la dieta, il digiuno e/o l'attività fisica eccessiva.

**Tipo con abbuffate/condotte di eliminazione:** durante gli ultimi 3 mesi, l'individuo ha presentato ricorrenti episodi di abbuffata o condotte di eliminazione (per es. vomito autoindotto, uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclismi).

**In remissione parziale:** successivamente alla precedente piena soddisfazione dei criteri per l'anoressia nervosa, il Criterio A non è stato soddisfatto per un consistente periodo di tempo, ma sia il Criterio B, sia il Criterio C sono ancora soddisfatti.

**In remissione completa:** successivamente alla precedente piena soddisfazione dei criteri per l'anoressia nervosa, non è stato soddisfatto nessuno dei criteri per un consistente periodo di tempo.

Si evidenziano 4 livelli di gravità a seconda del valore dell'Indice di Massa Corporea per gli adulti, oppure sul percentile dell'IMC per bambini e adolescenti:

-lieve:  $IMC > 17 \text{ kg/m}^2$  ;

-moderato:  $IMC 16-16,99 \text{ kg/m}^2$ ;

-grave:  $IMC 15-15,99 \text{ kg/m}^2$  ;

-estremo:  $IMC < 15 \text{ kg/m}^2$ .

## 2.5. Criteri diagnostici della Bulimia Nervosa

A. Episodi ricorrenti di abbuffata.

Un episodio di abbuffata è caratterizzato da entrambi i seguenti aspetti:

1. Mangiare in un determinato periodo di tempo (per es., un periodo di 2 ore) una quantità di cibo significativamente maggiore di quella che la maggior parte degli individui assumerebbe nello stesso tempo e in circostanze simili.

2. Sensazione di perdere il controllo durante l'episodio (per es., sensazione di non riuscire a smettere di mangiare né a controllare cosa e quanto si sta mangiando).

B. Ricorrenti ed inappropriate condotte compensatorie per prevenire l'aumento di peso, come vomito autoindotto, abuso di lassativi, diuretici o altri farmaci, digiuno o attività fisica eccessiva.

C. Le abbuffate e le condotte compensatorie inappropriate si verificano entrambe in media almeno una volta alla settimana per 3 mesi.

D. I livelli di autostima sono indebitamente influenzati dalla forma e dal peso del corpo.

E. L'alterazione non si manifesta esclusivamente nel corso di episodi di anoressia nervosa.

**In remissione parziale:** successivamente alla precedente piena soddisfazione dei criteri per la bulimia nervosa, alcuni, ma non tutti, i criteri sono stati soddisfatti per un consistente periodo di tempo.

**In remissione completa:** successivamente alla precedente piena soddisfazione dei criteri per la bulimia nervosa, nessuno dei criteri è stato soddisfatto per un consistente periodo di tempo.

Si evidenziano 4 livelli di gravità a seconda della frequenza di condotte compensatorie inappropriate alla settimana:

-lieve: 1-3 alla settimana;

-moderato: 4-7 alla settimana;

-grave: 8-13 alla settimana;

-estremo: più di 14 alla settimana.

## **2.6. Criteri diagnostici del Disturbo da binge eating**

A. Ricorrenti episodi di abbuffata.

Un episodio di abbuffata è caratterizzato da entrambi i seguenti aspetti:

1. Mangiare in un determinato periodo di tempo (per es., un periodo di 2 ore) una quantità di cibo significativamente maggiore di quella che la maggior parte degli individui assumerebbe nello stesso tempo e in circostanze simili.

2. Sensazione di perdere il controllo durante l'episodio (per es., sensazione di non riuscire a smettere di mangiare né a controllare cosa e quanto si sta mangiando).

