

Mente coatta, corporeità, anoressia mentale

Paradigmi e percorsi di cura

A cura di Luigi Enrico Zappa

PSICOTERAPIE

FrancoAngeli



Informazioni per il lettore

Questo file PDF è una versione gratuita di sole 20 pagine ed è leggibile con



La versione completa dell'e-book (a pagamento) è leggibile con Adobe Digital Editions. Per tutte le informazioni sulle condizioni dei nostri e-book (con quali dispositivi leggerli e quali funzioni sono consentite) consulta [cliccando qui](#) le nostre F.A.Q.



I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio “Informatemi” per ricevere via e.mail le segnalazioni delle novità o scrivere, inviando il loro indirizzo, a “FrancoAngeli, viale Monza 106, 20127 Milano”.

Mente coatta, corporeità, anoressia mentale

Paradigmi e percorsi di cura

A cura di Luigi Enrico Zappa

FrancoAngeli

PSICOTERAPIE

Progetto grafico di copertina di Elena Pellegrini

Copyright © 2019 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito www.francoangeli.it

Indice

Premessa	pag.	7
Anoressia nervosa: curare mente e corpo, di <i>Maria Gabriella Gentile</i>	»	9

Parte I – Teoria/Ricerca

1. Funzionamento mentale di tipo anoressico, di <i>Luigi Enrico Zappa</i>	»	33
2. Le alterazioni del vissuto corporeo. Prospettive di ricerca e cliniche, di <i>Gianluigi Mansi, Giovanna Cristina Campione e Alessandra Fumagalli</i>	»	55
3. Ricerca e psicoterapia nei disturbi del comportamento alimentare: prototipi, endofenotipi, processo referenziale, di <i>Laura Rivolta, Manuela Caslini e Luigi Enrico Zappa</i>	»	75

Parte II – Psicoterapia

1. Psicodinamico e cognitivo-psicodinamico: aspetti teorici e modalità di trattamento psicoterapico nel percorso di cura dell'anoressia nervosa, di <i>Giovanni Abbate Daga e Matteo Panero</i>	»	103
2. Diagnosi e programmazione del trattamento: dialogo tra clinica e ricerca, di <i>Francesca Codignola e Emilio Fava</i>	»	124

3. La funzione integrante dello psicoterapeuta nel percorso di cura. Riflessioni e casi clinici, di *Valentina Miot e Luigi E. Zappa* pag. 149

Parte III – Modelli di cura

1. RPP® riabilitazione psiconutrizionale progressiva: la gestione della complessità nella cura dell'anoressia, di *Monica Baiano, Erika Baldissera e Pierandrea Salvo* » 175
2. La clinica dei DCA nella terra di mezzo tra ambulatorio psichiatrico e comunità terapeutica: filosofia della cura, di *Franco Scita e Fulvio Arnone* » 199
3. Il trattamento in comunità terapeutica dei DCA: psichiatria, intervento nutrizionale e modello intersoggettivo della cura, di *Paolo Cozzaglio* » 225
- Gli Autori » 246

Premessa

Il contenuto di questo libro si compone di una serie di lavori selezionati personalmente con l'aiuto di autori che fanno parte dei vari contesti di formazione e cura dei disturbi del comportamento alimentare.

La prima sezione descrive alcune tematiche riguardanti la ricerca in ambito psicoterapico con particolare attenzione alle dinamiche di relazione mente-corpo-immagine corporea. Viene inoltre presentato un lavoro relativo agli indicatori-prototipi necessari per la terapia mirata delle varie forme di anoressia.

La seconda sezione vuole affrontare la prospettiva della cura psicoterapica sottolineando la fatica dei terapeuti nel lavoro di multidisciplinarietà/integrazione ed il coraggio e la generosità che occorrono per mantenere il trattamento di pazienti affetti da questi gravi disturbi. Particolare attenzione è stata posta al confronto tra il funzionamento, l'esito e la diversità degli orientamenti psicoterapici, tenendo conto della difficoltà di queste pazienti a simbolizzare ed accettare le diseguaglianze e le differenze delle proprie esistenze. Sono consapevole che queste caratteristiche rendano il processo terapeutico molto difficile, richiedendo alle singole professionalità motivazione, pazienza e molto coraggio.

