

Promozione della salute per i disturbi del comportamento alimentare

Promozione della salute per i disturbi del comportamento alimentare

La redazione del volume è stata curata da

Elisabetta Fréjaville	Servizio salute mentale e assistenza sanitaria nelle carceri, Assessorato alla sanità, Regione Emilia-Romagna - coordinatrice del gruppo di lavoro
Donatella Ballardini	Centro Gruber, Bologna
Maurizio Bellini	Istituto di psichiatria, Università di Bologna
Walter Bruno	Società Italiana di Psicanalisi
Anna Rita Di Buono	Azienda USL di Reggio Emilia
Marinella Di Stani	Azienda USL di Ravenna
Emilio Franzoni	Azienda ospedaliera di Bologna
Luigi Gualtieri	Azienda USL di Cesena
Paolo Guaraldi	Azienda ospedaliera di Modena
Elena Malaguti	Azienda ospedaliera di Bologna
Emilia Manzato	Azienda ospedaliera di Ferrara
Nazario Melchionda	Azienda ospedaliera di Bologna
Umberto Nizzoli	Azienda USL di Reggio Emilia
Romana Schumann	Centro Gruber, Bologna
Giuliano Turrini	Villa Maria Luigia, Parma

Redazione e impaginazione a cura di

Federica Sarti - Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna

Stampa Regione Emilia-Romagna, Bologna, febbraio 2004

Copia del volume può essere richiesta a

Federica Sarti - Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna

Sistema comunicazione, formazione, documentazione

Viale Aldo Moro 21 - 40127 Bologna

e-mail fsarti@regione.emilia-romagna.it

oppure può essere scaricata dal sito Internet

<http://www.regione.emilia-romagna.it/agenziasan/collidoss/index.htm>

Chiunque è autorizzato per fini informativi, di studio o didattici, a utilizzare e duplicare i contenuti di questa pubblicazione, purché sia citata la fonte.

Indice

Sommario	5
Introduzione	9
Materiali e metodi	11
Risultati	13
Discussione	15
Diagnosi	16
Offerta terapeutica	16
Appropriatezza clinica	17
Età dei pazienti con disturbi del comportamento alimentare	18
Sistema informativo	19
Prevenzione, promozione della salute, correzione dei fattori di rischio	20
Continuità del percorso assistenziale integrato	22
Collaborazione con il privato	25
Aspetti amministrativi	25
Il Programma DCA	26
Formazione e aggiornamento	27
Proposte finali	29
Impegni per la Regione	29
Indirizzi alle Aziende sanitarie	30
Conclusioni	33

(continua)

Allegati	35
Allegato 1. Indagine sullo stato di attuazione della direttiva regionale sull'assistenza ai disturbi del comportamento alimentare in Emilia-Romagna (marzo 2002)	37
Allegato 2. L'assistenza ai disturbi del comportamento alimentare. Allegati tecnici	47
2A. <i>Disturbi del comportamento alimentare: diagnosi descrittiva</i>	
2B. <i>Il trattamento dei disturbi del comportamento alimentare: descrizione dei principali trattamenti raccomandati</i>	
2C. <i>Razionale per programmi di prevenzione</i>	
2D. <i>Il team multidimensionale</i>	
2E. <i>Le strutture residenziali e semiresidenziali (dalle Linee guida ministeriali)</i>	
2F. <i>Il lavoro integrato nei disturbi del comportamento alimentare</i>	
2G. <i>Prestazioni esenti per anoressia nervosa e bulimia nervosa, previste dalla attuale normativa (DM 296/2001)</i>	

Bibliografia	111
---------------------	------------

Sommario

Nel marzo 2000 l'Assessorato alla sanità della Regione Emilia-Romagna, nell'ambito della riorganizzazione dei servizi per la salute mentale prevista dal Piano sanitario regionale 1999-2001, ha inviato alle Aziende sanitarie indirizzi contenenti le *Linee sull'organizzazione dei servizi per i disturbi del comportamento alimentare*.

Nel 2002 è stata condotta una rilevazione sullo stato di attuazione della direttiva suddetta attraverso un'indagine presso le Aziende sanitarie della regione (44 strutture rispondenti) e le strutture private (4 strutture rispondenti) che operano in questo settore. Fra le strutture indagate, 13 erano ospedaliere, 16 del Dipartimento di salute mentale, le rimanenti appartenevano ad altre realtà territoriali (distretto, consultori, ecc.).

L'indagine era volta a studiare aspetti di tipo epidemiologico e organizzativi sulle tipologie di strutture coinvolte e sulle modalità assistenziali (ricovero ospedaliero, *day hospital*, ambulatorio) offerte alle diverse tipologie di disturbi del comportamento alimentare - DCA (anoressia nervosa, bulimia nervosa, disturbo da alimentazione incontrollata - *Binge Eating Disease*, ecc.) a seconda della gravità e complessità dei disturbi.

I risultati sono stati elaborati presso il Servizio di salute mentale dell'Assessorato alla sanità dell'Emilia-Romagna e sono stati valutati dal Gruppo tecnico regionale di monitoraggio e coordinamento sui DCA. Il Gruppo, al quale hanno partecipato gli esperti regionali del settore, ha inoltre esaminato il materiale allegato dalle Aziende, al fine di valutarne la reale coerenza con gli obiettivi fissati dalla direttiva regionale e la loro eventuale riproducibilità.

Sulla base dei risultati e delle recenti acquisizioni scientifiche, il presente documento pone approfondite considerazioni e proposte per il miglioramento dell'assistenza alle persone con disturbi del comportamento alimentare, sia in termini di efficacia clinica che di adeguamento organizzativo, in particolare sui seguenti punti:

- diagnosi;
- offerta terapeutica;
- appropriatezza clinica;
- età dei pazienti con disturbi del comportamento alimentare;
- sistema informativo;
- prevenzione / promozione della salute / correzione dei fattori di rischio;
- continuità del percorso assistenziale integrato;
- collaborazione con il privato;
- aspetti amministrativi;
- il Programma DCA;
- formazione e aggiornamento.

Il documento è completato da alcuni allegati tecnici.

In sintesi, sulla base dei risultati dell'indagine *ad hoc* (3.235 pazienti in carico/anno; 1.570 nuovi pazienti/anno) e di quanto riferito dalla corrente letteratura accreditata, emergono le seguenti considerazioni.

- Il numero di 2.795 pazienti adulti con DCA seguiti sul territorio regionale da strutture pubbliche e/o private è inferiore alla popolazione "attesa". Tale discrepanza fra l'osservato e l'atteso è maggiormente evidente per l'età evolutiva, e comunque nella fascia di età più a rischio dei 14-25 anni (1.675 pazienti in carico/anno; 776 nuove diagnosi/anno).
- Le strutture per adulti con disturbi del comportamento alimentare sono in numero soddisfacente e ben distribuite sul territorio regionale, mentre permane la criticità di strutturati collegamenti in rete. Infatti, ad esclusione di alcune realtà che riferiscono un buon collegamento funzionale fra le strutture per i DCA, nella maggior parte delle situazioni si riscontrano ampi margini di miglioramento per l'integrazione e la continuità assistenziale fra i centri ospedalieri per disturbi del comportamento alimentare e le strutture territoriali (Dipartimento salute mentale, Dipartimento cure primarie) delle Aziende USL di residenza dei pazienti.
- Per l'età evolutiva (440 pazienti in carico/anno di età inferiore ai 18 anni; 217 nuove diagnosi/anno), in cui solitamente insorgono i primi sintomi dei disturbi del comportamento alimentare, è necessario valorizzare l'impegno delle strutture e dei professionisti esperti riferito sia al numero di pazienti in età evolutiva nelle diverse Aziende rispondenti, sia alle strutture di riferimento per questa fascia di età (Unità operative di pediatria, neuropsichiatria, Consultorio Giovani, ecc.), sia alla eventuale presenza di specialisti per questa fascia di età nei *team* già esistenti per i disturbi del comportamento alimentare, prevalentemente rivolti all'età adulta. Anche per questa fascia di età e attraverso adeguate iniziative di formazione e aggiornamento, vanno potenziate l'integrazione e la continuità fra le diverse strutture coinvolte nell'assistenza ai DCA in età pediatrica e adolescente.
- È da potenziare inoltre il coinvolgimento dei medici di famiglia (pediatri di libera scelta, medici di medicina generale) in iniziative di promozione della salute sui disturbi del comportamento alimentare (formazione, aggiornamento, partecipazione alla costruzione di percorsi integrati, ecc.), già raccomandato dalla direttiva regionale del 2000.
- Al momento, in linea generale non è possibile accertare se l'uso delle strutture e l'offerta degli interventi clinici (diagnostici, terapeutici e riabilitativi) rientrano nei termini della appropriatezza, per insufficienti certezze provenienti dalla letteratura scientifica e per insufficienti informazioni sistematiche sui diversi protocolli locali.

In conclusione, il documento propone:

- la predisposizione di percorsi aziendali o interaziendali per la continuità dell'assistenza ai disturbi del comportamento alimentare, per garantire l'integrazione della rete fra i professionisti di diverse discipline e per le fasce di età assistite;

- la costruzione di un sistema informativo regionale orientato al monitoraggio epidemiologico e clinico che nel tempo permetta di migliorare la condotta assistenziale ai pazienti con disturbi del comportamento alimentare;
- la costruzione di un progetto regionale di formazione sui DCA volto al miglioramento dell'assistenza su tutto il territorio della regione;
- la revisione e l'adeguamento delle tariffe per uniformare la valorizzazione dell'assistenza ai disturbi del comportamento alimentare nelle diverse realtà regionali, territoriali e ospedaliere, pubbliche e private.

Il presente documento elaborato dal Gruppo tecnico regionale è stato sottoposto alla valutazione delle strutture sanitarie regionali per recepire le ipotesi di fattibilità nelle diverse realtà locali.

È indubbio infatti che una eventuale riorganizzazione dei servizi per questa tipologia di pazienti, specie in età evolutiva, richiede tempo sia per l'impegno di formazione e aggiornamento degli operatori dei servizi coinvolti, sia per il rinnovato sforzo di collaborazione integrata fra operatori di molteplici professionalità chiamati a lavorare insieme, da pari a pari, per il comune obiettivo del miglioramento clinico e organizzativo dell'assistenza alle persone di diverse età con disturbi del comportamento alimentare.

In linea con gli orientamenti del Piano sanitario regionale 1999-2001, il documento è indirizzato agli operatori impegnati nell'assistenza ai DCA quale contributo alla costruzione e condivisione di percorsi comuni per la promozione della salute in Emilia-Romagna.

Introduzione

Nel marzo 2000 l'Assessorato alla sanità della Regione Emilia-Romagna, nell'ambito della riorganizzazione dei servizi per la salute mentale, ha inviato alle Aziende sanitarie indirizzi contenenti le *Linee sull'organizzazione dei Servizi per i disturbi del comportamento alimentare*. Tali *Linee* prevedevano di

attivare un gruppo regionale di coordinamento con il compito di monitorare le attività dei servizi per il trattamento dell'anoressia/bulimia e riformulare eventualmente le presenti linee guida sulla base dell'evidenza dei risultati monitorati e delle nuove conoscenze scientifiche nazionali e internazionali.

Fra il 2001 e i primi mesi del 2002 è stato quindi predisposto un questionario per la rilevazione dello stato di attuazione dei suddetti indirizzi attraverso un'indagine presso le Aziende sanitarie della regione e le strutture private operanti in questo settore.

Nel documento ministeriale del 1998 (Ministero della sanità, 1998) i valori di prevalenza dei disturbi del comportamento alimentare (DCA) in Italia nelle donne fra i 12 e i 25 anni sono:

- anoressia nervosa (AN) 0,3%;
- bulimia nervosa (BN) 1%;
- disturbi dell'alimentazione non altrimenti specificati (EDNOS - *Eating Disorder Not Otherwise Specified*) 6%.

Il disturbo da alimentazione incontrollata (BED - *Binge Eating Disorder*) è calcolato intorno al 10-30% della popolazione obesa adulta, benché la sua valutazione dipenda molto dai diversi criteri diagnostici utilizzati dai ricercatori; scende infatti a 3-7% se si usano le indicazioni del DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994).

Secondo i dati sopra riportati ci si dovrebbe attendere che nella popolazione dell'Emilia-Romagna fossero presenti dalle 4.000 alle 8.000 persone affette da disturbi del comportamento alimentare, di cui oltre 4.000 con anoressia o bulimia nervose. Tenendo conto di questi dati, nella popolazione femminile di 14-25 anni dell'Emilia-Romagna l'atteso è di 652 casi con anoressia nervosa, 2.175 con bulimia nervosa e 13.050 con disturbi dell'alimentazione non altrimenti specificati.

Di seguito si riportano i risultati dell'indagine svolta, e le conseguenti riflessioni e proposte da parte del Gruppo regionale di coordinamento, cui sono stati chiamati a partecipare gli esperti regionali del settore, anche su segnalazione delle stesse Aziende.

Materiali e metodi

Nel dicembre 2001 è stato inviato ai Dipartimenti di salute mentale delle Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna un primo questionario sintetico relativo ad alcuni aspetti di carattere generale sulle iniziative intraprese in riferimento a:

- protocolli diagnostico-terapeutici,
- rete integrata,
- identificazione di un apposito gruppo aziendale o di un responsabile per l'attivazione di percorsi,
- coinvolgimento dei diversi servizi aziendali.

Nel febbraio 2002, previa valutazione congiunta con le Direzioni sanitarie sulla fattibilità dell'indagine, è stato inviato un secondo questionario, con la richiesta che ogni servizio, area, Unità operativa dell'Azienda che ha in trattamento / in carico pazienti con disturbi del comportamento alimentare lo compilasse secondo le attività svolte nella propria realtà. Nella Tabella 1 (nell'*Allegato 1*) sono descritte le principali caratteristiche delle strutture che hanno aderito all'indagine.

Il questionario era costituito da diverse sezioni mirate a investigare:

- dati epidemiologici (caratteristiche dei pazienti per età, sesso, residenza; globalmente in carico nel 2001; nuove diagnosi nel 2001; in cura con psicofarmaci; per tipologia - AN, BN, BED, altro);
- iniziative di formazione/aggiornamento, ricerca, informazione e comunicazione;
- conoscenza delle realtà del capitale sociale e del privato.

A parte si richiedevano ulteriori dati quali/quantitativi sulle attività di tipo ambulatoriale, *day hospital* e ricovero in degenza ordinaria.

I risultati sono stati quindi elaborati presso il Servizio di salute mentale dell'Assessorato alla sanità della Regione Emilia-Romagna e valutati dal Gruppo regionale di coordinamento sui DCA. Il Gruppo ha inoltre esaminato il materiale allegato dalle Aziende, al fine di valutarne la reale coerenza con gli obiettivi fissati dalla direttiva regionale e l'eventuale riproducibilità.

Risultati

Le tabelle qui di seguito citate sono riportate in Allegato 1.