B. Gli episodi di abbuffata sono associati a 3 (o più) dei seguenti aspetti:

1. Mangiare molto più rapidamente del normale.

2. Mangiare fino a sentirsi sgradevolmente pieni.

3. Mangiare grandi quantitativi di cibo anche se non ci si sente affamati.

4. Mangiare da soli a causa dell'imbarazzo per quanto si sta mangiando.

5. Sentirsi disgustati verso se stessi, depressi o molto in colpa dopo l'episodio.

C. E' presente marcato disagio riguardo alle abbuffate.

D. L'abbuffata si verifica, mediamente, almeno una volta alla settimana per 3 mesi.

E. L'abbuffata non è associata alla messa in atto sistematica di condotte compensatorie inappropriate come nella bulimia nervosa, e non si verifica esclusivamente in corso di bulimia nervosa o anoressia nervosa.

**In remissione parziale:** successivamente alla precedente piena soddisfazione dei criteri per il disturbo da binge eating, gli episodi di abbuffata si verificano con una frequenza media di meno di un episodio a settimana per un consistente periodo di tempo.

**In remissione completa:** successivamente alla precedente piena soddisfazione dei criteri per il disturbo da binge eating, nessuno dei criteri è stato soddisfatto per un consistente periodo di tempo.

Si evidenziano 4 livelli di gravità a seconda della frequenza degli episodi di abbuffata alla settimana:

-lieve: 1-3 alla settimana;

-moderato: 4-7 alla settimana;

-grave: 8-13 alla settimana;

-estremo: più di 14 alla settimana.

### **3. INTERVENTO MOTIVAZIONALE**

Spesso i pazienti con DNA presentano una scarsa consapevolezza del problema, una difficoltà a chiedere aiuto ed uno scarso senso di autoefficacia. Il rischio di drop out è elevato, pur con alcune distinzioni tra le categorie diagnostiche. La scarsa adesione al trattamento dev'essere valutata come un sintomo del disturbo stesso. La motivazione al trattamento va sostenuta all'inizio del percorso, mediante colloqui motivazionali e interventi psicoeducazionali, ma anche monitorata e continuamente rinforzata durante tutto l'arco del trattamento.

Nelle persone con anoressia nervosa spesso i sintomi sono egosintonici: la motivazione intrinseca al trattamento è scarsa e anzi vi è una forte resistenza al cambiamento, in quanto implica un aumento ponderale, molto temuto. Spesso l'utente chiede al curante di lavorare per un cambiamento psichico (per es. la riduzione dei pensieri intrusivi), e non per un cambiamento fisico. E' necessario quindi spiegare come i due cambiamenti siano inscindibili: non si può ottenere un cambiamento a livello psichico senza un recupero del peso, in quanto la denutrizione impatta sulla struttura e sul funzionamento del cervello e altera le funzioni cerebrali.

Le persone con bulimia nervosa sono più motivate a richiedere un trattamento, volto ad eliminare le abbuffate e il disagio psicologico che comportano. L'ostacolo alla richiesta di aiuto è invece rappresentato dal senso di vergogna e di colpa sperimentato proprio a causa di questo sintomo.

Le persone con binge eating sono motivate a chiedere aiuto, generalmente per perdere peso. L'ostacolo al trattamento spesso è rappresentato dalla difficoltà ad accettare che il primo obiettivo del trattamento è quello di eliminare le abbuffate, prima ancora di perdere peso.

In generale, possono esserci delle rappresentazioni distorte circa il proprio disturbo, che può essere visto come una scelta volontaria per ottenere dei vantaggi psicologici (soprattutto nel caso dell'anoressia nervosa), o al contrario come effetto di un impulso incontrollabile (soprattutto nel caso della bulimia nervosa e del binge eating). E' importante quindi modificare queste rappresentazioni in senso più realistico e funzionale alla cura.

Il colloquio motivazionale ha l'obiettivo di affrontare e risolvere il conflitto di ambivalenza da parte del paziente, in vista di un cambiamento del comportamento (Miller e Rollnick).