La terza sezione affronta il tema dei luoghi di cura. È sorprendente scoprire la storia dei diversi contesti che si sono costruiti e definiti attorno al tema dei disturbi alimentari. Carisma personale, équipe motivate, contenitori emotivi da monitorare stabilmente rappresentano i fattori che compongono il trattamento pur nella diversità degli orientamenti clinici e psicopatologici.

Sono molto contento di presentare queste realtà che vivono nel panorama medico psichiatrico e sono punti di riferimento che offrono continuamente spunti di ricerca e riflessione per il "mandato" della cura dell'Anoressia Mentale.

Tutto questo lavoro è stato reso possibile grazie al prezioso contributo di ricerca e di coordinamento di **Francesca Parma** – Psicologa e Psicoterapeuta in formazione.

Grazie a tutti per averci creduto.

Anoressia nervosa: curare mente e corpo

di *Maria Gabriella Gentile*

I disturbi del comportamento alimentare sono costituiti da un insieme di malattie la cui principale caratteristica è quella di esprimere il disagio psichico aggredendo il proprio corpo; la forma più conosciuta, anche se non è la più diffusa, è costituita dalla anoressia nervosa.

I disturbi del comportamento alimentare sono caratterizzati da una alterata e persistente condotta alimentare e da comportamenti atti a controllare il peso e le forme corporee; il tutto si associa con una visione distorta della propria immagine corporea e ad una assai frequente negazione del disturbo, nonché ad una marcata resistenza alle cure.

Si tratta di malattie complesse, con aspetti ancora non risolti riguardo la loro eziologia, i fattori di protezione, e le modalità di cure. Sui fattori predisponenti la chiave di lettura più accreditata è quella che siano di natura psicosociale uniti ad una vulnerabilità individuale psicologica, e forse genetica.

Non sono malattie rare, purtroppo. Se si considera il corso della vita (life time prevalence) la prevalenza nelle donne con età superiore a 18 anni è di circa 1% per l'anoressia nervosa, dell'1,5% per la bulimia nervosa. Nelle donne di età compresa tra i 18 e i 24 anni, i tassi sono molto più elevati: 2,0% per l'anoressia nervosa, 4,5% per la bulimia nervosa. Si deve sottolineare che si tratta di stime, non di rilevazioni epidemiologiche, stime da leggersi con ancora più attenzione e riserve, poiché molte persone affette da tali patologie non vogliono cure, anzi cercano di nascondere la malattia stessa. Questi dati si riferiscono a due sole forme – anoressia e bulimia nervosa –, non considerano i disturbi dell'alimentazione non meglio specificati, un insieme di forme da considerarsi ormai tra le più numerose, né altre forme di disturbi del comportamento alimentare meno conosciute e solo recentemente inserite nelle classificazioni internazionali. Tra queste si citano il binge eating disorder o alimentazione incontrollata, il disturbo da ruminazione, l'ortorexia e l'alimentazione compulsiva notturna.

L'anoressia nervosa in genere esordisce tra i 14-19 anni anche se negli ultimi anni sono aumentati i casi precoci, persino in età pre-adolescenziale e a volte vi sono anche casi ad insorgenza più tardiva. Gli uomini ne sono colpiti in una stretta minoranza, circa un caso ogni 10 donne.

I criteri diagnostici per l'anoressia nervosa, e le altre forme di disturbi del comportamento alimentare sono stati recentemente aggiornati nella quinta edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei disturbi Mentali (DSM-5), prodotto dall'American Psychiatric Association. In questa nuova edizione, l'amenorrea non figura più tra i criteri per la diagnosi di anoressia nervosa. La gravità dell'anoressia nervosa viene basata su l'indice di massa corporea (Tab. 1).

Tab. 1 - Livello di gravità per anoressia nervosa secondo DSM 5

-
- lieve: IMC ≥ 17 kg/m²
 - moderata: IMC 16-16,99 kg/m²
 - grave: IMC 15-15,99 kg/m²
 - estrema: IMC < 15 kg/m²

Il livello di gravità può essere aumentato in funzione dei sintomi clinici, del grado di disabilità funzionale, e del bisogno di assistenza e sorveglianza.