- Nella Tabella 1 sono elencate sinteticamente le tipologie delle strutture che hanno risposto all'indagine;
- in Tabella 2 sono descritte analiticamente le singole strutture, suddivise per Azienda sanitaria di riferimento, con l'indicazione quantitativa sintetica della popolazione assistita nel 2001 per disturbi del comportamento alimentare;
- nelle Tabelle 3 e 4 sono presentate globalmente le caratteristiche dei pazienti seguiti presso le strutture sanitarie regionali per età, sesso, residenza, in carico al 31/12/2001 e le nuove diagnosi nel 2001. I dati più salienti si possono così riassumere:
 - al 31/12/2001 risultano in totale 3.235 pazienti con disturbi del comportamento alimentare in carico alle strutture regionali, di cui 197 maschi e 3.038 femmine; di questi oltre il 10% non risiede nella regione;
 - 440 sono di età inferiore a 18 anni, di cui 55 <14 anni; 365 femmine; 60 provenienti da altra regione;
 - il numero di pazienti femmine con DCA fra 14 e 25 anni residenti in regione è di 1.477 (si veda anche *Tabella 7*);
 - nel corso del 2001 sono state poste nuove diagnosi di disturbi del comportamento alimentare in 1.454 persone, di cui: 125 maschi e 1.329 femmine; il 13% circa non risiede in Emilia-Romagna; 212 sono di età inferiore a 18 anni, di cui 35 <14 anni; 194 femmine; 33 di altra regione.
- Nella Tabella 5 sono riportati gli stessi dati per singole Aziende sanitarie e strutture private rispondenti. Da questi dati è possibile dedurre quali realtà abbiano una esperienza consolidata e quali esercitino maggiore attrazione sulla popolazione, proveniente dal territorio di riferimento, dal resto della regione o da altre regioni.
- In Tabella 6 sono descritte le caratteristiche dei pazienti secondo la specifica patologia (anoressia, bulimia, ecc.) e tipologia assistenziale (ambulatorio, *day hospital*, degenza ordinaria), per singole Aziende sanitarie e a livello regionale. In particolare, emerge che il numero globale delle persone con AN e BN seguite presso ambulatori e *day hospital* è pressoché equivalente (circa 900); anoressia e bulimia rappresentano ciascuna oltre un quarto della casistica totale riferita (3.496).
- Nella Tabella 7 sono analizzati i risultati sulla popolazione femminile fra 14 e 25 anni assistita presso le strutture dell'Emilia-Romagna, sia per quanto riguarda la territorialità e la tipologia della struttura, sia rispetto alla popolazione residente. In calce alla stessa tabella sono evidenziate le medesime caratteristiche per la provincia di Bologna che, nelle sue numerose strutture (territoriali, ospedaliere, universitarie, pubbliche e private), risulta seguire oltre un quarto dell'intera popolazione assistita nella regione.

- La Tabella 8 evidenzia che sette strutture territoriali di neuropsichiatria dell'età evolutiva (NPEE) hanno riferito di avere in carico il 42,7% della popolazione di età inferiore a 18 anni con DCA seguita dalle strutture territoriali. Di queste, la NPEE di Rimini gestisce il 60,5%, con una prevalenza di persone in età superiore ai 18 anni; le altre sei strutture hanno in carico il 10% della popolazione con disturbi del comportamento alimentare di età inferiore a 18 anni, con una prevalenza di sesso maschile. La struttura ospedaliera di Bologna ha in carico il 73,3% della popolazione di questa fascia di età globalmente riferita dalle NPEE regionali (41,8% della regione); la stessa struttura ha anche in carico il 7,6% dei pazienti con DCA di età superiore a 18 anni globalmente seguiti dalle strutture regionali.

Discussione

Va innanzitutto premesso che i dati fanno riferimento a un'indagine *ad hoc*, tesa a valutare l'attuazione delle linee regionali in tema di disturbi del comportamento alimentare da parte delle strutture sanitarie regionali, e che non ha finalità prettamente statistico-epidemiologiche. I dati danno comunque un orientamento epidemiologico su questo tipo di disturbi in Emilia-Romagna, che andrà confermato e perfezionato con l'istituzione di un adeguato sistema informativo e con la definizione di criteri omogenei di raccolta dei dati (es. diagnostici, ecc.) e specifici indicatori condivisi.

Le considerazioni che emergono dall'osservazione dei risultati, dedotte anche dall'analisi dei dati quali/quantitativi, sono comunque rilevanti.

- Globalmente, il numero di pazienti con disturbi del comportamento alimentare residenti in regione noto ai servizi intervistati è sensibilmente inferiore all'atteso.
- Solo 1.477 ragazze con DCA fra 14 e 25 anni (0,4% della popolazione femminile di pari età) sono seguite dai servizi regionali intervistati, pubblici e privati; tale valore costituisce la metà dei 4.132 casi attesi (di cui 2.827 per anoressia + bulimia nervose) in questa fascia di età.
- Ciò lascia supporre una scarsa capacità dei servizi regionali di base e/o specialistici nel rilevare e porre corrette diagnosi, ovvero un elevato ricorso dei cittadini con DCA - in particolare dell'utenza con bulimia nervosa in tarda adolescenza e giovane adulta - alle cure di professionisti privati, non raggiunti dalla presente indagine. Questa considerazione è anche confermata dalla diversa tipologia di disturbi del comportamento alimentare riscontrata fra l'utenza delle strutture pubbliche e private (*Tabella 6*).
- Si rileva una scarsa e disomogenea integrazione delle diverse professionalità e competenze specialistiche. I pazienti sono per lo più assistiti in strutture competenti in malattie endocrino-metaboliche, gastroenterologiche, internistiche, ginecologiche, spesso senza la partecipazione di competenze psichiatriche-psicologiche; o, viceversa, sono seguiti presso strutture per la salute mentale con scarsa definizione dei percorsi integrati con le competenze internistiche.
- Anche il coinvolgimento dei pediatri di libera scelta e/o dei medici di medicina generale risulta spesso limitato o assente, così come viene riscontrato e lamentato uno scarso collegamento con le strutture del territorio quando i pazienti sono seguiti presso strutture ospedaliere (in particolare presso Centri universitari di Aziende ospedaliere) e/o private.
- Età evolutiva: le 12 strutture aziendali di neuropsichiatria infantile che hanno compilato il questionario sono da riferire solo a 7 Aziende USL; peraltro la quota di popolazione assistita da queste strutture è ridotta, e il loro coinvolgimento in iniziative di formazione e aggiornamento su questo tema è pressoché assente.

- Allo stesso modo non figurano significative iniziative di aggiornamento del personale delle strutture per la Salute Donna, che in modo disomogeneo riferiscono di seguire un ridotto numero di pazienti.
- Una delle prime considerazioni è dunque quella di una scarsa accessibilità delle strutture, particolarmente da parte della fascia di utenti in età evolutiva, da attribuirsi sia a una scarsa informazione, sia probabilmente a una sottovalutazione del problema e dell'impegno di alcuni professionisti da parte delle rispettive strategie aziendali.
- La lunga durata media dei trattamenti, di per sé segno di inappropriato trattamento nella maggioranza dei casi, potrebbe essere uno degli indicatori del malfunzionamento dei servizi, della scarsa definizione di chiari protocolli e percorsi.
- La disomogeneità territoriale si riscontra anche nell'uso delle tipologie assistenziali (ambulatorio, *day hospital*, ricovero in degenza ordinaria). Oltre a costituire una criticità in termini di appropriatezza d'uso delle strutture, questo aspetto può comportare problemi di carattere amministrativo per la diversa tariffazione delle stesse prestazioni e il relativo riscontro economico di valutazione globale.
- In conseguenza dello scarso e disomogeneo lavoro integrato delle diverse professionalità e competenze specialistiche, è presumibile il disagio per gli utenti e l'ampio margine di miglioramento dell'efficacia delle cure, in particolare per l'età evolutiva in cui classicamente insorgono i primi sintomi di questi disturbi.

Diagnosi

Nell'Allegato tecnico 2A sono sintetizzate le principali caratteristiche cliniche utili alla definizione/classificazione diagnostica delle diverse forme di disturbi del comportamento alimentare, secondo il DSM-IV per gli adulti (American Psychiatric Association, 1994; *Allegati 2A-1, 2A-2 e 2A-3*) e le indicazioni del Great Ormond Street (GOS) Hospital for Children di Londra per l'età pediatrica (Bryant-Waugh, 2000; *Allegato 2A-4*).

Il sistema informativo della neuropsichiatria dell'età evolutiva (SINPI) attivo in Emilia-Romagna sin dai primi anni '90 utilizza il sistema di classificazione ICD-X (*Allegato 2A-5*).

Offerta terapeutica

È in generale riscontrata la necessità che l'assistenza alle persone con disturbi del comportamento alimentare sia condotta da *team* multiprofessionali e interdisciplinari che, nel reciproco rispetto delle singole competenze, offrano al paziente percorsi personalizzati, a seconda delle differenti specificità sia per tipologia clinica e relativa gravità, sia per età, condizione sociale, familiare, ecc., sia infine per le diverse tipologie organizzative dei servizi e delle relative professionalità presenti.

Alla varietà di tipologie di trattamento offerte non sempre fa riscontro al momento una provata efficacia terapeutica. Sono ben poche le situazioni di disturbi del comportamento alimentare in cui la medicina basata sulla evidenza offra oggi riferimenti.

Gli stessi trattamenti vanno personalizzati laddove, ad esempio, la terapia familiare può essere enfatizzata nell'adolescente con DCA mentre presenta incerti risultati in età adulta. È altresì impossibile porre limiti predefiniti in questo approccio, non potendosi a priori indicare che il passaggio fra l'età adolescente e adulta sia per tutti quella anagrafica dei 18 anni. È inoltre da rivedere l'opportunità di cambiare il clinico di riferimento al compimento del 18° anno per un'affezione nella quale il rapporto di fiducia con il curante è di fondamentale importanza ai fini dell'efficacia del trattamento.

Solo l'esperienza e l'interdisciplinarietà, il fattivo confronto fra i diversi specialisti dell'età evolutiva e adulta, il monitoraggio dei risultati delle singole tipologie di trattamento attuate nelle diverse realtà assistenziali, potranno permettere nel tempo la condivisione di protocolli di provata efficacia e l'abbandono di pratiche rivelatesi inutili o dannose.

Nell'Allegato 2B vengono descritti i principali trattamenti e acquisizioni scientifiche sul tema dei disturbi del comportamento alimentare dedotti dalla letteratura corrente: in particolare ci si sofferma su terapia nutrizionale, terapia internistica, psicoterapie e terapia farmacologia.

Secondo Paul Garfinkel,

Il lavoro degli ultimi dieci anni ha evidenziato la necessità di trattamenti individualizzati sulla base delle esigenze del paziente. Ma c'è anche la generale accettazione del valore della riabilitazione o della stabilizzazione nutrizionale prima che i pazienti possano significativamente beneficiare della psicoterapia. I tipi di psicoterapia utili variano. Studi del Maudsley Hospital di Londra hanno documentato il valore della terapia familiare per i giovani affetti da anoressia restrittiva. I pazienti anoressici più anziani e i bulimici traggono beneficio dalla terapia cognitiva e comportamentale, che è stata descritta molto più accuratamente nel caso della bulimia nervosa. È risultato inoltre che quest'ultimo gruppo trae beneficio anche dalla terapia interpersonale. Anche i farmaci antidepressivi, inclusi gli inibitori del riassorbimento della serotonina, si sono dimostrati utili per i pazienti bulimici anche se in studi controllati non siano risultati tanto utili quanto i trattamenti psicologici. (In Allegato 2F è riportata la relazione presentata al Congresso della Società italiana per i disturbi del comportamento alimentare, giugno 2002.).

Appropriatezza clinica

Per quanto attiene la medicina basata sull'evidenza, sono pochi al momento i dati di certezza per il corretto comportamento clinico da tenere nelle diverse forme di disturbi del comportamento alimentare. In sintesi, infatti:

- il punto conclusivo per l'anoressia nervosa è il persistere dell'assenza di dati: lo *standard* della cura continua a essere definito come l'opinione migliore di esperti piuttosto che una migliore evidenza. I *trial* controllati continuano a dare risultati modesti o equivoci se non per un numero limitato e definito di sottogruppi di soggetti con anoressia. Lo sforzo è quello di raccogliere dati nel modo più rigoroso possibile;

- il punto conclusivo per la bulimia nervosa è che la terapia cognitivo-comportamentale (CBT) rappresenta la linea di trattamento di prima scelta; il vero problema è lo studio dei fallimenti e delle opzioni terapeutiche. Le alternative includono la terapia farmacologica e modelli di CBT innovativi;
- il punto conclusivo per il disturbo da alimentazione incontrollata è la costante associazione con l'obesità e con la comorbidità psicologico-psichiatrica. Sebbene i dati siano ancora scarsi, esiste sufficiente evidenza che l'autoaiuto, la terapia cognitivo-comportamentale, la psicoterapia interpersonale e la terapia comportamentale per il controllo del peso sono trattamenti raccomandati;
- il punto conclusivo sugli psicofarmaci è che per l'anoressia nervosa non ci sono evidenze se non il fatto che gli inibitori selettivi del riassorbimento della serotonina possono ridurre la probabilità di ricaduta quando il peso sia stato raggiunto. Gli antidepressivi sono chiaramente utili nella bulimia nervosa ma non esistono conclusioni sulle caratteristiche dei candidati, su quando iniziare la terapia e per quanto tempo prostrarla. Emergono anche dati di evidenza per l'uso degli antidepressivi nel disturbo da alimentazione incontrollata.

Rientra nei termini dell'appropriatezza l'approccio multidimensionale di *team* costituiti da professionisti specificamente formati per l'assistenza ai disturbi del comportamento alimentare in tutte le fasi del percorso e nelle diverse tipologie assistenziali (degenza ospedaliera, *day hospital*, ambulatoriale) (*Allegato 2C*). È implicito che non è più proponibile il trattamento dei DCA in modo monoprofessionale o monodimensionale.

Età dei pazienti con disturbi del comportamento alimentare

La programmazione di appropriati interventi diagnostico-terapeutici per i disturbi del comportamento alimentare deve tenere conto delle diversità e peculiarità determinate dalla fascia di età di appartenenza del paziente. In questo senso si possono distinguere tre gruppi.

Prepubere

Pazienti che devono afferire a strutture che si occupano dell'età pediatrica capaci di organizzare percorsi appropriati per identificare la categoria diagnostica e cioè il tipo di alterazione del comportamento alimentare (secondo il DSM-IV, in questo caso non si può parlare di DCA).

Nei bambini con disturbi dell'alimentazione può essere preferibile in certi casi applicare i criteri diagnostici elaborati al Great Ormond Street Hospital for Children di Londra (Bryant-Waugh, 2000) per il trattamento di anoressia nervosa, bulimia nervosa, evitamento emotivo del cibo, alimentazione selettiva, alimentazione restrittiva, rifiuto del cibo, disfagia funzionale, rifiuto pervasivo (*Allegato 2A-4*).

Adolescente

Pazienti che, pur essendo sintomatologicamente simili ai pazienti adulti, hanno bisogno di un percorso appropriato. Tale percorso, che richiede il coinvolgimento di specialisti dell'età evolutiva, è caratterizzato fra l'altro da una valutazione accurata delle dinamiche familiari nella fase diagnostica e dall'offerta di una terapia familiare sistemica, che solo in questa fascia di età è considerata intervento di provata efficacia (*Allegato 2B-5*).