Le principali tecniche motivazionali utili a sostenere la motivazione sono le seguenti:

- La bilancia decisionale: analizzare i vantaggi e gli svantaggi per rimanere nel disturbo e per guarire (a livello fisico, psicologico, familiare, sociale, lavorativo), aiutando il paziente ad esprimere e sostenere le ragioni per il cambiamento.
- Guardare indietro ed in avanti nel tempo: esplorare il tempo in cui il disturbo non era presente e proiettarsi nel futuro senza il disturbo.
- Evidenziare gli obiettivi di vita con cui il disturbo entra in contrasto.
- Scrivere una lettera al disturbo come amico e come nemico.
- Utilizzare strumenti visivi, come “il termometro del cambiamento”, ovvero scale da 1 a 10 punti in cui il paziente è invitato ad esprimere un punteggio rispetto a quanto è motivato a cambiare e a quanto ha fiducia nelle possibilità di farcela, ragionando poi insieme sul punteggio e negoziando il cambiamento.

E' importante mantenere un atteggiamento empatico, sostenere il senso di autoefficacia del paziente, gestendo i comportamenti che esprimono la resistenza (dispute e scontri verbali, negazione, aggressività).

Al termine dei colloqui motivazionali è opportuno condividere e scrivere con il paziente un “contratto di lavoro” in cui esplicitare gli obiettivi del trattamento, le motivazioni per cui si vuole cambiare, gli ostacoli che potrebbero interferire con il cambiamento e le risorse per farvi fronte.

#### **4. INTERVENTO PSICOEDUCATIVO**

L'intervento psicoeducativo ha l'obiettivo di fornire informazioni circa i rischi fisici e psicologici del disturbo ed i meccanismi di rischio e mantenimento dello stesso, oltre che le opzioni terapeutiche disponibili ed i risultati che si possono ottenere dal trattamento.

In particolare occorre affrontare i seguenti aspetti:

- falsi miti e credenze;
- il peso e la sua regolazione;
- i sintomi da digiuno;
- il ruolo della dieta e i suoi effetti psicofisici;
- le complicanze fisiche e psicologiche del disturbo;
- il circolo vizioso comportamentale ed ideativo delle abbuffate e dei meccanismi di compenso;
- l'inefficacia dei meccanismi di compenso;
- i percorsi di cura e le risorse di supporto per l'utente e per i familiari.

## 5. TRATTAMENTO PSICOLOGICO

Gli obiettivi di base del trattamento psicologico a livello ambulatoriale sono i seguenti:

- il ripristino di comportamenti alimentari funzionali e l'eliminazione dei comportamenti non funzionali di controllo del peso;
- la gestione degli aspetti psicologici sottostanti il disturbo;
- il trattamento delle condizioni di comorbidità.

### 5.1 TRATTAMENTO PSICOLOGICO INDIVIDUALE

Le terapie evidence-based nelle diverse categorie diagnostiche dei DNA sono le seguenti:

	NICE	APA
ANORESSIA NERVOSA	<b>CBT, IPT, CAT, terapia psicodinamica focale:</b> EVIDENZA DI LIVELLO C	IN ETA' EVOLUTIVA. <b>FBT:</b> EVIDENZA DI LIVELLO I
BULIMIA NERVOSA	<b>CBT:</b> EVIDENZA DI LIVELLO A <b>IPT:</b> EVIDENZA DI LIVELLO B	IN ETA' ADULTA. <b>CBT:</b> EVIDENZA DI LIVELLO II <b>CBT:</b> EVIDENZA DI LIVELLO I
BINGE EATING *	<b>CBT:</b> EVIDENZA DI LIVELLO A <b>IPT e psicoterapia dialettico-comportamentale:</b> EVIDENZA DI LIVELLO B	<b>CBT:</b> EVIDENZA DI LIVELLO I <b>IPT e psicoterapia dialettico-comportamentale:</b> EVIDENZA DI LIVELLO II

FBT: Family-Based Treatment.

IPT: Psicoterapia Interpersonale

CAT: terapia cognitiva analitica

CBT: Terapia Cognitivo Comportamentale. Attualmente il modello è evoluto nella CBT-E: Enhanced Cognitive Behaviour Therapy, ovvero la terapia cognitivo comportamentale migliorata.

In particolare, la CBT-E si basa sulla teoria cognitivo comportamentale transdiagnostica dei disturbi dell'alimentazione: la teoria e la terapia, con opportune modifiche, è applicabile a tutte le categorie diagnostiche dei DNA.