I disturbi del comportamento alimentare (DCA) se non adeguatamente trattati possono condurre a morbidità permanente e anche a morte (Tab. 2) (Arcelus *et al.*, 2011).

Tab. 2 - I disturbi del comportamento alimentare e rischio di morte

	<i>Tasso di mortalità (morti per 1000 persone-anno)</i>
Anoressia nervosa	5.10
Bulimia	1.74
DANS	3.31

Fonte: J. Arcelus, *Arch. Gen. Psychiatry*, 2011

La guarigione da un DCA è un fenomeno complesso, poiché la persona che ne è affetta non solo deve accettare di ricostruire il proprio corpo, ma anche modificare i propri pensieri disfunzionali e la propria mente.

Le cure esistono, ma la guarigione non sarà mai facile, e neppure rapida e indolore, poiché riguadagnare il peso perduto o/e riacquistare abitudini alimentari sane richiede un lungo difficile e tormentoso percorso.

I principali predittori di outcome negativo sono riportati nella Tabella 3 (Gentile, 2010a); tra questi vanno sottolineati la gravità della compromissione fisica, la malattia di lunga durata e la presenza di comorbidità psichiatrica, trattandosi nella maggior parte dei casi di soggetti minorenni o comunque dipendenti dai propri genitori, tali aspetti non sono da considerarsi disgiunti dalla disfunzionalità della famiglia.

Tab. 3 - Predittori di outcomes negativo nei DCA

<i>Morte per anoressia nervosa</i>
<ul style="list-style-type: none">• Grave malnutrizione (IMC < 13-14 kg/m²)• Famiglia disfunzionale• Malattia di lunga durata• Comorbidità psichiatrica o disordine di personalità• Comportamenti eliminatori

Fonte: MG. Gentile, *Nutritional Therapy & Metabolism*, 2010a

I trattamenti per l'anoressia nervosa, indicazioni della letteratura scientifica internazionale, linee guida

Viene qui di seguito riportato un breve excursus su come nei principali paesi venga affrontata la questione.

Pur non esistendo ancora un trattamento Evidence Based per l'anoressia nervosa le principali società scientifiche internazionali e nazionali concordano su alcuni punti essenziali:

- le cure devono affrontare in modo contestuale gli aspetti psicologici e quelli nutrizionali;
- gli interventi vanno attivati a seconda del livello di rischio presentato dal malato in contesti differenti a partire da quello ambulatoriale per giungere a trattamenti in regime di day hospital, o ricovero nelle 24 ore qualora la gravità lo richieda.

Vengono qui riportate in modo sintetico le principali indicazioni inglesi (NICE, 2004), australiane e neozelandesi (2004) con la loro revisione nel 2014 (Hay, 2014) e statunitensi (APA, 2006).

Linee guida inglesi (NICE 2004)

Le linee guida del National Institute for Clinical Excellence (www.nice.org.uk) per gli eating disorders editate nel 2004 raccomandano per l'anoressia nervosa quanto segue:

La maggior parte dei soggetti affetti da anoressia nervosa dovrebbero essere trattati ambulatorialmente da servizi in grado di garantire trattamenti psicologici e che nel contempo abbiano le competenze per la valutazione e il trattamento del rischio medico.

Se il trattamento psicoterapeutico non è sufficiente e **non si riscontra un adeguato miglioramento dopo 6 mesi l'indicazione è di procedere con trattamenti più intensivi** (day hospital o ricovero nelle 24 ore) Figura 1 (NICE, 2004).



Fonte: Clinical Guideline, 9, 2004

Fig. 1 - Trattamento per anoressia nervosa

Ai soggetti necessitanti terapia in regime di ricovero occorre garantire un trattamento strutturato focalizzato al recupero del peso corporeo, particolare attenzione va posta al monitoraggio medico nutrizionale nella fase di rialimentazione.

Il trattamento psicoterapeutico va orientato sia al superamento di condotte di contrasto del recupero del peso corporeo che agli aspetti più generali del disagio psicologico.

Dopo il trattamento in regime di ricovero orientato al recupero del peso corporeo al paziente dovrebbe essere offerta la prosecuzione delle terapie psicologiche e medico nutrizionali in regime ambulatoriale almeno per 12 mesi.