Adulto

Pazienti che nella maggior parte dei casi presentano un disturbo del comportamento alimentare che - esclusa una esigua minoranza a insorgenza tardiva - può essere considerato come una cronicizzazione di un disturbo a esordio nell'adolescenza e/o non trattato in modo appropriato. In questi pazienti la fase diagnostica deve approfondire le caratteristiche dei fattori di mantenimento e gli aspetti di comorbidità psichiatrica.

Sistema informativo

Il monitoraggio del miglioramento dell'organizzazione dell'assistenza ai pazienti con disturbi del comportamento alimentare, dell'efficacia dei diversi trattamenti, dello stesso sviluppo di un sistema terapeutico integrato, non può prescindere dalla possibilità di valutare i risultati con una raccolta strutturata e razionale di dati e l'elaborazione degli stessi. Al fine di garantire una raccolta utile ai fini statistici ed epidemiologici è necessario unificare il linguaggio, concordare i criteri di classificazione diagnostica e di espressione delle diverse tipologie di trattamento, gli indicatori sintetici di attività, ecc.

Le esperienze di monitoraggio attuate in alcune realtà dell'Emilia-Romagna (per esempio, a Ravenna e Cesena sono in corso due ricerche epidemiologiche sui pazienti con DCA; a Bologna è stato valutato il comportamento alimentare negli alunni delle scuole medie della provincia) possono costituire un valido riferimento di partenza per avviare la costruzione di un *database* utile al monitoraggio regionale dei diversi aspetti dell'assistenza ai disturbi del comportamento alimentare (promozione della salute, età, comorbidità, ecc.).

La rilevazione deve prevedere dati anagrafici, antropometrici, anamnestici, diagnostici e terapeutici, ovvero i principali percorsi attuati con particolare riferimento ai risultati ottenuti e distinti in risultati di processo e risultati di esito. I risultati di processo sono indispensabili perché la *compliance* tende a essere seriamente compromessa nei disturbi del comportamento alimentare per l'intrinseca resistenza al trattamento. Se vi sono risultati di processo, si possono valutare anche quelli di esito. Possono essere considerati indicatori dei risultati di processo i *drop out* dopo la prima intervista, dopo il percorso diagnostico, durante il percorso terapeutico, o l'adesione alle singole componenti del percorso terapeutico integrato e il completamento di tutto il percorso proposto.

Il Gruppo è quindi impegnato a costruire un sistema informativo regionale sui disturbi del comportamento alimentare che permetta nel tempo di confrontare le diverse condotte cliniche per arrivare a condividere gli atteggiamenti più corretti da tenere nei confronti delle varie tipologie di pazienti con questi disturbi.

Prevenzione, promozione della salute, correzione dei fattori di rischio

L'esordio clinico dei disturbi del comportamento alimentare è prevalente in età adolescenziale, pur riconoscendo alcuni prodromi sintomatologici in età prepuberale. Il riscontro di DCA in età adulta rappresenta il più delle volte l'esito di situazioni non riscontrate o non adeguatamente trattate in età evolutiva, o comunque cronicizzate.

La prevenzione dei disturbi del comportamento alimentare e la promozione della salute per le persone affette o a rischio di presentare questo tipo di affezioni dovrebbero quindi rivolgersi prevalentemente a interventi di miglioramento nell'età evolutiva, di tipo educativo o clinico.

I medici di famiglia - pediatri di libera scelta, medici di medicina generale - responsabili della salute in queste fasce di età (rispettivamente <14 anni, >6 anni) sono i più qualificati a condurre una corretta promozione della salute, supportati da interventi dei pediatri di comunità (per esempio con tabelle dietetiche scolastiche, una corretta informazione alle famiglie e agli insegnanti, ecc.), degli operatori del Consultorio Giovani (nei casi di amenorrea, ecc.), e delle altre componenti professionali del Dipartimento delle cure primarie, della neuropsichiatria infantile e del Dipartimento di salute mentale (psichiatria, SerT, ecc.).

Già la direttiva del 2000 *Linee sull'organizzazione dei Servizi per i disturbi del comportamento alimentare*, prevedendo la costituzione di una struttura regionale di riferimento, intendeva favorire la realizzazione di una rete formativa e assistenziale per promuovere la salute negli adolescenti riguardo ai disturbi del comportamento alimentare, laddove al paragrafo "La rete dei servizi" si legge:

[...] Sinteticamente il pediatra e il medico di medicina generale sono i primi attivatori della rete. [...]

I Servizi di neuropsichiatria infantile e di psichiatria adulti, attivati dal pediatra o dal medico di medicina generale, costituiranno gli elementi centrali della rete di primo livello. Ad essi è affidata l'attuazione degli interventi terapeutici, della psicoterapia individuale, familiare, gruppal, degli interventi psicofarmacologici e del trattamento semiresidenziale o residenziale, se necessario l'allontanamento dalla famiglia.

Sinteticamente il loro compito sarà:

- *di rimando, nel caso siano stati attivati come consulenti dai pediatri o dai medici di famiglia, o di supporto a questi ultimi qualora, come spesso accade, le persone e le loro famiglie rifiutino di riconoscere le implicanze psicopatologiche del disturbo del comportamento alimentare;*
- *di presa in cura come responsabili del progetto personalizzato integrato;*
- *di invio al presidio ospedaliero o alle strutture private accreditate per il trattamento personalizzato e secondo protocolli che definiscano le modalità di integrazione tra servizi ospedalieri e territoriali;*
- *di invio al terzo livello nei casi particolarmente gravi.*

Nelle Aziende dovrà essere attivata una collaborazione strutturata, fortemente integrata, tra tutti quei servizi e dipartimenti che si occupano delle problematiche dell'adolescenza e dell'età adulta, con particolare riferimento al SerT, sulla base di specifiche esperienze già attivate in ambito aziendale. A tal fine si individueranno dei programmi (programma adolescenza e programma età adulta) ai quali far collaborare i diversi operatori, garantendo la multidisciplinarietà, coordinati da un professionista di chiara competenza professionale e organizzativa, di nomina aziendale.

[...] A costituire parte fondamentale del terzo livello e per il completamento della rete (risposta di ricovero per le situazioni complesse e particolarmente gravi) il territorio regionale dovrà essere dotato di una struttura a valenza regionale, in ambito universitario, per l'infanzia e l'adolescenza che operi già da alcuni anni nel trattamento dei disturbi del comportamento alimentare - che possa garantire l'assistenza dei casi particolarmente gravi di anoressia e bulimia nervose e in particolare ricerca e formazione integrata con i Servizi delle diverse Aziende sanitarie.

Le principali considerazioni che il Gruppo intende porre sono di seguito sintetizzate, e riproposte per intero nell'Allegato tecnico 2D.

- È fondamentale avere la capacità di rilevare il problema e di educare a nuovi stili di vita: la letteratura non è ancora in grado di dire "cosa fare" ma può dare alcune indicazioni su "cosa non fare"; si pensi ad esempio al grande rischio delle diete speciali o dei farmaci nell'attività sportiva, o all'importanza psicologica attribuita al peso nelle scuole di danza.
- Importante è il coinvolgimento del medico di medicina generale e del pediatra di libera scelta, non solo per affinare le loro capacità diagnostiche ma anche per conoscere meglio i fattori di rischio delle singole persone che potrebbero determinare lo sviluppo di disturbi del comportamento alimentare (alcune patologie dell'infanzia - ad esempio il diabete mellito o la celiachia - richiedono diete specifiche).
- Sarebbe anche importante tenere conto dei fattori di protezione, fra i quali non va dimenticata l'educazione ai valori etici, la responsabilità individuale, lo sviluppo di capacità critica e di discernimento, ecc.
- Le diverse figure di adulti significativi (genitori, insegnanti, allenatori sportivi, ecc.) non devono essere de-responsabilizzate delegando l'educazione alla salute ai tecnici; vanno invece coinvolte con una discussione e una programmazione fra pari nella quale, con l'ausilio e il supporto di specifici esperti formatori, sono chiamate a essere protagonisti della promozione della salute anche in questo campo.
- Spesso le indagini condotte nelle scuole e le connesse iniziative di educazione alla salute non hanno sortito l'effetto di contrastare le patologie né sono state in grado di indurre almeno minimi miglioramenti. Il supporto alla popolazione in età scolastica va attuato attraverso l'informazione e la formazione da parte dei diversi esperti

(psicologo, nutrizionista, ecc.) alle figure adulte di riferimento (genitori, insegnanti, pediatri di comunità) in una logica di lavoro integrato da cui far discendere progetti e comportamenti corretti e responsabili.

- Le strutture sanitarie di riferimento per le diverse età devono garantire che i propri professionisti siano in grado di supportare la promozione della salute anche rispetto ai disturbi del comportamento alimentare degli utenti *target*: ad esempio, il Consultorio Giovani e/o il ginecologo del Consultorio devono saper trattare con le adolescenti che spesso si rivolgono a loro per problemi di contraccezione, amenorree, ecc.

Continuità del percorso assistenziale integrato

In tutti i casi, i professionisti delle diverse strutture vanno sensibilizzati ad affinare la propria capacità di rilevare il problema precocemente.

A questo impegno formativo delle Aziende si associa quello del governo clinico di fornire riferimenti certi per l'invio delle persone in cui si sospettano forme di disturbo del comportamento alimentare, attraverso una chiara definizione dei percorsi assistenziali, delle singole tappe e dei necessari collegamenti strutturali e funzionali, con la costruzione di un Programma DCA in cui siano identificati i diversi nodi e maglie della rete della continuità assistenziale.

La continuità deve essere intesa nella sua più ampia accezione, sia nell'organizzazione (fra professionisti, servizi territoriali e ospedalieri, di diverse discipline, di base e specialistiche), sia rispetto a diversi *target* (fasce di età: prepubere, adolescente, adulta).

Sia per la psichiatria che per la neuropsichiatria dell'età evolutiva è in atto, con diversi gradi di completezza, una riorganizzazione tesa a offrire al cittadino-utente un'unica struttura di riferimento quale porta di accesso al Servizio (rispettivamente Centro di salute mentale e Servizio di neuropsichiatria dell'età evolutiva). Attraverso questa porta, e a seconda dell'età dell'utente, il Programma aziendale deve disegnare e offrire un percorso facilitato di continuità assistenziale integrata per i disturbi del comportamento alimentare.

In sintesi, il protocollo terapeutico integrato definisce che il *management* è multidimensionale, multidisciplinare e multiprofessionale. Gli operatori devono essere formati ad affrontare il lavoro in gruppo e in rete, nell'ambito di piani di trattamento complessi e di lunga durata.

L'integrazione delle professionalità va vista non come sovrapposizione di ambiti professionali o come somma di competenze, ma come esplicitazione di un tentativo più impegnativo e più serio di impostare l'intero *iter* terapeutico. Le modalità operative si giocano sull'unitarietà del *team* che fa perno sulla condivisione a priori di un percorso diagnostico terapeutico, fa riferimento a linee guida ed è centrata sulla discussione settimanale dei casi tra tutti gli operatori. Mantenendo la loro professionalità, gli specialisti non sono configurati all'interno di una struttura *ad hoc* ma di fatto operano intorno al paziente e sono guidati da una *leadership* che si stabilisce all'interno del *team* multidisciplinare, orientata all'efficacia del trattamento e al benessere del paziente,

piuttosto che a singoli protagonisti degli operatori. In Allegato 2D si riporta un approfondimento sul tema della multidimensionalità del *team* per la gestione dei disturbi del comportamento alimentare.

Il percorso integrato della continuità assistenziale (vedi *Schema* in fondo al presente capitolo) dovrà quindi articolarsi attraverso vari livelli di competenza.

- Livello base: il medico di famiglia (pediatra di libera scelta o medico di medicina generale) pone il sospetto di DCA e invia al *team* per l'assistenza.
- 1° livello: una volta posta la diagnosi, il *team* prende in carico il paziente programmando il trattamento personalizzato.

Anche in collaborazione, previa specifici accordi, con Aziende sanitarie limitrofe e/o Aziende ospedaliere che esistono sul proprio territorio, ogni Azienda affida al Dipartimento di salute mentale l'individuazione di un *team* per i disturbi del comportamento alimentare con caratteristiche multidimensionali per l'organizzazione dei percorsi assistenziali e la costruzione dei necessari collegamenti funzionali.

Questo *team* deve essere individuato chiaramente e messo in condizioni di lavorare in rete con le diverse realtà distrettuali dell'Azienda, con le strutture ospedaliere e residenziali di riferimento.

Il numero dei pazienti con DCA e la necessità di garantire loro una continuità assistenziale, anche in termini di relazioni personali con i professionisti di riferimento, fanno raccomandare di non disperdere gli interventi fra gli operatori delle numerose strutture ambulatoriali del territorio aziendale. È anche auspicabile una articolazione delle attività programmate degli stessi specialisti in eventuali sedi periferiche, al fine di facilitare l'accessibilità ai pazienti residenti in situazioni geograficamente distanti dalla sede centrale del *team*.

- 2° livello: si considerano di 2° livello le strutture, in genere di riferimento sovra-aziendale, in grado di offrire risposte specialistiche (ricovero, riabilitazione, residenzialità o semiresidenzialità) a completamento dei percorsi clinici aziendali.

Strutture ospedaliere: sono in grado di accogliere pazienti con disturbi del comportamento alimentare in regime di degenza ordinaria, *day hospital* e/o ambulatoriale in *day service*. Nel rispetto degli accordi aziendali, tali strutture possono essere responsabili dell'intero percorso assistenziale, dalla presa in carico alla dimissione, o costituire un riferimento sovra-aziendale per funzioni di 2° livello.

Un'assistenza appropriata ai DCA deve riservare il ricovero in degenza ordinaria presso le strutture ospedaliere ai casi particolarmente gravi di anoressia e bulimia nervose, così come definiti dalla direttiva del 2000 già citata:

... situazioni di particolare complessità che possono richiedere interventi in regime di ricovero in strutture specializzate con programmi integrati.

Riguardo alle "condizioni che, da sole o combinate, possono rendere indispensabile un ricovero d'urgenza", le *Linee guida* del Ministero della sanità (1998) indicano:

- perdita di peso >40% (più temibile se si è verificata in poco tempo) e rifiuto ad alimentarsi;
- squilibri elettrolitici, in particolare ipopotassemia;
- disturbi psichici gravi e rischio di suicidio;
- necessità di una separazione dalla famiglia per interazioni patologiche non controllabili.

Nella costruzione delle reti aziendali, provinciali, regionali, si raccomanda di ricomprendere centri ospedalieri presso i quali siano documentate strutture esperienze e competenza nel trattamento dei disturbi del comportamento alimentare nelle diverse fasce di età. Nella Tabella 1 nell'Allegato 1 sono indicate le strutture pubbliche e private in Emilia-Romagna con queste caratteristiche di affidabilità, cui i Programmi aziendali e i *team* DCA potranno fare riferimento per un eventuale completamento diagnostico e/o presa in carico concordata.

Strutture residenziali: le stesse *Linee guida* ministeriali citate sottolineano che:

un aspetto importante e spesso trascurato, anche per grave carenza di strutture specialistiche adeguate, è quello del trattamento residenziale e semiresidenziale a medio termine (da un mese a un anno) per i casi gravi e resistenti. (si veda Allegato 2F).