\* Per quanto riguarda il Binge Eating va specificato che la CBT-E e la IPT riducono le abbuffate e la psicopatologia associata al disturbo, ma non hanno un effetto significativo sulla perdita di peso.

La Behavioral Weight Loss Therapy (BWT), ovvero la Terapia Comportamentale per la Perdita di Peso, ha invece un maggiore effetto sulla perdita di peso, ma nel breve termine.

In sintesi, non esistono evidenze della superiorità assoluta di un approccio rispetto agli altri, tuttavia in letteratura vi sono indicazioni circa l'utilità dell'integrazione tra i diversi approcci.

L'approccio CBT prevede tre fasi di intervento.

1. Nella fase iniziale si lavora per modificare la sintomatologia propria del disturbo: le conseguenze fisiche del disturbo spesso non permettono infatti di lavorare sugli aspetti psicologici sottostanti. La struttura del cervello e le funzioni cerebrali sono alterate dal disturbo alimentare e questo rende necessario intervenire per modificare il prima possibile i pattern disfunzionali di alimentazione.

Lo strumento principale del lavoro è il diario emotivo, che aiuta a comprendere la relazione tra comportamento, pensieri ed emozioni, analizzare gli antecedenti del comportamento disfunzionale ed esaminare alternative di gestione più efficaci.

2. Nella seconda fase si lavora sugli aspetti cognitivi sottostanti il disturbo, i processi mentali, gli errori di ragionamento (il pensiero tutto o nulla, l'astrazione selettiva, la catastrofizzazione, l'ipergeneralizzazione, la personalizzazione) e gli schemi disfunzionali (perfezionismo, controllo, scarsa autostima, difficoltà interpersonali). Mediante la ristrutturazione cognitiva si insegna quindi a rendere più flessibili i propri schemi con cui si rappresenta se stessi e la realtà e a riconoscere e correggere gli errori di ragionamento.

3. Nella terza fase, raggiunti gli obiettivi delle fasi precedenti, si lavora al mantenimento e alla prevenzione delle ricadute.

## 5.2 TRATTAMENTO PSICOLOGICO CBT DI GRUPPO

Il trattamento di gruppo prevede una serie di incontri strutturati in due parti: una parte psicoeducativa e una parte per lavorare sui processi di ragionamento e gli schemi disfunzionali sottostanti il disturbo. Il gruppo permette una condivisione ed il confronto tra pazienti mediante attivazioni, esercizi esperienziali e compiti a casa per generalizzare quanto appreso.

E' fortemente raccomandabile che i gruppi siano omogenei per diagnosi.

## 5.3 INTERVENTI PSICOLOGICI PER LA FAMIGLIA

E' sempre importante coinvolgere i familiari nel trattamento, dove possibile e non controindicato. I familiari possono beneficiare di uno spazio dove ricevere informazioni e modalità di gestione del familiare con DNA, ma anche esprimere i propri vissuti e ricevere supporto emotivo.

Lo Psicologo valuta quali tipi di setting sono più indicati per il paziente e per i familiari (congiunto o distinto) per svolgere le diverse attività all'interno del programma.

Qualora il paziente adulto non dia il consenso al coinvolgimento dei familiari nella presa in carico, è sempre utile che i familiari possano avere informazione di altri servizi o associazioni cui rivolgersi per essere orientati e sostenuti.

### 5.3.1. MOTIVAZIONI

Il coinvolgimento dei familiari nel trattamento dei pazienti è sempre consigliabile per i seguenti motivi:

- i genitori hanno la responsabilità ed il diritto di prendere decisioni per il trattamento dei figli minori e tale trattamento in età evolutiva non può essere avviato senza il loro consenso;
- i familiari sono coinvolti nell'ambiente domestico dall'impatto e dalle conseguenze del DNA;

- vi è una evidenza scientifica che il coinvolgimento della famiglia rappresenta un fattore positivo per il trattamento dell'anoressia nervosa in età evolutiva;
- la reazione dei genitori ai sintomi manifestati dal paziente e la loro ideazione influenza la permanenza in trattamento e l'esito del trattamento sia in senso favorevole sia in senso sfavorevole;
- i genitori possono creare un ambiente che faciliti il cambiamento ed una efficace gestione dei comportamenti sintomatici.