Per i bambini e gli adolescenti dovrebbe essere attivato un intervento sulle famiglie.

Viene prevista un separazione tra gli interventi sul paziente (bambino, adolescente) rispetto a quello sui genitori.

Trattamento medico nutrizionale

Poiché l'anoressia nervosa può presentare gravi rischi sul piano fisico occorrono particolari attenzioni e competenze nell'affrontare tali situazioni. Nella maggior parte dei soggetti ricoverati il trattamento nutrizionale dovrebbe poter determinare un aumento del suo peso corporeo di 0,5-1 kg/settimana, mentre nel trattamento ambulatoriale l'aumento ponderale atteso è di circa 0,5 kg/settimana.

Per ottenere tali incrementi occorre che l'introduzione calorica sia aumentata di 3.500-7.000 kcal/settimana. Viene raccomandato il monitoraggio regolare dell'attività fisica e uso di supplementazioni multivitaminiche e multiminerali.

Qualora fosse necessario l'utilizzo della nutrizione artificiale in soggetti gravemente malnutriti, non è appropriato scegliere la nutrizione parenterale, ma bensì occorre orientarsi verso la nutrizione enterale con sondino nasogastrico (MARSIPAN, 2014).

Linee guida australiane e neozelandesi (2004 e 2014)

L'intervento ambulatoriale è considerato essere indicato in molti soggetti affetti da anoressia nervosa. Vengono chiaramente indicate le situazioni in cui è appropriato il trattamento in regime di ricovero (Tab. 4), viene ribadita l'importanza del trattamento multidisciplinare.

Nella revisione delle linee guida del 2014 viene aggiunta l'indicazione al ricovero in ambito medico per pazienti affetti da forme molto severe di malnutrizione ($IMC < 12 \text{ kg/m}^2$).

In particolare viene sottolineato che **il ripristino di uno stato di nutrizione adeguato mediante una alimentazione sufficiente costituisce un aspetto del trattamento non negoziabile**. L'intervento nutrizionale deve prevedere una alimentazione bilanciata rispetto ai 3 macronutrienti (proteine, carboidrati e lipidi) e va supervisionata da un dietista.

Se il cibo viene rifiutato, vanno utilizzati sostituti del cibo, la nutrizione mediante sonda nasogastrica va utilizzata solo nelle situazioni di emergenza, cioè quando ci sia un rischio di vita per il malato.

Il ripristino di un adeguato stato di nutrizione è essenziale per la guarigione, ma non è sufficiente per prevenire le ricadute, per stabilizzare i risultati ottenuti vanno modificati anche gli aspetti psicologici.

Tab. 4 - Linee guida Australiane e Neozelandesi per il trattamento in regime di ricovero di pazienti con anoressia nervosa

<i>Indicatori</i>		
Condizione clinica	Adulti:	FC < 40 bpm, PA < 90/60 mm/Hg, Ipotassiemia, squilibrio elettrolitico, Temperatura corporea < 36°C; variazione FC in ortostatismo > 20 bpm
	Bambini:	FC < 50 bpm, PA < 80/50 mm/Hg, Ipotassiemia, ipofosforemia
Tendenza al suicidio		Piano attivo
Peso		Adulti: IMC < 14 kg/m², rapido calo ponderale Bambini: rapido calo ponderale
Ideazione anoressica		Preoccupazione continua, co-operazione solo in trattamenti altamente strutturati

Fonte: "Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Clinical Practice Guidelines team for Anorexia nervosa. Australian and New Zealand Clinical Practice Guidelines for the Treatment of Anorexia nervosa", *Focus*, 2005, 3: 618-628

Viene ribadita l'importanza di un coordinamento degli interventi terapeutici tra i vari livelli e teams di cura prevedendo trattamenti step by step senza soluzioni di continuità. La situazione ottimale dovrebbe prevedere le varie opzioni di cura da quella ambulatoriale, anche intensiva con assistenza al pasto, day hospital, e il ricovero ospedaliero h 24. Per facilitare l'accesso alle cure che molti soggetti affetti da anoressia nervosa rifuggono è utile costruire una rete tra i vari medici e specialisti a partire dai medici di medicina generale.