Nell'ambito dei lavori del Gruppo è stata riscontrata la necessità di strutture di tipo residenziale o semiresidenziale ove sperimentare, eventualmente in modo cogestito sovra-aziendale, trattamenti prolungati di riabilitazione per alcune tipologie di persone con DCA, prevalentemente di età adolescente e giovane-adulta. Peraltro, tale tipologia assistenziale non trova adeguata collocazione in ambiente ospedaliero o ambulatoriale in quanto richiede una ambientazione di tipo domestico (cucina, sala da pranzo; personale educativo, tempi prolungati, ecc.).

Per carenza di strutture specifiche, attualmente in Emilia-Romagna si dà risposta alla necessità di tipologia semiresidenziale con la modalità del *day hospital* presso strutture ospedaliere (per esempio il Servizio di neuropsichiatria dell'età evolutiva dell'Azienda ospedaliera di Bologna; Villa Maria Luigia a Parma).

È auspicabile che nella definizione e strutturazione della rete regionale siano indicate caratteristiche e modalità condivise per 2-3 strutture di riferimento sovra-aziendale e sovra-provinciale presso le quali sperimentare interventi di riabilitazione specifica per questa tipologia di pazienti.

È anche presumibile che, con il migliorare dell'organizzazione dell'assistenza e della competenza dei professionisti nei *team* di 1° livello, il rilievo precoce della patologia e l'avvio di trattamenti appropriati, ambulatoriali, di *day hospital* o residenziali, riduca nel tempo la necessità di ricorrere ai ricoveri in degenza ordinaria.

Collaborazione con il privato

L'indagine regionale ha permesso di rilevare l'importante ruolo che le strutture private, convenzionate e non, svolgono nell'assistenza al 17% dei pazienti con disturbi del comportamento alimentare in Emilia-Romagna in cura presso di loro (*Tabella 6 nell'Allegato 1*).

Pur non escludendo l'esistenza di altre strutture private con specifico interesse che non risultano dall'indagine, si prende atto positivamente dell'esperienza di Parma: previo specifico accordo con una struttura privata del proprio territorio, l'Azienda USL territoriale offre da anni risposta di 2° livello alla necessità di ricovero in degenza ordinaria e *day hospital* (anche con caratteristiche di semiresidenzialità) ai pazienti con DCA.

La definizione di apposite procedure di integrazione (remunerazione a pacchetto prestazionale secondo moduli concordati; messa in rete con le strutture territoriali, di cui il ricovero costituisce una tappa del percorso assistenziale; priorità nei tempi di attesa, ecc.) permette oggi alle Aziende USL in situazione di carenza di proprie strutture specialistiche per DCA, anche di altre regioni, di fare riferimento alla struttura parmense secondo un modello riproducibile di integrazione in rete delle diverse risorse pubbliche e private.

Come risulta dai dati in Tabella 5 (in *Allegato 1*), il basso numero di pazienti riferito in carico alla struttura di Parma è conseguenza della logica di continuità, per cui questa tipologia di assistenza è da considerarsi una tappa del percorso integrato, coordinato dalla struttura aziendale di residenza e inviante.

Aspetti amministrativi

L'anoressia e la bulimia nervose sono considerate dalla normativa corrente patologie croniche e invalidanti per cui è prevista l'esenzione dal *ticket* per le principali prestazioni specifiche (DLgs 29/4/1998 n. 124; DM 329/1999; DM 296/2001; nell'*Allegato 2G* sono elencate le prestazioni esenti). I dati raccolti dal Servizio Distretti sanitari dell'Assessorato alla sanità regionale nel dicembre 2001 hanno evidenziato che presso le Aziende USL dell'Emilia-Romagna nel 2000 sono state rilasciate 455 esenzioni per patologie croniche e invalidanti (ai sensi del DM 296/2001) aventi codice 005 "anoressia nervosa, bulimia".

Il Gruppo di lavoro segnala una frequente valorizzazione inappropriata delle prestazioni offerte nel campo dei disturbi del comportamento alimentare, spesso dovuta a difficoltà nel ricondurre specifiche tipologie di trattamento alle attuali disposizioni amministrative aziendali/regionali.

La Delibera di Giunta regionale n. 2582 del 16/12/2002 *Determinazione delle tariffe per prestazioni di assistenza ospedaliera in strutture pubbliche e private accreditate della Regione Emilia-Romagna applicabili a decorrere dall'1/1/2002* prevede all'Allegato 2 la "definizione e valorizzazione del percorso clinico assistenziale per il trattamento dei DCA" per i casi di anoressia nervosa, disturbi alimentazione SAI e bulimia (diagnosi

presenti in scheda nosologica rispettivamente come 307.1, 307.50, 307.51), in presenza di "condivisione del protocollo clinico assistenziale fra l'Azienda USL di residenza del paziente e i soggetti erogatori".

Il Gruppo propone di approfondire questa valutazione con l'aiuto di esperti del settore amministrativo, al fine di giungere a una omogenea valorizzazione delle stesse prestazioni sul territorio regionale anche attraverso un confronto con le realtà private.

È inoltre da prendere in considerazione la difficoltà di offerta di prestazioni di psicoterapia all'interno dei servizi (anche dove ritenuta utile) in relazione alla dotazione di personale in questi servizi.

Il Programma DCA

Per dare seguito operativo a quanto fin qui esposto, si pongono alcune raccomandazioni per la costruzione del percorso DCA aziendale o interaziendale, a seconda delle diverse configurazioni strutturali e/o territoriali. Tenendo presente che la continuità assistenziale può intendersi in senso sia strutturale (ad esempio all'interno di una stessa Unità operativa, Dipartimento, Azienda, ecc.) sia funzionale (fra professionisti di diverse Unità operative rivolte all'età evolutiva e all'adulto), sarà necessario:

- identificare l'*équipe* specialistica multidimensionale;
- prevedere la collaborazione di professionisti con competenze specifiche per le diverse età delle persone con disturbi del comportamento alimentare. Laddove non siano al momento disponibili specialisti dell'età evolutiva (pediatra, neuropsichiatra, ecc.) esperti in queste patologie, si dovrà provvedere con apposita formazione/aggiornamento o con progetti interaziendali di valorizzazione delle risorse umane già competenti in tale ambito;
- individuare il responsabile del percorso DCA, in accordo con il Dipartimento di salute mentale dell'Azienda (o di più Aziende, anche ospedaliere, in caso di programma interaziendale);
- prevedere e definire ruolo, compiti, doveri del responsabile del caso (*case manager*).

La ricerca dell'appropriatezza degli interventi deve anche mirare a evitare la ripetizione di esami ai diversi livelli (es. sospetto - medico di medicina generale; conferma - 1° livello, ecc.); sin dalle prime fasi della progettazione, la strutturazione delle relazioni con i Dipartimenti delle cure primarie si pone quindi l'obiettivo di coinvolgere i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta in merito a:

- aggiornamento sulle specifiche tematiche;
- definizione della valutazione "filtro" di loro competenza (dati anamnestici, esami, ecc.);
- modalità di reciproca comunicazione con i diversi livelli di assistenza e *follow up*.

Nella pianificazione degli interventi di adeguamento per l'assistenza ai disturbi del comportamento alimentare, l'allocazione delle risorse deve essere orientata ai seguenti obiettivi di miglioramento:

- provata efficacia di promozione della salute;
- diagnosi di certezza;
- appropriatezza del trattamento specifico (esami, psicoterapia, farmaci, tempi, ecc.);
- corretta informazione (a professionisti, cittadini, utenti).

Formazione e aggiornamento

I dati raccolti nell'indagine svolta in Emilia-Romagna dimostrano la grande variabilità dell'offerta sanitaria alle persone affette da disturbi del comportamento alimentare in termini sia di diversa accessibilità che di comportamenti clinici.

Si riscontra pressoché ovunque la mancata attuazione della direttiva per quanto riguarda la costruzione di percorsi clinici che coinvolgano le figure cardine della promozione della salute cioè i medici di famiglia (pediatri di libera scelta e medici di medicina generale).

Nelle situazioni in cui le professionalità impegnate sui DCA fanno riferimento a diverse Unità operative, viene denunciata una notevole difficoltà a integrare i diversi tipi di intervento per dare continuità organizzativa fra le strutture territoriali e ospedaliere.

Si ritiene quindi che per il miglioramento dell'assistenza ai disturbi del comportamento alimentare in regione sia necessario un progetto unitario di formazione e aggiornamento che, in modo differenziato a seconda delle professionalità e dei livelli coinvolti (di base e specialistico), si ponga l'obiettivo di uniformare il linguaggio culturale, scientifico e organizzativo, per l'effettiva costruzione di una rete locale e regionale di reciprocità fra tutti gli operatori coinvolti. In particolare si raccomandano i seguenti temi di approfondimento:

- classificazione dei disturbi del comportamento alimentare alla luce della recente letteratura scientifica, sia per quanto attiene l'età adulta che per le specificità di quella pediatrica;
- individuazione delle principali tipologie di comportamenti diagnostici e di trattamento appropriati: in ordine prioritario, le necessità formative riscontrate riguardano l'area della psicoterapia cognitivo-comportamentale, della riabilitazione nutrizionale specifica per DCA, del *counseling* e delle terapie familiari;
- lavoro in *team* e *team leadership*;
- miglioramento della comunicazione interna (fra operatori di diversi livelli, strutture, Aziende, ecc.) ed esterna (con il cittadino, utente, familiare, ecc.).

Schema-tipo di percorso di continuità assistenziale integrata per la promozione della salute e l'assistenza alle persone con DCA

Livello	base	1°	2°	regionale
Territorialità	Locale (AUSL di residenza)	Aziendale/provinciale (AUSL/AOsp)	Aziendale/sovra-aziendale (AUSL/AOsp)	Regione Emilia-Romagna
Funzione	Rilievo precoce, Invio a 1° livello	Diagnosi - presa in cura - riabilitazione Rimando a "base", Invio a 2° livello Invio a "residenza" **	Diagnosi - presa in cura ricovero* riabilitazione Rimando a 1° livello, Invio a "residenza" **	Formazione monitoraggio coordinamento
Struttura	Distretto/ Cure primarie	Dipartimento salute mentale - Programma DCA *	UO ospedaliere *** Strutture residenziali ^	Tavolo regionale
Attori				

* formalizzato, aziendale o interaziendale

** o ad "altra struttura" (es. Unità operativa ospedaliera) su delega del Dipartimento di salute mentale, secondo accordi interaziendali

*** con provata esperienza, di strutture pubbliche (AUSL, AOsp) o private, secondo accordi interaziendali

^ dedicate

Proposte finali

Impegni per la Regione

Al Tavolo regionale di coordinamento e monitoraggio, costituito dai responsabili delle strutture risultate attive e competenti nelle diverse Aziende sanitarie (territoriali e ospedaliere) della regione e dai referenti aziendali per i disturbi del comportamento alimentare, in continuità con lo scrivente Gruppo di lavoro, competono le seguenti funzioni:

- supporto e facilitazione nella costruzione della rete regionale per l'assistenza ai DCA;
- formazione integrata con i servizi delle diverse Aziende sanitarie, finalizzata all'incremento di competenze dei professionisti che lavorano nelle strutture sanitarie rivolte ai disturbi del comportamento alimentare;
- promozione della salute, anche in termini di interventi integrati con le diverse agenzie che operano in questo campo (sanità pubblica, Comuni, sport, associazionismo, ecc.).

Più esplicitamente il Tavolo regionale è chiamato ai compiti di seguito indicati.

- Definire il progetto di monitoraggio (scheda individuale, sistema informativo in rete, ecc.). La costruzione di un *database*/registro epidemiologico dovrebbe permettere nel tempo di acquisire appropriate informazioni epidemiologiche (es. numero di casi di anoressia, bulimia, ecc.; eliminazione dei doppioni per le persone che si rivolgono a più strutture assistenziali, ecc.) e di migliorare le modalità assistenziali (esami diagnostici; *follow up* clinico, farmacologico, psicoterapeutico, ecc.) attraverso un confronto metodico fra le varie esperienze documentate, laddove ancora esistono scarse linee condivise e non basate sull'evidenza scientifica (ad esempio per l'anoressia nervosa). La verifica e il monitoraggio dello stato di avanzamento del Programma regionale DCA dovrebbe consentire al Gruppo di elaborare e aggiornare eventuali proposte di adeguamento/miglioramento tecnico-organizzativo; a questo scopo il Gruppo individuerà un *set* ridotto di indicatori (di efficacia, efficienza organizzativa/governo clinico, appropriatezza d'uso delle strutture, ecc.).

Alle Università che già hanno in corso attività assistenziali e di ricerca su questi temi, si può proporre una linea di ricerca partecipata nella costruzione del *database* e di valutazione a lungo termine delle diverse modalità assistenziali, sia dal punto di vista clinico (EBM), sia di economia sanitaria. Il monitoraggio dell'efficacia terapeutica delle diverse tipologie di trattamento è raccomandato come tema di approfondimento scientifico in collaborazione con professionisti esperti delle diverse discipline universitarie, anche con l'obiettivo di definire indirizzi per specifica formazione al personale impegnato nei percorsi DCA.

- Elaborare una proposta per un programma regionale di formazione sui disturbi del comportamento alimentare, stabilendo delle priorità, a partire dall'aggiornamento degli operatori direttamente interessati alla presa in carico dei pazienti affetti da queste patologie nei servizi territoriali (ad esempio neuropsichiatri, psicologi,

psichiatri, ginecologi, ecc.), dei pediatri di libera scelta e dei medici di medicina generale, nell'ambito dei programmi definiti in sede distrettuale. A questo scopo, il Tavolo regionale di coordinamento e monitoraggio è invitato a segnalare iniziative di provata utilità già in essere. In particolare:

- per quanto attiene l'utilizzo degli strumenti diagnostici specifici per l'età pediatrica/prepubere (Great Ormond Street Hospital for Children di Londra, ormai universalmente accettato - *Allegato 2A-4*), va avviata una specifica iniziativa di formazione fra le professionalità pediatriche al fine di facilitare l'uso di questi strumenti in modo sempre più diffuso e sistematico;
 - per quanto riguarda la terapia familiare sistemica (*Allegato 2B-5*) nei casi a insorgenza precoce o trattati in età adolescente, si raccomanda la valorizzazione delle risorse già esistenti e formate nelle strutture aziendali, cui va proposto uno specifico aggiornamento per l'utilizzo di questa tecnica nei disturbi del comportamento alimentare;
 - è necessario proporre la specifica trattazione di questo tema alla formazione medica (corso di laurea);
 - si deve collaborare con i responsabili dell'educazione alla salute su specifici progetti.
- Valutare e supportare eventuali proposte di sperimentazione nel campo assistenziale per i disturbi del comportamento alimentare, quali ad esempio realtà residenziali/semiresidenziali (*Allegato 2G*) a gestione sovra-aziendale.