### 5.3.2. OBIETTIVI

Gli obiettivi degli interventi che coinvolgono i familiari sono i seguenti:

- fornire informazioni sul disturbo;
- favorire la collaborazione tra familiari, pazienti ed equipe curante;
- fornire ai genitori le strategie per supportare i figli nel processo di cambiamento;
- aiutare i genitori a gestire le loro reazioni al comportamento disfunzionale del figlio: evitare commenti critici, l'ostilità e l'ipercoinvolgimento emotivo ed aumentare i commenti positivi, la validazione emotiva, il sostegno ai comportamenti funzionali.
- supportare i familiari nel far fronte allo stress vissuto in relazione al disturbo e migliorare il funzionamento familiare.

### 5.3.3. APPROCCI

Gli approcci più utilizzati negli interventi con i familiari sono: la Family-Based Therapy (FBT), ovvero la Terapia Basata sulla Famiglia, e l'approccio psicoeducativo secondo il modello della Riabilitazione Psiconutrizionale Progressiva (RPP).

Vi sono evidenze di efficacia del modello del Maudsley Hospital di Londra, che si colloca negli interventi basati sulla famiglia, nei pazienti più giovani che vivono all'interno di famiglie integre.

I familiari possono essere coinvolti in un percorso psicoterapeutico insieme al paziente oppure in modo separato.

Nelle famiglie più problematiche, caratterizzate da elevato criticismo o iperprotezione, la terapia è più efficace se paziente e familiari seguono un percorso separatamente.

Gli interventi psicoeducativi sono rivolti ai familiari, separatamente dai pazienti, in modo da dare loro uno spazio in cui parlare delle proprie difficoltà.

Il trattamento ai famigliari può essere proposto anche mediante l'intervento di gruppo, ottimizzando i vantaggi forniti dal gruppo: contrastare il senso di solitudine delle famiglie e permettere loro sia di ricevere che di fornire aiuto alle altre, aumentando il proprio senso di auto efficacia.

I gruppi sono omogenei per patologia, favorendo la condivisione di situazioni simili. Permettono di fornire informazioni, sostegno emotivo e supporto al problem solving di situazioni specifiche.

#### 5.4 GRUPPI E MANUALI DI AUTO-AIUTO

In aggiunta all'intervento specialistico, è utile suggerire ai pazienti e ai loro familiari dei manuali di auto-aiuto, spesso di orientamento cognitivo comportamentale, con l'obiettivo di aumentare l'efficacia dell'intervento stesso.

I manuali devono essere utilizzati come un supporto ad integrazione dell'intervento specialistico, soprattutto per il trattamento dell'anoressia nervosa, e non utilizzati autonomamente.

E' opportuno inoltre facilitare la costituzione di gruppi di auto e mutuo aiuto in cui ciascun partecipante gioca un ruolo attivo e si riscopre risorsa per sé e per gli altri.

I dati presenti in letteratura indicano che con l'auto-aiuto si possono ottenere una diminuzione degli episodi di abbuffate (nel 50-60% dei casi) o una remissione (nel 30% dei casi), mostrandosi così un valido supporto.

## **6. VALUTAZIONE DELL'ANDAMENTO E DEGLI ESITI**

Per valutare l'andamento del trattamento rispetto ai sintomi specifici del disturbo alimentare, è utile somministrare al paziente con una periodicità di 6 mesi i test specifici per il DNA somministrati in fase di valutazione iniziale (per esempio EDI-3 oppure EDE-Q oppure EAT-26). Per il paziente in età evolutiva, il risultato del test viene condiviso con il paziente ed i familiari in un colloquio psicologico successivo, da valutare se congiuntamente o in due colloqui psicologici distinti. Per il paziente in età adulta, il risultato del test viene condiviso con il paziente ed eventualmente i familiari, previo consenso, in un colloquio psicologico successivo, da valutare se congiuntamente o in due colloqui psicologici distinti.