Linee guida statunitensi (2006)

Nel 2006 l'American Psychiatry Association ha pubblicato una nuova edizione riguardante le linee guida per il trattamento dei Disordini del comportamento alimentare.

Vengono previsti 5 livelli di trattamento (Tab. 5).

Il tipo di trattamento da proporre e predisporre va individuato in base alle condizioni **fisiche** (peso corporeo, valutazione cardiaca), **psicologiche, comportamentali e sociali**.

Il paziente va ospedalizzato prima che diventi medicalmente instabile.

Tab. 5 - Linee guida statunitensi per anoressia nervosa

Criteria per la scelta del livello di cura

Determinare un livello iniziale di cura o spostarsi a un livello differente basandosi su una valutazione globale del paziente

- considerare le condizioni fisiche (in particolare il peso e le condizioni cardiache), psicologiche, comportamentali e la condizione sociale del paziente;
- considerare anche la disponibilità di un livello di cura appropriato (ad esempio considerare le barriere geografiche o la copertura assicurativa);
- evitare di determinare il livello di cura basandosi unicamente o su un solo o su un numero limitato di parametri fisici, come il peso corporeo;
- ospedalizzare il paziente prima che diventi instabile dal punto di vista clinico. Utilizzare lo stato clinico generale del paziente per determinare se vi è un'indicazione al ricovero medico o psichiatrico.

Fonte: American Psychiatric Association. *Treating eating disorders: A Quick Reference Guide*, 2006

Anche l'APA identifica i parametri principali per il ricovero di soggetti anoressici, che vengono riportati nella Tabella 6.

Tab. 6 - Linee guida statunitensi per ospedalizzare in corso di anoressia nervosa

Considerare l'ospedalizzazione per pazienti affetti da anoressia in base alle seguenti indicazioni:

<i>Indicazioni mediche</i>	
<i>Adulti</i>	<i>Bambini e Adolescenti</i>
<ul style="list-style-type: none">• Genericamente, peso < 85% del normo-peso stimato• Frequenza cardiaca < 40 bpm• Pressione arteriosa < 90/60 mm Hg• Glicemia < 60 mg/dl• Potassiemia < 3 mEq/l• Squilibrio elettrolitico• Temperatura corporea < 36 °C• Compromissione epatica, renale o cardiaca che richieda un trattamento acuto• Diabete scarsamente compensato	<ul style="list-style-type: none">• Genericamente, peso < 85% del normo-peso stimato o acuta perdita di peso con rifiuto di alimentarsi• Frequenza cardiaca circa 40 bpm• Ipotensione ortostatica (con aumento della frequenza cardiaca > 20 bpm o con una riduzione della pressione sanguigna > 10-20 mm Hg /minuto da clino a ortostatismo)• Pressione arteriosa < 80/50 mm Hg• Ipotassiemia, ipofosforemia, ipomagnesemia
<p style="text-align: center;"><i>Altri fattori</i></p>	
<ul style="list-style-type: none">• Tentato suicidio e suicidio pianificato o altri fattori che suggeriscano un alto rischio di suicidio• Scarsa motivazione a curarsi• Preoccupazione con pensieri disadattativi ego-sintonici o distonici• Mancanza di collaborazione al trattamento o collaborazione solo in setting altamente strutturati	

Tab. 6 - segue

-
- Qualsiasi malattia psichiatrica che richieda l'ospedalizzazione
 - Grave malattia concomitante da abuso di sostanze
 - Necessità di supervisione durante e dopo tutti i pasti e in bagno
 - Vomito non controllato o ematemesi
 - Presenza di ulteriori fattori di stress che interferiscono con la capacità del paziente di alimentarsi (malattia virale intercorrente, importante stress psicosociale o supporto sociale inadeguato)
 - Peso corporeo vicino al peso che nel passato ha determinato un'instabilità clinica
 - Gravi comportamenti alimentari invalidanti che non hanno risposto ad un trattamento ambulatoriale
-

Fonte: "American Psychiatric Association. Treating eating disorders: A Quick Reference, Guide, 2006

Nella Tabella 7 vengono riferite rispettivamente le indicazioni al trattamento in day hospital, residenziale e ambulatoriale.