Impegni per le Aziende sanitarie

A tutte le Aziende sanitarie - USL e ospedaliere - è raccomandata la definizione del percorso DCA, nel quale siano almeno considerati i seguenti aspetti:

- il *team* DCA e la sede di primo riferimento, anche all'interno di altre strutture funzionalmente collegate;
- protocolli concordati per percorsi di continuità assistenziale (ad esempio ambulatoriale, *day hospital*, degenza ordinaria; aziendale e/o interaziendale) per le diverse fasce di età (pediatrica, adolescente, giovane, adulta);
- corretta informazione e formazione ai diversi specialisti coinvolti nella promozione della salute (pediatri di libera scelta, medici di medicina generale, neuropsichiatri dell'età evolutiva, psichiatri dei Dipartimenti di salute mentale, internisti, ginecologi delle strutture consultoriali, ecc.) sulla tempestività della diagnosi, sul corretto trattamento, sulle strutture di riferimento previste dal Programma DCA, oltre che sui corretti comportamenti per la prevenzione dei disturbi del comportamento alimentare;
- appropriata informazione agli utenti (donne, adolescenti, ecc.) e corretta comunicazione con la cittadinanza (educazione alla salute, ecc.) sugli stessi temi.

Inoltre:

- l'attuale sforzo del livello regionale di unificare gli interventi in favore dell'adolescenza dovrà tenere nella dovuta considerazione i risultati della presente indagine, ponendo fra le priorità la costruzione della rete aziendale e regionale per la promozione della salute e l'assistenza ai disturbi del comportamento alimentare per questa fascia di età, la definizione delle maglie funzionali necessarie, in stretto raccordo con i diversi servizi locali. Peraltro, la direttiva del 2000 *Linee per l'attuazione della normativa nazionale e regionale sul Dipartimento di salute mentale*, al punto 4.1 inserisce anche l'adolescenza all'interno dei Programmi integrati di psicopatologia che devono essere costituiti da *équipe* multiprofessionali per offrire adeguata risposta su questioni di elevata complessità.
- Dato il riscontro di una ridotta attività sul territorio regionale di strutture e personale specificamente formato per il trattamento dei DCA in utenti di età inferiore a 18 anni, si conferma l'esigenza di una struttura di riferimento clinico-assistenziale per questi disturbi in età evolutiva, già prevista dagli indirizzi regionali citati. Tale struttura svolgerà - nell'ambito del Tavolo regionale di coordinamento e monitoraggio - anche un ruolo di specifica formazione, in stretta collaborazione con le strutture esperte in disturbi del comportamento alimentare che seguono pazienti di età giovane-adulta sul territorio regionale. Il Centro DCA per l'età evolutiva costituito presso l'Azienda ospedaliera di Bologna sempre più deve passare le funzioni di 1° livello alle strutture locali/aziendali, valorizzando invece il proprio ruolo di 2° livello ospedaliero di riferimento regionale per questa fascia di età. In attuazione e a integrazione di quanto previsto dalla direttiva regionale del 2000, e con specifico riferimento all'età evolutiva (pediatrica - adolescente), tale ruolo discende dalle funzioni sopra riferite al Tavolo regionale (supporto e facilitazione per la costruzione della rete; formazione integrata; promozione della salute).
- Per la costruzione dei percorsi aziendali o interaziendali per l'assistenza agli utenti in età giovane-adulta con disturbi del comportamento alimentare, si suggerisce la valorizzazione delle strutture già esistenti (*Tabella 1* nell'*Allegato 1*), cui le Aziende potranno fare riferimento con chiara individuazione delle reciproche responsabilità fra i diversi nodi e maglie della rete di governo clinico, intra- ed extra-aziendale.
- L'individuazione - attraverso l'indagine regionale - di realtà locali in cui i pazienti seguiti per disturbi del comportamento alimentare non sono in numero sufficiente ad assicurare competenza ed efficienza dovrebbe indurre le stesse Aziende ad avviare collaborazioni per percorsi comuni con Aziende limitrofe (territoriali e/o ospedaliere), garantendo a tutti i cittadini residenti nella regione le medesime opportunità di accedere a servizi per DCA competenti e affidabili.

Conclusioni

Sulla base dei dati di monitoraggio forniti dal Servizio salute mentale dell'Assessorato alla sanità della Regione Emilia-Romagna, tesi a valutare lo stato di attuazione della direttiva del 2000 *Linee sull'organizzazione dei Servizi per i disturbi del comportamento alimentare*, e sulla base di quanto riferito dalla corrente letteratura accreditata, il Gruppo regionale di coordinamento per i DCA presenta le seguenti considerazioni.

- Il numero di pazienti adulti con DCA seguiti sul territorio regionale da strutture pubbliche e/o private è inferiore all'atteso. Tale discrepanza fra osservato e atteso è maggiormente evidente per l'età evolutiva e nella fascia di età più a rischio (14-25 anni).
- Le strutture per adulti con disturbi del comportamento alimentare sono in numero soddisfacente e ben distribuite sul territorio regionale, mentre permane la criticità di collegamenti in rete strutturati.
- Per l'età evolutiva è necessario valorizzare l'impegno delle strutture e dei professionisti esperti nelle diverse realtà locali riferito sia al numero atteso di pazienti in età evolutiva nelle diverse Aziende rispondenti, sia alle strutture di riferimento per questa fascia di età (Unità operative di pediatria, neuropsichiatria, Consultorio Giovani, ecc.), sia alla eventuale presenza di specialisti per questa fascia di età nei *team* per i DCA già esistenti, ancora prevalentemente rivolti all'età adulta.
- Ad esclusione di alcune situazioni che riferiscono un buon collegamento funzionale fra le strutture per i DCA, nella maggior parte delle realtà territoriali l'integrazione e la continuità assistenziale fra i centri ospedalieri per disturbi del comportamento alimentare e le Aziende USL di residenza dei pazienti sono pressoché inesistenti.
- Allo stesso modo, si riscontrano scarsa integrazione e continuità fra le strutture rivolte alla età evolutiva e agli adulti con DCA.
- Anche il coinvolgimento dei medici di famiglia (pediatri di libera scelta, medici di medicina generale) in iniziative di promozione della salute sui disturbi del comportamento alimentare (formazione, aggiornamento, partecipazione alla costruzione di percorsi integrati, ecc.), già raccomandato dalla direttiva regionale del 2000, risulta insoddisfacente.
- Al momento non è possibile accertare se l'uso delle strutture e l'offerta degli interventi clinici (diagnostici, terapeutici e riabilitativi) rientrano nei termini della appropriatezza, sia per insufficienti certezze dalla letteratura scientifica, sia per scarse informazioni sistematiche sui diversi protocolli locali.

Anche sulla base di quanto riferito in approfondimenti tecnici contenuti negli Allegati, il Gruppo propone alla Regione di attivarsi per:

- predisporre percorsi aziendali o interaziendali per la continuità dell'assistenza ai pazienti con disturbi del comportamento alimentare, tenendo in considerazione l'aspetto dell'integrazione della rete fra i professionisti di diverse discipline e le problematiche delle fasce di età assistite;

- costruire un Sistema informativo regionale orientato al monitoraggio epidemiologico e clinico, che nel tempo permetta di migliorare la condotta assistenziale ai pazienti con queste affezioni;
- elaborare un progetto di formazione sui disturbi del comportamento alimentare teso al miglioramento dell'assistenza su tutto il territorio regionale;
- rivedere e adeguare le tariffe per uniformare la valorizzazione dell'assistenza ai DCA nelle diverse realtà regionali, territoriali e ospedaliere, pubbliche e private.

Allegati

Allegato 1.

Indagine sullo stato di attuazione della direttiva regionale sull'assistenza ai disturbi del comportamento alimentare in Emilia-Romagna (marzo 2002)

Tabella 1. Servizi/aree/strutture rispondenti (fra parentesi: n. questionari restituiti)

Azienda	Risposto	NPI	CSM	Consul. Giovani	Consul. pediat.	Consul. famil.	Rete az.le /Distretto	SerT	UO osped.
USL PC	sì	sì	sì	sì		sì	sì (1)		sì
USL PR	sì		sì (3)						
Osp PR	no								
USL RE	sì	sì	sì	sì		sì	sì (1)		sì
Osp RE	sì								sì (1)
USL MO	sì	sì (3)	sì (6)			sì (1)	sì (6)	sì (1)	
Osp MO	sì								sì (1)
USL BO Sud	sì	sì (1)	sì (2)		sì (2)		sì (1)		
USL BO Città	sì		sì (2)						sì (1)
USL BO Nord	sì								
Osp BO	sì								sì (2)
USL Imola	sì	sì (1)	sì (1)	sì (1)					
USL FO	no								
USL Cesena	sì	sì (1)	sì (1)						sì (1)
USL FE	no								
Osp FE	sì								sì (1)
USL RA	sì		sì				sì (1)		sì
USL RN	sì	sì					sì (1)		sì
<i>Totale</i>	<i>15 sì (18)</i>	<i>7 sì (6)</i>	<i>9 sì (15)</i>	<i>3 sì (1)</i>	<i>1 sì (2)</i>	<i>3 sì (1)</i>	<i>6 sì (11)</i>	<i>1 sì (1)</i>	<i>10 sì</i>
Villa Maria Luigia - PR									sì (1)
Villa Igea - MO									sì (1)
Villa Rosa - MO									sì (1)
Centro Gruber - BO	sì (1)								

Tabella 2. Elenco delle strutture rispondenti, con relativa sintesi di pazienti con disturbi del comportamento alimentare in carico nel 2001

Azienda sanitaria	Denominazione struttura rispondente al questionario	Totale	M	F	<18 a.	>18 a.
USL PC	Programma aziendale in rete - Dipartimento salute mentale - SerT - Ospedali	101		101	26	75
USL PR	Centro salute mentale est via Turchi - Dip. SM	104	4	100	2	102
	Distretto Valli Taro e Ceno	2		2		2
	UO Parma Nord - Colorno	4	1	3		4
	UO per l'adolescenza e la giovane età - Primario psichiatra: Dr.ssa Zirilli	3		3	3	
USL RE	Sistema DCA	149	4	145	39	110
Osp RE	Arcispedale Santa Maria Nuova - Pediatria	3		3	3	
USL MO	Consultorio familiare Distretto 3	41	2	39	6	35
	Terapia familiare c/o Centro salute mentale - UO Modena Nord Distretto 1	1		1		1
	Servizio salute mentale - Centro Salute mentale Polo Ovest Modena	15	2	13		15
	Casa di cura Villa Igea					
	Settore neuropsichiatria infantile - Distretto Vignola 6	1		1		1
	Centro salute mentale Vignola	5		5		5
	NPI Distretto 7 Castelfranco	3		3	3	
	Servizio psichiatrico Centro di ascolto + prevenzione, educazione sanitaria Distretto 3	9		9	3	6
	Settore NPI - Distretto 4 Sassuolo	5	2	3	3	2
	Centro Salute mentale - Distretto 4 Sassuolo	7	1	6		7
	Endocrinologia e DM Sassuolo	35	35			35
	SerT Carpi					
	Spazio Giovani - Salute Donna Distretto 1 Carpi	4		4		4
	Centro Salute mentale Carpi	4		4		4
	Distretto 1 Carpi - Servizio NPI					
	Distretto 2 Salute Donna - UO psicologia clinica: Dr. Martinelli, Dr.ssa Chercher	39		39	7	32
	Distretto 2 Salute Donna - UO psicol. clinica Psicoterapeuta familiare: Dr.ssa Chercher	15	4	11	1	14
	Settore neuropsichiatria inf. Distretto 5 Pavullo	2	1	1	2	
	Centro salute mentale Pavullo					
	Ospedale privato accreditato Villa Rosa Srl					
Osp MO	Policlinico universitario - Dipartimento misto di psichiatria e salute mentale	76	6	70	9	67
USL BO Città	SPDC (DSM/ovest): mod. org. Consultorio psichiatrico - Ist. Psichiatria - Università	195	25	170	6	189
	UO diabetologia e nutrizione clinica - Osp. Bellaria Maggiore	85		85	9	76
	SPDC Malpighi - Dr. Boncompagni	350	45	305		350

Tabella 2. (continua)

Azienda sanitaria	Denominazione struttura rispondente al questionario	Totale	M	F	<18 a.	>18 a.
Osp BO	UO neonatologia Salvioli - Settore neuropsichiatria infantile - S. Orsola Malpighi	396	8	388	184	212
	UO malattie del metabolismo e DCA - S. Orsola Malpighi	870	3	867		870
USL BO Nord	UO neuropsichiatria età evolutiva	10	3	7	10	
	Centro salute mentale	9	1	8		9
	Consultorio familiare	14		14	1	13
USL BO Sud	Pediatria di comunità - Distretto di Porretta					
	Centro diurno Dip. SM Casalecchio					
	Centro salute mentale San Lazzaro	6	1	5		6
	Pediatria di comunità Casalecchio					
	UO pediatria Ospedale Civile Porretta	2	1	1	2	
	Neuropsichiatria età evolutiva San Lazzaro	5	3	2	5	
USL Imola	Neuropsichiatria infantile	1		1		1
	Centro SM - Modulo di psicologia clinica	7		7	2	5
	Spazio Giovani - Consultorio familiare	12		12	6	6
USL RA	Ambulatorio multidisciplinare (DCA)	105	4	101	29	76
	Neuropsichiatria infantile Ravenna	8	2	6	4	4
	Neuropsichiatria infantile Lugo	5	1	4	4	1
	Neuropsichiatria infantile Faenza	7	2	5	6	1
Osp FE	Centro DCA	175	9	166	10	165
USL FO	Neuropsichiatria infantile					
USL Cesena	Pediatria ospedaliera	5		5	5	
	Reparto diagnosi e cura e psichiatria	13	3	10		13
	Neuropsichiatria territoriale	15		15	7	8
USL RN	UO neuropsichiatria infantile	95	5	90	23	72
<i>Totale pubblico</i>		<i>3.018</i>	<i>193</i>	<i>2.825</i>	<i>420</i>	<i>2.598</i>
Privato	Centro Gruber - Bologna	181	19	162	18	163
	Casa di cura Villa Maria Luigia SpA - Parma	19		19	2	17
	Casa di cura Malatesta Novello - Cesena (dati forniti dall'Azienda USL)	17		17		17
<i>Totale privato</i>		<i>217</i>	<i>19</i>	<i>198</i>	<i>20</i>	<i>197</i>
<i>Totale pubblico + privato</i>		<i>3.235</i>	<i>212</i>	<i>3.023</i>	<i>440</i>	<i>2.795</i>

Tabella 3. Pazienti con DCA assistiti al 31/12/2001 presso le strutture sanitarie pubbliche e private della Regione Emilia-Romagna

Residenza	Sesso	<14 a.	14-17 a.	18-25 a.	26-40 a.	>40 a.	Totale	14-25 a.	<18 a.	>18 a.			
In Azienda	M	14	12	29	58	11	124	41	26	98			
	F	37	161	723	609	149	1.679	884	198	1.481			
RER - fuori Azienda	M		6	6	31	15	58	12	6	52			
	F	3	145	448	278	132	1.006	593	148	858			
Non RER	M		2	2	9	2	15	4	2	13	% res. RER / tot.		
	F	1	59	139	112	42	353	198	60	293	<18 a. >18 a. Totale		
<i>Totale</i>	<i>M</i>	<i>14</i>	<i>20</i>	<i>37</i>	<i>98</i>	<i>28</i>	<i>197</i>	<i>57</i>	<i>34</i>	<i>163</i>	94,12	92,02	92,39
	<i>F</i>	<i>41</i>	<i>365</i>	<i>1.310</i>	<i>999</i>	<i>323</i>	<i>3.038</i>	<i>1.675</i>	<i>406</i>	<i>2.632</i>	85,22	88,87	88,38
	<i>M+F</i>	<i>55</i>	<i>385</i>	<i>1.347</i>	<i>1.097</i>	<i>351</i>	<i>3.235</i>	<i>1.732</i>	<i>440</i>	<i>2.795</i>	85,91	89,05	88,62