Per valutare l'efficacia del trattamento psicologico per i pazienti a partire dai 17 anni di età è utile somministrare il questionario CORE-OM (Clinical Outcome in Routine Evaluation – Outcome Measure).

Il questionario può essere somministrato pre, post e anche durante il trattamento, per monitorare insieme al paziente l'andamento del percorso.

Per valutare invece l'efficacia del trattamento psicologico per gli adolescenti, tra gli 11 e i 17 anni, è utile somministrare il questionario YP-CORE (Young Person's Clinical Outcome in Routine Evaluation).

Un altro strumento utile per valutare l'esito del trattamento psicologico è l'OQ-45.2 (Outcome Questionnaire 45.2). Si tratta di un questionario che indaga aree di funzionamento psicologico (sintomi, problemi interpersonali, funzionamento nel ruolo sociale), importanti ai fini della valutazione dell'efficacia del trattamento.

## **7. FORMAZIONE DEGLI OPERATORI**

Una formazione ed un aggiornamento per gli psicologi e gli altri operatori sanitari che si occupano di DNA è fondamentale per garantire una competenza che consenta di fornire risposte qualificate.

Un'adeguata conoscenza degli aspetti diagnostici e trattamentali dei DNA in età evolutiva ed adulta può facilitare la diagnosi ed intervento precoci e offrire interventi appropriati ed efficaci.

## **8. COLLEGAMENTO CON GLI ALTRI LIVELLI DI INTERVENTO DELLA RETE TERRITORIALE**

La continuità delle cure tra i livelli di intervento è fondamentale. Qualora sia necessario un passaggio ad un altro livello di cura, è bene che tale passaggio sia gestito dall'equipe dei curanti: il ruolo dello psicologo è quello di motivare e sostenere il paziente ed i familiari in questo passaggio.

## **9. MAPPATURA DEI CENTRI DI CURA PER I DNA**

Per gli psicologi e gli operatori sanitari che si occupano di DNA è utile sapere che si può accedere alla mappatura dei servizi sul territorio nazionale, nei diversi livelli di cura, collegandosi al seguente sito internet: <https://piattaformadisturbialimentari.iss.it> oppure sul sito [www.disturbialimentarionline.it](http://www.disturbialimentarionline.it)

La sezione “Cerca una struttura” permette la consultazione di tutte le informazioni disponibili: informazioni relative alla localizzazione (ente di appartenenza, indirizzo, recapiti telefonici e di posta elettronica), caratteristiche organizzative, orari di apertura, livelli di trattamento disponibili e prestazioni erogate.

## **10. CONTINUITA' DELLA PRESA IN CARICO IN ETA' DI TRANSIZIONE E NEI DIVERSI SETTING DI CURA**

La continuità della presa in carico al raggiungimento della maggiore età è fondamentale. Laddove il paziente sia in carico ad un servizio della età evolutiva (per es. Neuropsichiatria Infantile), al compimento del 18esimo anno di età la continuità assistenziale va garantita dallo psicologo curante, mediante la richiesta e realizzazione di una riunione con i terapeuti del servizio della età adulta (per es. CPS) in cui effettuare un passaggio di informazioni utili per la presa in carico della persona e della sua famiglia. E' spesso utile effettuare un colloquio congiunto con il paziente (e la sua famiglia) alla presenza dello psicologo curante in età evolutiva e lo psicologo che lo prenderà in carico nella età adulta, così che l'utente si senta accompagnato e sostenuto in questo passaggio.

Anche la continuità della presa in carico tra i diversi setting di cura all'interno della stessa o altra Azienda Sanitaria (per esempio Reparto di Pediatria o Medicina, SPDC, Pronto Soccorso...) è fondamentale. Qualora l'utente in carico ai servizi della salute mentale per minori o adulti abbia necessità di accedere ad altri setting di cura, è opportuno un attento passaggio di informazioni e coordinamento tra i professionisti medici e psicologi dei diversi servizi: diversamente il rischio di drop out si innalza.