Tab. 7 - Linee guida statunitensi. Trattamenti in regime residenziale e day hospital per pazienti affetti da anoressia nervosa

Considerare una ospedalizzazione parziale (day hospital) per pazienti con le seguenti indicazioni

- Parziale motivazione a curarsi
- Preoccupazione con pensieri disadattativi ego-sintonici o distonici
- Necessità di intervento strutturato per recuperare peso
- Necessità di controllo strutturato per prevenire esercizio fisico compulsivo
- Presenza di comorbidità psichiatriche che richiedono un trattamento intensivo

Considerare un trattamento residenziale per pazienti in base alle seguenti indicazioni

- Stabilità clinica nella misura in cui non sono necessari infusioni venose, nutrizione enterale o più esami di laboratorio giornalieri
- Genericamente, peso < 85% del normopeso stimato
- Scarsa o modesta motivazione a curarsi
- Preoccupazione con pensieri disadattativi ego-sintonici o distonici
- Impossibilità ad alimentarsi e ad aumentare di peso senza aiuto, necessaria supervisione a tutti i pasti per prevenire comportamenti restrittivi
- Necessità di controllo strutturato per prevenire esercizio fisico compulsivo
- Compromissione
- Importanti conflitti o problemi familiari; assenza di supporto familiare o sociale o di entrambi

Considerare un trattamento ambulatoriale intensivo nei pazienti che sono clinicamente stabili ma richiedono un follow-up caratterizzato da contatti più frequenti e coinvolgimento in gruppi

Considerare un trattamento ambulatoriale nei pazienti che sono clinicamente stabili e che non richiedono un ambiente più strutturato per il controllo della sintomatologia del disturbo alimentare

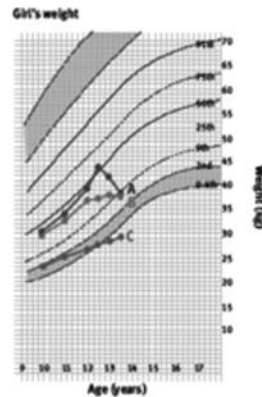
Fonte: "American Psychiatric Association. Treating eating disorders: A Quick Reference, Guide, 2006

Raccomandazioni specifiche per i bambini e gli adolescenti in fase di crescita

Le principali linee guida internazionali, le associazioni scientifiche di pediatria (statunitensi, canadesi) segnalano che, oltre alle indicazioni già riferite per i soggetti più adulti, è di fondamentale importanza attivare interventi integrati psiconutrizionali in grado di evitare il rallentamento e/o il blocco della crescita staturale, con effetti potenzialmente irreversibili.

Tra le indicazioni specifiche al trattamento in regime di ricovero vi è in questa particolare categoria di soggetti anche quella specifica relativa all'arresto della crescita o del suo rallentamento aspetti importanti da non sottovalutare (Fig. 2) (Gowers, 2005).

- fisico \iff arresto crescita
 - emozionale
- Intervento più precoce e intensivo
che nell'adulto**
- Proseguire il monitoraggio fino alla
normalizzazione**



Fonte: S.G. Gowers, *Psychiatry*, 2005

Fig. 2 - *Bambini e adolescenti: rischi aumentati*

Dagli esperti viene ulteriormente sottolineata l'indispensabilità di un intervento multidisciplinare nei bambini e negli adolescenti (Fig. 3) per evitare la cronicizzazione e perfino la morte (Rosen, 2010).

Qui di seguito vengono riportate le raccomandazioni delle linee guida Neozelandesi e Australiane per bambini e adolescenti (Hay, 2014).

- Il trattamento ambulatoriale deve costituire la prima opzione.
- Nella maggioranza dei casi è indicato l'uso della terapia familiare.
- La psicoterapia individuale andrebbe riservata solo agli adolescenti più grandi o impiegata se la terapia familiare non è praticabile.
- La psicoterapia individuale dovrebbe essere o adolescent focused therapy o di tipo cognitivo comportamentale.
- Usare ansiolitici o antidepressivi o altri psicofarmaci con molta cautela.