Tabella 4. Nuove diagnosi di DCA nel 2001 presso le strutture sanitarie pubbliche e private della Regione Emilia-Romagna

Residenza	Sesso	<14 a.	14-17 a.	18-25 a.	26-40 a.	>40 a.	Totale	14-25 a.	<18 a.	>18 a.			
In Azienda	M	8	9	21	57	19	114	30	17	97			
	F	24	138	459	379	178	1.178	597	162	1.016			
Non RER	M		1	2	6	2	11	3	1	10	% res. RER / tot.		
	F	3	29	65	36	18	151	94	32	119	<18 a. >18 a. Totale		
<i>Totale</i>	<i>M</i>	<i>8</i>	<i>10</i>	<i>23</i>	<i>63</i>	<i>21</i>	<i>125</i>	<i>33</i>	<i>18</i>	<i>107</i>	94,44	90,65	91,20
	<i>F</i>	<i>27</i>	<i>167</i>	<i>524</i>	<i>415</i>	<i>196</i>	<i>1.329</i>	<i>691</i>	<i>194</i>	<i>1.135</i>	83,51	89,52	88,64
	<i>M+F</i>	<i>35</i>	<i>177</i>	<i>547</i>	<i>478</i>	<i>217</i>	<i>1.454</i>	<i>724</i>	<i>212</i>	<i>1.242</i>	84,43	89,60	88,86

Tabella 5. Pazienti con DCA assistiti presso le strutture sanitarie, pubbliche e private della Regione Emilia-Romagna - risultato per Azienda

in carico al 31/12/2001		PC	PR		RE		MO		BO					FE	RA	Cesena		RN	Tot.			
			USL	priv.	USL	osp	USL	osp	Città^	o-M*	o-F**	priv.	Nord	Sud	Imola	osp	USL	USL			priv.	USL
RER in Az.	M		5		4		47	6	11	2		16	4	5		7	9	3		5	124	
	F	101	100	3	145	2	137	55	122	503		100	29	8	20	138	79	30	17	90	1.679	
RER fuori Az.	M								48	1	6	3									58	
	F		3	6		1		10	322	313	263	36			17	35					1.006	
Non RER	M								11		2				2						15	
	F		5	10			2	5	116	51	125	26			11	2					353	
Totale	M		5		4		47	6	70	3	8	19	4	5		9	9	3		5	197	% totale pazienti in carico
	F	101	108	19	145	3	139	70	560	867	388	162	29	8	20	166	116	30	17	90	3.038	
	M+F	101	113	19	149	3	186	76	630	870	396	181	33	13	20	175	125	33	17	95	3.235	F M+F
	F 14-25 a.	61	41	13	83		66	37	106	590	388	48	10	3	14	65	65	17	8	60	1.675	55,1
	<18 a.	26	5	2	39	3	25	25	15		184	18	11	7	8	10	43	12		23	456	14,1

Tabella 5. (continua)

nuove diagnosi nel 2001	PC	PR		RE		MO		BO					FE	RA	Cesena	RN	Tot.			
		USL priv.	USL osp	USL osp	USL osp	Città^	o-M*	o-F**	priv.	Nord	Sud	Imola	osp	USL	USL priv.	USL				
RER	M	3	4	37	7	19		4	23	2	5		7	3	9				123	
	F	42	70	3	53	80	192	249	123	113	17	5	11	109	70	3	29		1.169	
Non RER	M	1				7		1	2										11	
	F	1			9	40	21	58	21					1					151	
<i>Totale</i>	<i>M</i>	<i>4</i>	<i>4</i>	<i>37</i>	<i>7</i>	<i>26</i>		<i>5</i>	<i>25</i>	<i>2</i>	<i>5</i>		<i>7</i>	<i>3</i>	<i>9</i>			<i>134</i>	% totale	
	<i>F</i>	<i>43</i>	<i>70</i>	<i>3</i>	<i>53</i>	<i>89</i>	<i>232</i>	<i>270</i>	<i>181</i>	<i>134</i>	<i>17</i>	<i>5</i>	<i>11</i>	<i>109</i>	<i>71</i>	<i>3</i>	<i>29</i>	<i>1.320</i>	pazienti in	
	<i>M+F</i>	<i>47</i>	<i>74</i>	<i>3</i>	<i>90</i>	<i>96</i>	<i>258</i>	<i>270</i>	<i>186</i>	<i>159</i>	<i>19</i>	<i>10</i>	<i>11</i>	<i>116</i>	<i>74</i>	<i>12</i>	<i>29</i>	<i>1.454</i>	carico	
	<i>F 14-25 a.</i>	<i>17</i>	<i>44</i>		<i>21</i>	<i>44</i>	<i>45</i>	<i>174</i>	<i>181</i>	<i>45</i>	<i>8</i>	<i>1</i>	<i>7</i>	<i>50</i>	<i>31</i>	<i>17</i>	<i>4</i>	<i>689</i>	F	
	<i><18 a.</i>	<i>1</i>	<i>18</i>	<i>3</i>	<i>9</i>	<i>9</i>	<i>9</i>		<i>87</i>	<i>18</i>	<i>7</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>5</i>	<i>17</i>	<i>16</i>		<i>215</i>	M+F	

Legenda

- ^ Strutture territoriali e ospedaliere dell'Azienda USL Città di Bologna
- * UO malattie del metabolismo e DCA, Azienda ospedaliera di Bologna
- ** Centro DCA per età evolutiva, Azienda ospedaliera di Bologna

Tabella 6. Pazienti con DCA assistiti presso le strutture sanitarie pubbliche e private della Regione Emilia-Romagna - distribuzione per specifica patologia e secondo le tipologie assistenziali

Azienda	Ambulatorio				Day hospital				Degenza ordinaria				x tipologia assist.			x specifica patologia				Tot.
	AN	BN	BED	altro	AN	BN	BED	altro	AN	BN	BED	altro	amb	DH	Osp	AN	BN	BED	altro	
PC - USL	50	12	3						3		1		65		4	53	12	4		69
PR - USL	25	40	9										74			25	40	9		74
- priv	150	75	12	13	20	20	5	5	52	26	4	4	250	50	86	222	121	21	22	386
RE - USL	37	29		83									149			37	29		83	149
- osp	3				3				3	1			3	3	4	9	1			10
MO - USL			58	7			32	3	36	7	7	6	65	35	56	36	7	97	16	156
- osp	12	20	18	6	9		15	2	2	2			56	26	4	23	22	33	8	86
BO - USL^	37	55	155	221	2	1			3	1			468	3	4	42	57	155	221	475
- osp. F**	118	60	5	9	53	88	11	24	60	30	3	30	192	176	120	231	178	16	63	488
- osp. M*	22	253	595										870			22	253	595		870
- Sud											1				1					1
- Nord	7	13	6	8									34			7	13	6	8	34
- priv.	24	42	30	81									177			24	42	30	81	177
Imola - USL	2	3		1									6			2	3		1	6
FO - USL																				
Cesena^	3	21	10		5	10	18		21	2	1		34	33	24	29	33	29		91
FE - USL																				
- osp	37	63	32	118	57	27	2	14	4				250	100	4	98	90	34	132	354
RA - USL	16	25	7	18	3	1							66	4		19	26	7	18	70
RN - USL																				
Totale RER	543	711	940	565	152	147	83	48	184	69	13	41	2.759	430	307	879	927	1.036	654	3.496

Legenda ^ Dati accorpati pubblico + privato
* UO malattie del metabolismo e DCA, Azienda ospedaliera di Bologna
** Centro DCA per età evolutiva, Azienda ospedaliera di Bologna

Tabella 7. Caratteristiche dell'assistenza alle donne con DCA di 14-25 anni, in Emilia-Romagna, per Azienda USL

pz. assistiti in → residenti in →	stessa USL		Ospedale		privato		Totale			% vs popolazione			14-25 a.	USL	Osp	Priv	Tot.	% tot. assistiti
	USL	RER	USL	RER	USL	RER	USL	RER	Tot.	USL	RER	Tot.	pop. F.	Non residenti in RER				
PC	61						61		61	0,4		0,4	13.725					
PR	38				2	6	40	6	46	0,2		0,2	21.578	3		5	8	14,81
RE	83						83		83	0,3		0,3	26.936					
MO	64		30	4			94	4	98	0,3		0,3	36.222	2	3		5	4,854
BO Città	22	71	350	473	22	14	394	558	952	2,4	3,4	5,8	16.531	13	155	12	180	16,61
BO Sud	3						3		3				12.234					
Imola	14						14		14	0,2		0,2	5.789					
BO Nord	10						10		10	0,1		0,1	10.091					
FE			56	5			56	5	61	0,3		0,3	17.843		4		4	6,154
RA	44	20					44	20	64	0,2	0,1	0,3	18.470	1			1	1,538
FO													9.687					
Cesena	17				8		25		25	0,2		0,2	11.586					
RN	60						60		60	0,4		0,4	16.807					
<i>Totale</i>	<i>416</i>	<i>91</i>	<i>436</i>	<i>482</i>	<i>32</i>	<i>20</i>	<i>884</i>	<i>593</i>	<i>1.477</i>	<i>0,4</i>	<i>0,3</i>	<i>0,7</i>	<i>217.499</i>	<i>19</i>	<i>162</i>	<i>17</i>	<i>198</i>	<i>11,82</i>
Provincia BO	49	71	350	473	22	14	421	558	979	0,9	1,2	2,2	44.645	13	155	12	180	15,53

Tabella 8. Caratteristiche dei pazienti in carico a strutture di neuropsichiatria dell'età evolutiva (NPEE) territoriali e ospedaliere

NPEE / Azienda sanitaria	Totale	M	F	<18 a.	>18 a.
MO USL	11	3	8	8	3
BO Nord	10	3	7	10	
BO Sud	5	3	2	5	
Imola	1		1		1
RA	20	5	15	14	6
Cesena	15		15	7	8
RN	95	5	90	23	72
<i>Totale USL</i>	<i>157</i>	<i>19</i>	<i>138</i>	<i>67</i>	<i>90</i>
<i>Totale USL esclusa RN</i>	<i>62</i>	<i>14</i>	<i>48</i>	<i>44</i>	<i>18</i>
BO Osp	396	8	388	184	212
<i>Totale USL + Osp</i>	<i>553</i>	<i>27</i>	<i>526</i>	<i>251</i>	<i>302</i>
<i>Totale indagine</i>	<i>3.235</i>	<i>212</i>	<i>3.023</i>	<i>440</i>	<i>2.795</i>
%					
→ NPEE territoriali					
vs totale indagine	4,9	9,0	4,6	15,2	3,2
>< 18 a. vs NPEE-USL				42,7	57,3
→ Totale USL esclusa RN					
vs totale indagine	1,9	6,6	1,6	10,0	0,6
>< 18 a. vs USL esclusa RN				71,0	29,0
→ NPEE ospedaliere					
vs NPEE totale	71,6	29,6	73,8	73,3	70,2
>< 18 a. vs totale indagine				41,8	7,6

Allegato 2.

L'assistenza ai disturbi del comportamento alimentare. Allegati tecnici

Allegato tecnico 2A.

Disturbi del comportamento alimentare: diagnosi descrittiva

Nelle schede che seguono sono riportati i criteri che raccolgono il consenso più ampio per la diagnosi descrittiva dei disturbi del comportamento alimentare, così come presentati nella quarta edizione del Diagnostic and statistical manual of Mental Disorders, DSM-IV, pubblicato nel 1994 dalla American Psychiatric Association.¹

¹ Coordinatori dell'edizione italiana: Andreoli V., Cassano G.B., Rossi R. *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. DSM IV*. 3° ed. Masson, Milano, 1995.

2A-1 Anoressia nervosa

Criteria diagnostici DSM-IV, 1994 [cod. 307.1]

- Rifiuto di mantenere il peso corporeo al di sopra o al minimo normale per l'età e la statura (per es. perdita di peso che porta a mantenere il peso corporeo al di sotto dell'85% rispetto a quanto previsto; o - in età evolutiva - mancanza dell'aumento di peso previsto, che porta a un peso corporeo inferiore all'85% di quello atteso).
- Intensa paura di aumentare di peso o di ingrassare, pur essendo sottopeso.
- Alterazione del modo in cui il soggetto vive il peso o la forma del corpo, o eccessiva influenza del peso e della forma del corpo sui livelli di autostima, o rifiuto di ammettere la gravità della attuale condizione di sottopeso.
- Nelle femmine dopo il menarca, amenorrea, cioè assenza di almeno 3 cicli mestruali consecutivi. (Una donna viene considerata amenorrea se i suoi cicli si manifestano solo a seguito di somministrazione di ormoni, per es. estrogeni.)

Specificare il sottotipo

Tipo restrittivo:

durante l'episodio di anoressia nervosa il soggetto non ha presentato regolarmente abbuffate o condotte di eliminazione (per es. vomito autoindotto, uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclismi).

Tipo bulimico:

durante l'episodio di anoressia nervosa il soggetto ha presentato regolarmente abbuffate o condotte di eliminazione (per es. vomito autoindotto, uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclismi).

Comorbidità

- Disturbo dell'umore: va valutato dopo il parziale o totale recupero del peso corporeo, poiché molti dei sintomi depressivi presenti in questi pazienti possono essere secondari alle carenze alimentari e alla perdita di peso.
- Disturbo ossessivo-compulsivo: se sono presenti ossessioni e compulsioni estranee al tema del cibo, della forma fisica o del peso, può essere giustificata la diagnosi aggiuntiva.
- Fobia sociale: può essere fatta una diagnosi aggiuntiva se sono presenti fobie di tipo sociale non correlate al disturbo alimentare.
- Disturbo di dismorfismo corporeo: deve essere presente una tematica dismorfofobica non limitata a una erronea percezione del corpo nella sua totalità o al peso.

Diagnosi differenziale

- Disturbo depressivo maggiore: l'eventuale calo ponderale (che può essere anche marcato) non è intenzionale, e non è presente il timore di ingrassare.
- Schizofrenia: possono manifestarsi modalità bizzarre di alimentazione e a volte grave dimagrimento, ma di solito non sono presenti la distorsione dell'immagine corporea e la paura del peso.

2A-2 Bulimia nervosa

Criteria diagnostici DSM-IV, 1994 [cod. 307.51]

- Ricorrenti abbuffate. Una abbuffata è caratterizzata da entrambi i seguenti aspetti:
 - ingestione in un definito periodo di tempo (ad es. due ore) di una quantità di cibo significativamente maggiore di quella che la maggior parte delle persone mangerebbe nello stesso periodo di tempo e in circostanze simili);
 - sensazione di perdere il controllo durante l'episodio (ad es. sensazione di non riuscire a smettere di mangiare o a controllare cosa e quanto si sta mangiando).
- Ricorrenti e inappropriate condotte compensatorie per prevenire l'aumento di peso, come vomito autoindotto; abuso di lassativi, diuretici, enteroclistmi o altri farmaci; digiuno o esercizio fisico eccessivo.
- Abbuffate e condotte compensatorie si verificano entrambe in media almeno due volte alla settimana per tre mesi.
- Livelli di autostima sono indebitamente influenzati dalla forma e dal peso corporeo.
- Alterazione non si manifesta esclusivamente nel corso di episodi di anoressia nervosa.