Qualora i medici di diversi setting di cura intendano inviare nuovi pazienti ai servizi della salute mentale, è opportuno che contattino preliminarmente l'operatore della accoglienza (talvolta svolta dallo psicologo) per condividere le informazioni circa il paziente così che possa essere predisposto un percorso di accoglienza già attento alla tipologia di situazione e presa in carico.

## **11. RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI**

- M Solmi, T D Wade, S Byrne, C Del Giovane, C G Fairburn, E G Ostinelli, F De Crescenzo, C Johnson, U Schmidt, J Treasure, A Favaro, S Zipfel, A Cipriani: “Comparative efficacy and acceptability of psychological interventions for the treatment of adult outpatients with anorexia nervosa: a systematic review and network meta-analysis”, [www.thelancet.com/psychiatry](http://www.thelancet.com/psychiatry), March 2021 vol.8
- Wolfgang Herzog\*, Beate Wild\*, Katrin E Giel, Florian Junne, Hans-Christoph Friederich, Gaby Resmark, Martin Teufel, Dieter Schellberg, Martina de Zwaan, Andreas Dinkel, Stephan Herpertz, Markus Burgmer, Bernd Löwe, Almut Zeeck, Jörn von Wietersheim, Sefik Tagay, Carmen Schade-Brittinger, Henning Schauenburg, Ulrike Schmidt, Stephan Zipfel: “Focal psychodynamic therapy, cognitive behaviour therapy, and optimised treatment as usual in female outpatients with anorexia nervosa (ANTOP study): 5-year follow-up of a randomised controlled trial in Germany”, [www.thelancet.com/psychiatry](http://www.thelancet.com/psychiatry), March 13 2022
- Stephan Zipfel, Beate Wild, Gaby Groß, Hans-Christoph Friederich, Martin Teufel, Dieter Schellberg, Katrin E Giel, Martina de Zwaan, Andreas Dinkel, Stephan Herpertz, Markus Burgmer, Bernd Löwe, Sefik Tagay, Jörn von Wietersheim, Almut Zeeck, Carmen Schade-Brittinger, Henning Schauenburg, Wolfgang Herzog on behalf of the ANTOP study group: “Focal psychodynamic therapy, cognitive behaviour therapy, and optimised treatment as usual in outpatients with anorexia nervosa (ANTOP study): randomised controlled trial”, [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com) vol.383, January 11, 2014
- Quaderni del Ministero della Salute, n. 17/22, “Appropriatezza clinica, strutturale e operativa nella prevenzione, diagnosi e terapia dei disturbi dell’alimentazione” (luglio-agosto 2013).  
Per scaricare il file, cliccare il link presente nel seguente sito internet:  
[https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6\\_2\\_2\\_1.jsp?lingua=italiano&id=2561](https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=2561)
- Linee guida del National Institute for Clinical Excellence (NICE, 2017).  
<https://www.nice.org.uk/guidance/ng69>
- Linee guida dell’American Psychiatric Association (2006).  
<https://psychiatryonline.org/doi/epdf/10.1176/appi.books.9780890424865>
- Conferenza di consenso dell’Istituto Superiore di Sanità (2012).

<https://www.iss.it/documents/20126/45616/tredici6web.pdf/90bffa8d-af30-ebd5-4515575400e7255d?t=1581099713985>

- Quaderni del Ministero della Salute, n. 29, “Linee di indirizzo nazionali per la riabilitazione nutrizionale nei disturbi dell’alimentazione” (settembre 2017).

[https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2636\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2636_allegato.pdf)

- Ministero della salute, “Disturbi della nutrizione e dell’alimentazione: Raccomandazioni per familiari”, marzo 2018.

Per scaricare il file, cliccare il link presente nel seguente sito internet:

[https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2774\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2774_allegato.pdf)

- Ministero della Salute, “Interventi per l’accoglienza, il triage, la valutazione ed il trattamento del paziente con disturbi della nutrizione e dell’alimentazione. Raccomandazioni in Pronto Soccorso per un codice lilla”, marzo 2018.

Per scaricare il file, cliccare il link presente nel seguente sito internet:

[https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2775\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2775_allegato.pdf)