BAMBINI e ADOLESCENTI

DCA presentano complessi aspetti biopsicosociali



Team multidisciplinari



Fonte: D. Rosen, *American Academy of Pediatrics*, 2010

Fig. 3 - Bambini e adolescenti team multidisciplinari per il trattamento

Non vi è indicazione all'uso di inibitori selettivi della serotonina (SSRIs).

Da una lettura attenta della varie linee guida sinteticamente citate, oltre l'importanza della multidisciplinarietà degli interventi, emerge l'indicazione alla predisposizione di percorsi di cura che prevedono un "continuum of care" cioè offerte di cura differenziate a seconda delle necessità che il singolo soggetto presenta in quella particolare fase della sua malattia. Esigenza ancora una volta particolarmente sottolineata per gli adolescenti e bambini (Rosen, 2010).

In Italia sono stati recentemente editati i criteri di appropriatezza per la diagnosi e terapia dell'anoressia nervosa (Quaderni del Ministero della Salute *Appropriatezza clinica, strutturale e operativa nella prevenzione, diagnosi e terapia dei disturbi dell'alimentazione n. 17/22*, luglio-agosto 2013).

In essi vengono ripresi i principi generali delle linee guida internazionali per la gestione dei disturbi dell'alimentazione:

- l'approccio multidimensionale, interdisciplinare, pluriprofessionale integrato, che coinvolge psichiatri, psicologi, internisti, nutrizionisti, endocrinologi, dietisti, fisioterapisti, educatori, tecnici della riabilitazione psichiatrica e infermieri;
- la molteplicità dei contesti di cura, con 5 livelli di intervento: medico di medicina generale o pediatra di libera scelta; terapia ambulatoriale specialistica; terapia ambulatoriale intensiva o centro diurno; riabilitazione intensiva ospedaliera; ricovero ordinario e di emergenza.

A differenza di quanto indicato dalle linee guida internazionali non viene previsto il livello di DH, mentre viene ribadito il ruolo della riabilitazione, mutuando gli interventi su quelli attualmente impiegati per le altre patologie psichiatriche.

Sono altresì indicati i percorsi diagnostici per la valutazione dello stato di nutrizione, giustamente definiti essenziali, che sono di elevata specificità, nonché di elevato costo e difficilmente attuabili a livello riabilitativo.

Situazione italiana

Nel 2008 il Ministero della Sanità avviò una indagine conoscitiva atta ad individuare le strutture che a livello italiano fossero dedicate alla cura dei DCA per costruire una mappa atta a far individuare ai cittadini affetti da tali patologie e alle loro famiglie dove rivolgere le loro richieste con garanzie di appropriatezza dell'intervento. Tale mappa viene periodicamente aggiornata e dalla sua lettura risultano a livello nazionale:

- 50 strutture con ricovero ospedaliero;
- 76 strutture con DH dedicato;
- 26 strutture con riabilitazione nutrizionale;

nonché un numero molto più elevato di strutture ambulatoriali.

Osservando tali dati si potrebbe arguire che l'offerta diagnostico-terapeutica possa essere considerata in grado di rispondere alle esigenze dell'utenza.

L'esperienza di chi si occupa della cura di tali malati testimonia invece una realtà ben diversa che qui di seguito si cerca di sintetizzare.

La Tabella 8 riporta le scelte più praticate in Italia.

Tab. 8 - Percorsi di cura per DCA in Italia

Le scelte più praticate in Italia sono:

- Rete tra diversi terapeuti operanti in differenti ambiti (ambulatoriali, studi privati, centri riabilitativi).
 - Invii spesso tardivi verso altri livelli di cura ambulatoriale → ricovero per complicanze e malato instabile.
 - Le famiglie e/o i malati sono invitati a “cercare” altre soluzioni se quella fino ad allora praticata non si è dimostrata valida.
 - Viene proposto l'unico tipo di cura che si è in grado di offrire:
 - terapia in regime ambulatoriale prolungata per tempi anche molto lunghi nonostante le non risposte;
 - terapia in regime residenziale anche se le condizioni cliniche indicherebbero livelli diversi di assistenza.
 - Trattamenti presso Centri specialistici in grado di fornire i vari livelli di cura e quindi di orientare il malato verso il tipo di percorso più idoneo.
-