Specificare il sottotipo

Tipo purgativo:

durante l'episodio di bulimia nervosa il soggetto ha presentato regolarmente vomito autoindotto o uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclistmi.

Tipo non-purgativo:

durante l'episodio il soggetto ha utilizzato regolarmente altri comportamenti compensatori inappropriati, quali il digiuno o l'esercizio fisico eccessivo, ma non ricorre regolarmente al vomito autoindotto o all'uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclistmi.

Comorbilità

- Disturbi dell'umore: in particolare distimia e depressione maggiore. Il disturbo dell'umore in molti casi segue o è concomitante allo sviluppo della bulimia nervosa, ma potrebbe essere precedente l'esordio del disturbo alimentare.
- Disturbi d'ansia: predispongono e contribuiscono alla sintomatologia, complicandone il quadro.
- Abuso o dipendenza da sostanze: in particolare da alcool e sostanze stimolanti, spesso nel tentativo di controllare il peso e l'appetito.
- Disturbi di personalità: in circa un terzo/la metà dei casi di bulimia nervosa vi sono probabilmente tratti personologici che incontrano i criteri per uno o più disturbi di personalità (il più frequentemente diagnosticato è il disturbo *borderline* di personalità).

Diagnosi differenziale

- Disturbo depressivo maggiore, con manifestazioni atipiche: è comune l'iperfagia, ma mancano le misure compensatorie inappropriate e la polarizzazione eccessiva sulla forma o sul peso corporeo.
- Disturbo *borderline* di personalità: le abbuffate possono rappresentare una delle manifestazioni del comportamento impulsivo di questo disturbo; se risultano completamente soddisfatti i criteri dei due disturbi, dovrebbero essere formulate entrambe le diagnosi.

È importante osservare come la paura di ingrassare resti elemento comune e centrale nelle diverse forme di patologia alimentare, essenziale per la diagnosi. Nell'anoressia nervosa il peso viene mantenuto a livelli più bassi che nella bulimia nervosa con un indice di massa corporea $<17,5$ (*Body Mass Index* BMI = Kg/m²). Introducendo una distinzione in sottocategorie diagnostiche, il DSM-IV ha permesso di tenere distinta la diagnosi di anoressia nervosa di tipo bulimico da quella di bulimia nervosa, non essendo più consentita la formulazione di diagnosi di comorbidità (American Psychiatric Association, 1994). Inoltre, questa ultima edizione del manuale, creando un'apposita sezione diagnostica per i disturbi del comportamento alimentare, li ha per la prima volta separati dai disturbi dell'infanzia, fanciullezza e adolescenza.

L'anoressia nervosa maschile, che presenta anch'essa una variante bulimica, è molto più rara di quella femminile. È stata inclusa nella stessa categoria nosografica. Le caratteristiche cliniche sono simili e i criteri diagnostici sono gli stessi (DSM-IV): è frequente la perdita della libido e dell'attività eiaculatoria. È stata avanzata l'ipotesi che il bisogno coatto di correre e di esercizio fisico di alcuni adolescenti possa essere interpretato come un equivalente - soprattutto maschile - dell'anoressia nervosa, per certe analogie psicologiche. In effetti questo sintomo può far parte di un quadro anoressico, ma da solo non giustifica l'equivalenza.

2A-3 Disturbi dell'alimentazione non altrimenti specificati (EDNOS) [cod. 307.50]

La categoria "disturbi dell'alimentazione non altrimenti specificati" comprende quei disturbi dell'alimentazione che non soddisfano i criteri di nessuno specifico disturbo del comportamento alimentare. Gli esempi includono:

- per il sesso femminile, tutti i criteri dell'anoressia nervosa in presenza di un ciclo mestruale regolare;
- tutti i criteri dell'anoressia nervosa sono soddisfatti e, malgrado la significativa perdita di peso, il peso attuale risulta nei limiti della norma;
- tutti i criteri della bulimia nervosa risultano soddisfatti, tranne il fatto che le abbuffate e le condotte compensatorie hanno una frequenza inferiore a due episodi alla settimana per tre mesi;
- un soggetto di peso normale che si dedica regolarmente a inappropriate condotte compensatorie dopo avere ingerito piccole quantità di cibo (es. induzione del vomito dopo aver mangiato due biscotti);
- il soggetto ripetutamente mastica e sputa, senza deglutire, grandi quantità di cibo.

Per gli adulti di entrambi i sessi esiste un disturbo del comportamento alimentare definito dal *DSM-IV (Appendice B)* come *Binge Eating Disorder* (BED - disturbo da alimentazione incontrollata) presente particolarmente in soggetti obesi e strettamente correlato al grado di obesità. Si manifesta come ricorrenti abbuffate in assenza delle regolari condotte compensatorie inappropriate tipiche della bulimia.

Criteri di ricerca (diagnostici) per il disturbo da alimentazione incontrollata (Binge Eating Disorder)

- a. Episodi ricorrenti di alimentazione incontrollata, caratterizzati dalla presenza di entrambi i seguenti elementi:
 - ingestione, in un periodo definito di tempo (per es. 2 ore), di un quantitativo di cibo decisamente più abbondante di quello che la maggior parte delle persone mangerebbe in un equivalente intervallo di tempo e in circostanze simili;
 - sensazione di perdita di controllo nel mangiare durante l'episodio (per es. sensazione di non riuscire a fermarsi, oppure a controllare che cosa e quanto si sta mangiando).
- b. Gli episodi di alimentazione incontrollata sono associati con tre (o più) dei seguenti sintomi:
 - mangiare molto più rapidamente del normale;
 - mangiare fino a sentirsi spiacevolmente pieni;
 - mangiare grandi quantitativi di cibo anche se non ci si sente fisicamente affamati;
 - mangiare da soli a causa dell'imbarazzo per la quantità di cibo che si sta ingerendo;
 - sentirsi disgustato verso se stesso, depresso, o molto in colpa dopo le abbuffate.

- c. È presente un marcato disagio per il mangiare incontrollato:
- il comportamento alimentare incontrollato si manifesta mediamente almeno per 2 giorni alla settimana per un periodo di 6 mesi.
Nota: Il metodo per determinare la frequenza del disturbo da alimentazione incontrollata è diverso da quello usato per la bulimia nervosa; la ricerca futura dovrebbe indicare se il metodo preferibile per individuare una frequenza-soglia sia contare il numero di giorni in cui si verificano le abbuffate, oppure contare il numero di episodi di alimentazione incontrollata;
 - l'alimentazione incontrollata non risulta associata con il ricorso sistematico a comportamenti compensatori inappropriati (per es. uso di purganti, digiuno, eccessivo esercizio fisico), e non si verifica esclusivamente in corso di anoressia nervosa o di bulimia.

Comorbilità

- Disturbi dell'umore: in particolare distimia e depressione maggiore. Il disturbo dell'umore in molti casi segue o è concomitante con lo sviluppo del disturbo da alimentazione incontrollata.
- Disturbi d'ansia: predispongono e contribuiscono alla sintomatologia, complicandone il quadro.

Diagnosi differenziale

- Disturbo depressivo maggiore, con manifestazioni atipiche: è comune l'iperfagia, che non corrisponde o corrisponde solo parzialmente ai sintomi elencati nel criterio b.
- Disturbo *borderline* di personalità: le abbuffate possono rappresentare una delle manifestazioni del comportamento impulsivo di questo disturbo; se risultano completamente soddisfatti i criteri dei due disturbi dovrebbero essere formulate entrambe le diagnosi.
- Disturbo d'ansia - disturbo post-traumatico da stress (PTSD – *Post Traumatic Stress Disorder*): le abbuffate possono rappresentare un tentativo di calmare le sensazioni psicofisiche del sintomo di *iperarousal*.

La definizione di disturbo del comportamento alimentare non altrimenti specificato (EDNOS) sottolinea l'importanza di considerare come entità clinicamente e descrittivamente rilevanti anche le sindromi parziali. Queste, presenti sia nella popolazione non clinica che nella popolazione che richiede la cura, possono anticipare o far seguito a una sindrome completa e sono accompagnate solitamente da una significativa e manifesta sofferenza psicologica (depressione, tentativi di suicidio, disturbi somatoformi). La possibilità che tale sintomatologia anticipi l'estrinsecazione di una sindrome completa rende particolarmente importante - ai fini della prevenzione secondaria - la sua individuazione.

Fra gli EDNOS, il disturbo da alimentazione incontrollata è il più frequente: nei campioni di popolazione generale è stato ritrovato un tasso di prevalenza dello 0,7-4% e nei campioni clinici di soggetti obesi che richiedono un trattamento è stata trovata una prevalenza variabile tra il 15% e il 50%. L'età di insorgenza è nella tarda adolescenza o all'inizio della terza decade ed è spesso preceduta da un calo ponderale a seguito di trattamenti dietetici. Tale patologia si presenta al trattamento per lo più già cronicizzata, in quanto spesso nelle sue fasi iniziali viene confusa con l'incapacità a seguire una dieta.

2A-4 Criteri diagnostici in età prepuberale² Great Ormond Street Criteria (GOS)

Anoressia nervosa

Perdita di peso, dovuta a rifiuto di alimentarsi, vomito autoindotto, eccessivo esercizio fisico, abuso di lassativi.
Distorsioni cognitive riguardo al peso e/o alla forma del corpo.
Eccessiva preoccupazione per il peso e/o la forma del corpo.

Bulimia nervosa

Episodi di abbuffate e di pratiche di svuotamento.
Perdita di controllo.
Preoccupazione morbosa per il peso e/o la forma del corpo.
Distorsioni cognitive riguardo al peso e/o alla forma del corpo.

Disfagia funzionale

Evitamento del cibo.
Paura del soffocamento o del vomito.
Assenza di distorsioni cognitive riguardo al peso e/o alla forma del corpo.
Assenza di preoccupazioni morbose per il peso e/o la forma del corpo.
Assenza di malattie organiche o di psicosi.

Disturbo emotivo di rifiuto del cibo

(Food Avoidance Emotional Disorder – FAED)

Rifiuto del cibo, che non dipende da un primitivo rifiuto affettivo.
Perdita di peso.
Disturbo dell'umore, che non soddisfa i criteri per la diagnosi di disturbo affettivo primitivo.
Assenza di preoccupazione morbosa per il peso e/o la forma del corpo.
Assenza di malattie organiche o di psicosi.

Alimentazione selettiva

Ristretta scelta di cibi per almeno due anni.
Rifiuto a provare nuovi alimenti.
Assenza di distorsioni cognitive riguardo al peso e/o alla forma del corpo.
Assenza di paura di soffocamento o di vomito.
Peso del corpo basso, normale o alto.

Rifiuto pervasivo

Rifiuto totale di alimentarsi, di bere, camminare, parlare e prendersi cura di sé.
Resistenza ostinata a tentativi di aiuto.

Disturbo del comportamento alimentare del bambino rilevato secondo i GOS dal 1999 al 2000 presso l'Ambulatorio della III Cattedra del DSNPEE dell'Università La Sapienza (Piccolo, Levi, 2001):

Anoressia nervosa:	35%	Disfagia funzionale:	10%
Disturbo emotivo di rifiuto del cibo:	45%	Alimentazione selettiva:	7.5%
Bulimia nervosa:	2.5%	Rifiuto pervasivo:	0%

² Bryant-Waugh, Lask, 1995.

2A-5 ICD-X

F50-F59 Sindromi e disturbi comportamentali associati ad alterazioni delle funzioni fisiologiche e a fattori somatici

F50 Sindromi e disturbi da alterato comportamento alimentare

Nell'ambito dei quadri da alterato comportamento alimentare vanno descritte due sindromi importanti e dai confini ben delimitati: l'anoressia nervosa e la bulimia nervosa. Meritano menzione anche quadri bulimici meno specifici, e l'iperalimentazione quando è associata a disturbi psicologici.

Esclude:

- disturbi nutrizionali della prima o della seconda infanzia (F98.2);
- difficoltà e cattiva gestione dell'alimentazione (R63.3);
- anoressia o perdita dell'appetito non altrimenti specificata (R63.0);
- pica nei bambini (F98.3).

F50.0 Anoressia nervosa

L'anoressia è una sindrome caratterizzata da una deliberata perdita di peso, indotta e/o sostenuta dal paziente. Il quadro si presenta più comunemente in adolescenti e giovani adulti di sesso femminile, ma anche adolescenti e giovani adulti di sesso maschile possono essere più raramente affetti, così come i bambini che si avvicinano alla pubertà e donne più anziane fino alla menopausa.

L'anoressia nervosa costituisce una sindrome indipendente, in quanto:

- le sue caratteristiche cliniche sono facilmente riconoscibili, cosicché la diagnosi è posta con elevato livello di accordo tra i clinici;
- gli studi di *follow up* hanno mostrato che, tra i pazienti che non si ristabiliscono, un numero considerevole continua a mostrare gli aspetti principali della sindrome in una forma cronica.

Sebbene le cause fondamentali dell'anoressia nervosa rimangano difficili da comprendere, vi è una crescente evidenza che fattori socio-culturali e biologici interagenti tra loro contribuiscono a determinarla, così come meccanismi psicologici meno specifici e una vulnerabilità della personalità. La sindrome è associata con una iponutrizione di gravità variabile, con conseguenti modificazioni secondarie endocrine e metaboliche e disturbi delle funzioni corporee. Permangono alcuni dubbi sul fatto che i caratteristici disturbi endocrini siano interamente dovuti all'iponutrizione e all'effetto diretto dei vari comportamenti che l'hanno determinata (ad esempio la ridotta scelta dietetica, l'eccessivo esercizio e le alterazioni nella composizione corporea, oppure il vomito autoindotto, le purghe e i conseguenti disturbi del bilancio elettrolitico).

Direttive diagnostiche

Per una diagnosi di certezza è richiesta la compresenza di tutti i seguenti aspetti.

- Un peso corporeo che è almeno il 15% al di sotto di quello atteso (perso o mai raggiunto), o un indice di massa corporea di Quetelet³ di 17,5 o meno. I pazienti in età prepuberale possono non subire il previsto incremento ponderale durante il periodo dell'accrescimento.
- La perdita di peso è autoindotta con l'evitamento dei cibi che fanno ingrassare e con uno o più dei seguenti:
 - vomito autoindotto,
 - purghe autoindotte,
 - esercizio eccessivo,
 - uso di farmaci anoressizzanti e/o diuretici.
- È presente una distorsione dell'immagine corporea sotto forma di una specifica psicopatologia, per cui il terrore di diventare grasso persiste come un'idea prevalente intrusiva e il paziente si impone un limite di peso basso.
- È presente una disfunzione endocrina diffusa riguardante l'asse ipotalamo-ipofisogonadi, che si manifesta nelle donne come amenorrea e nei maschi come perdita dell'interesse sessuale e della potenza (un'eccezione apparente è la persistenza di sanguinamento vaginale in donne con anoressia che seguono una terapia sostitutiva ormonale, in genere sotto forma di pillola contraccettiva). Vi possono anche essere elevati livelli di ormone somatotropo, aumentati livelli di cortisolo, modificazioni nel metabolismo periferico dell'ormone tiroideo e anomalie della secrezione insulinica.
- Se l'esordio è prepuberale, la sequenza degli eventi puberali è rimandata, o persino arrestata (l'accrescimento cessa; nelle ragazze i seni non si sviluppano e c'è un'amenorrea primaria; nei ragazzi i genitali rimangono infantili). Con la guarigione la pubertà è spesso portata a completamento in maniera normale, ma il menarca si verifica più tardi.

Diagnosi differenziale

Vi possono essere sintomi associati ossessivi o depressivi, o aspetti di personalità che fanno sorgere il quesito circa la differenziazione e/o richiedono l'uso di più di un codice diagnostico. Le cause somatiche di perdita di peso nei soggetti giovani che richiedono di essere distinte includono le malattie debilitanti croniche, i tumori cerebrali e le patologie intestinali, come la malattia di Crohn e la sindrome di malassorbimento.

Esclude:

- perdita dell'appetito (R63.0);
- perdita psicogena dell'appetito (R50.8).

³ Indice di massa corporea di Quetelet = peso in kg/statura in metri²

F50.1 Anoressia nervosa atipica

Questa categoria deve essere utilizzata per quei pazienti in cui sono assenti uno o più aspetti caratteristici dell'anoressia nervosa (F 50.0), come l'amenorrea o una significativa perdita di peso, ma che, per il resto, presentano un quadro tipico abbastanza tipico. Questi pazienti si incontrano di solito nella attività di consulenza psichiatrica negli ospedali generali o nella medicina di base. È la categoria migliore per descrivere i pazienti che presentano tutti i sintomi dell'anoressia nervosa, ma solo in grado lieve; non deve essere utilizzata per i disturbi del comportamento alimentare simili all'anoressia nervosa ma che sono dovuti a malattie somatiche note.

F50.2 Bulimia nervosa

La bulimia nervosa è una sindrome caratterizzata da ripetuti accessi di iperalimentazione e da una eccessiva preoccupazione circa il controllo del peso corporeo, che conduce il paziente ad adottare misure estreme volte a limitare gli effetti ingrassanti del cibo ingerito. Il termine deve essere riservato alla varietà della sindrome che è in relazione con l'anoressia nervosa, per il fatto di condividere la stessa psicopatologia. La distribuzione per età e per sesso è simile a quella dell'anoressia nervosa, ma l'età di esordio tende a essere leggermente più tardiva. La sindrome può essere vista come una sequela di una anoressia nervosa persistente (sebbene possa verificarsi anche la sequenza inversa): una paziente con precedente anoressia può inizialmente dare l'impressione di migliorare per effetto di un recupero del peso e talvolta del ritorno delle mestruazioni, ma successivamente si instaura un pernicioso quadro di iperalimentazione e di vomito. Il vomito ripetuto può comportare l'insorgenza di disturbi elettrolitici, complicanze somatiche (tetania, crisi epilettiche, aritmie cardiache, astenia muscolare) e ulteriore grave perdita di peso.

Directive diagnostiche

Per una diagnosi di certezza è richiesta la compresenza di tutti i seguenti aspetti.

- Vi è una persistente preoccupazione per l'alimentazione, un irresistibile desiderio di cibo, e il paziente manifesta episodi di iperalimentazione nei quali vengono consumati grossi quantitativi di cibo in brevi periodi di tempo.
- Il paziente tenta di mitigare gli effetti ingrassanti del cibo mediante una o più delle seguenti procedure: vomito autoindotto, abuso di purganti, periodi alternati di digiuno, uso di farmaci quali anoressizzanti, estratti di tiroide o diuretici. Quando la bulimia si verifica in pazienti diabetici, essi possono decidere di tralasciare il trattamento insulinico.
- La psicopatologia consiste in un terrore morboso della pinguitudine. Il paziente fissa per se stesso un limite ben definito di peso, molto al di sotto di quello che costituisce il peso ottimale secondo l'opinione del medico. È spesso, ma non sempre, presente un precedente episodio di anoressia nervosa con un intervallo variabile da pochi mesi

a diversi anni. L'episodio in questione può essersi manifestato in maniera chiara oppure in forma ridotta, criptica, con una moderata perdita di peso e/o una fase transitoria di amenorrea.

La diagnosi differenziale riguarda:

- le malattie del tratto gastro-intestinale superiore che conducono a vomito ripetuto (in cui la caratteristica è assente);
- una più generale anormalità della personalità, giacché il disturbo del comportamento alimentare può coesistere con una dipendenza dall'alcool e con atti criminosi di entità lieve (ad esempio rubare nei negozi);
- le sindromi depressive (i pazienti bulimici spesso presentano sintomi depressivi).

Include: bulimia non altrimenti specificata; iperalimentazione nervosa.

F50.3 Bulimia nervosa atipica

Questa categoria deve essere utilizzata per quei pazienti in cui sono assenti uno o più aspetti fondamentali della bulimia nervosa (F50.2), ma che per il resto presentano un quadro clinico abbastanza tipico. Nella maggior parte dei casi si applica a pazienti con peso normale o anche eccessivo, ma con caratteristici periodi di iperalimentazione seguiti da vomito o da assunzione di purganti. Inoltre, è comune riscontrare sindromi parziali associate a sintomi depressivi (tuttavia, se i sintomi depressivi giustificano una diagnosi separata di sindrome depressiva, si devono porre entrambe le diagnosi).

Include: bulimia con peso normale.

F50.4 Iperalimentazione associata ad altri disturbi psicologici

È qui classificata l'iperalimentazione che ha portato a obesità reattiva a eventi stressanti, quali lutti, incidenti, operazioni chirurgiche ed altri episodi emotivamente pesanti. Ciò si verifica soprattutto in pazienti predisposti all'aumento ponderale.

L'obesità come causa di disturbi psicologici non va codificata qui, bensì in altre categorie quali: F38 (sindrome affettiva di altro tipo), F41.2 (sindrome mista ansioso-depressiva), o F48.9 (sindrome nevrotica non specificata), con l'aggiunta di un codice ricavato da E66 per indicare il tipo di obesità.

L'obesità può determinare un'ipersensibilità del paziente per quanto riguarda il suo aspetto e dare luogo a una mancanza di sicurezza nelle relazioni interpersonali, e l'apprezzamento soggettivo delle dimensioni corporee può essere esagerato.

Include: iperalimentazione psicogena.

Esclude: polifagia non altrimenti specificata (R63.2); obesità (E66).

F50.5 Vomito associato ad altri disturbi psicologici

A parte il vomito autoindotto della bulimia nervosa, un vomito ripetuto può verificarsi:

- nelle sindromi dissociative (F44);
- nella sindrome ipocondriaca (F45.2), in cui il vomito può essere uno dei diversi sintomi somatici;
- in gravidanza, in cui i fattori emozionali possono contribuire a produrre nausea e vomito ricorrenti.

Include: vomito psicogeno; iperemesi gravidica psicogena.

Esclude: nausea e vomito non altrimenti specificati (R11).

F50.8 Altre sindromi o disturbi da alterato comportamento alimentare

Include: perdita psicogena dell'appetito, di origine non organica negli adulti.

F50.9 Sindromi o disturbi non specificati da alterato comportamento alimentare

Allegato tecnico 2B.

Il trattamento dei disturbi del comportamento alimentare: descrizione dei principali trattamenti raccomandati

La terapia nutrizionale

Questo trattamento deve seguire le linee concettuali della riabilitazione nutrizionale che deve ristabilire un peso compatibile con la salute fisica e psichica. La psico-educazione nutrizionale ha lo scopo di far conoscere i meccanismi attraverso i quali il disturbo è insorto e si mantiene. Devono essere fornite informazioni relative a:

- effetti biologici dell'eccessiva restrizione e del dimagrimento;
- motivi dell'amenorrea;
- ruolo dei vari nutrienti (proteine, carboidrati, grassi, vitamine, sali minerali) all'interno dell'organismo;
- funzionamento e adattamenti del metabolismo;
- relazione tra dimagrimento e sintomi fisici come l'ipotensione;
- aumentata sensibilità per il freddo;
- perdita di capelli;
- difficoltà digestive;
- problemi dentari;
- costipazione;
- relazione tra dimagrimento e sintomi psicologici come depressione, pensieri e rituali ossessivi, tendenza all'isolamento sociale.

Nell'anoressia nervosa la sola psico-educazione raramente porta a un miglioramento sintomatologico. È bene però sottolineare che solo attraverso l'acquisizione di informazioni corrette, le persone possono rendersi partecipi al trattamento e collaborare attivamente con il *team* multidisciplinare. Nei casi più semplici di bulimia nervosa e di disturbi da alimentazione incontrollata, la psico-educazione nutrizionale, insieme ad alcuni consigli specifici sull'alimentazione, può portare a una remissione della sintomatologia. Questo si può verificare in assenza di una diagnosi di comorbidità e, dal punto di vista alimentare, quando le modalità di alimentazione bulimica non hanno sostituito completamente la capacità di alimentarsi normalmente.

La psico-educazione nutrizionale, insieme alla terapia internistica, può essere quindi considerata nei disturbi del comportamento alimentare una tecnica terapeutica insostituibile nelle sindromi parziali o nei casi clinici con breve durata di malattia (prevenzione secondaria). Nell'Allegato 2B-2 vengono descritti in dettaglio i principi della terapia nutrizionale nell'approccio cognitivo-comportamentale.

La terapia internistica

La lunga serie di alterazioni fisiche di sistemi e apparati non può prescindere da un intervento internistico profondo e sostenuto. Nei disturbi del comportamento alimentare tali alterazioni sono principalmente collegate alle patologiche modalità di alimentazione, alle condotte di eliminazione, ai comportamenti compensatori, all'abuso di farmaci e di sostanze (lassativi, diuretici, psicofarmaci, alcool, droghe, ecc.). Se si considera l'elenco delle principali alterazioni, si comprende quanto sia necessario ricondurre tale intervento a conoscenze di *evidence-based medicine* (EBM):

- astenia e debolezza,
- disturbi gastrointestinali,
- ipersensibilità al freddo,
- formicolii,
- diminuzione della termogenesi,
- ritenzione di liquidi,
- anemia,
- ipotensione,
- bassa frequenza cardiaca,
- aumento della peluria,
- alterazioni idroelettrolitiche,
- amenorrea,
- alterazioni funzionalità epatica,
- stitichezza,
- pelle gialla,
- osteoporosi.

Modificazioni dello stato nutrizionale fisiologico e malnutrizione sono presenti in tutti i disturbi del comportamento alimentare; in alcuni casi tali alterazioni raggiungono grande evidenza, in altri invece possono essere valutate accuratamente e interpretate adeguatamente solo in un ambito specialistico con professionisti specificatamente formati. I sintomi macroscopici non sono in assoluto un indice adeguato per la diagnosi di rischio biologico: ad esempio il criterio del basso peso non è da solo esaustivo: si possono infatti definire ad alto rischio di vita e di complicanze soggetti normopeso ma con alta frequenza di vomito autoindotto, o soggetti con disturbo da alimentazione incontrollata associato a grande obesità e apnee notturne. Bisogna inoltre tenere presenti due fattori:

- da un lato, la malnutrizione può instaurarsi e aggravarsi molto rapidamente; può infatti sopraggiungere entro 7-10 giorni dalla mancanza di un adeguato apporto alimentare, in una persona precedentemente sana;
- dall'altro, le usuali indagini di laboratorio relative a molti fattori implicati nell'equilibrio dello stato nutrizionale sono un indice statico, influenzabile sia da fattori biologici che tecnici; quindi ai fini della definizione del rischio biologico occorre effettuare innanzi tutto un'accurata valutazione dei comportamenti e della composizione dell'*intake*, e un esito all'interno dei parametri di normalità degli usuali esami di laboratorio non

deve di per sé essere considerata una giustificazione per il ritardo dell'invio a un centro specializzato.

Senza dubbio un problema è l'inserimento della competenza professionale internistica all'interno del *team approach*, perché non si tratta di attuare una semplice consulenza. Gli specialisti che lavorano con pazienti con DCA, anche se non sono operatori del settore della salute mentale, necessitano di una formazione specifica per riuscire a instaurare col paziente una adeguata *compliance*, una delle condizioni essenziali per porre una corretta diagnosi e avviare un'alleanza terapeutica. Inoltre, va considerata la necessità di un internista formato a gestire l'obesità perché la presenza di un disturbo da alimentazione incontrollata non deve essere sottovalutata.

Le psicoterapie

A prima vista, i risultati EBM hanno dimostrato che la psicoterapia cognitivo-comportamentale (CBT) ha il primo posto rispetto a tutte le altre. Ciò è legato all'evidenza che i fattori cognitivi (cioè conoscenze ed esperienze precedenti) sono responsabili del mantenimento del disordine nel comportamento alimentare, e che la CBT tende a guidare il comportamento alimentare anormale e modifica la tendenza a considerare il peso e l'aspetto fisico con preoccupazione esagerata. La psicoterapia cognitivo-comportamentale non si fa a parole ma con l'ausilio di manuali strutturati di auto-aiuto guidato.

La psicoterapia interpersonale (IPT) rappresenta un'alternativa alla CBT. È un orientamento terapeutico di definizione recente, non ancora molto conosciuto in Italia, anche se la sua diffusione è in aumento. Sul piano teorico è uno dei ponti lanciati fra modelli diversi, in particolare, fra la psicoterapia psicoanalitica e la psicoterapia cognitiva. È una tecnica sviluppata circa dieci anni fa da Klerman (Klerman *et al.*, 1984) e deriva dalla Scuola di psichiatria interpersonale americana, nata a sua volta dalla psicoanalisi. La IPT colloca al centro del lavoro terapeutico la percezione e la distinzione degli stati emotivi, gli stili di attaccamento e di separazione, il riconoscimento e l'uso dei supporti sociali, le capacità e le difficoltà di relazione con gli altri.

Attualmente in Emilia-Romagna non sono presenti sedi o professionisti a cui fare riferimento. Potrebbe rappresentare una linea di formazione per il futuro.

La psicoterapia di sostegno è una modalità terapeutica ampiamente praticata nelle istituzioni psichiatriche pubbliche e particolarmente indicata per pazienti in grave crisi o con livello di funzionamento sociale piuttosto compromessi. È una forma di psicoterapia su base empirica, che utilizza tecniche idonee a raggiungere vari scopi:

- promuovere una relazione terapeutica,
- aumentare le difese,
- ridurre la sofferenza soggettiva,
- raggiungere il maggior grado di indipendenza dal disturbo psichiatrico,
- incoraggiare quanto più possibile un'autonomia nelle decisioni terapeutiche.

Non vi sono al momento evidenze che possano dare sufficiente certezza di risultati. Ciononostante, nei casi refrattari a trattamenti consolidati la psicoterapia di sostegno può essere uno strumento terapeutico mirato al ripristino del predominio delle capacità difensive e adattative del paziente.

Negli Allegati da 2B-1 a 2B-6 si esaminano in dettaglio le posizioni di terapia cognitivo-comportamentale, psicoterapia interpersonale, il modello psicodinamico, la psicoterapia familiare e le terapie di gruppo.

La terapia farmacologia

Non esistono finora farmaci che abbiano un'efficacia a lungo termine dimostrata sperimentalmente per il trattamento dei disturbi del comportamento alimentare. Per quanto riguarda i risultati dei *trial* farmacologici con antidepressivi nell'anoressia nervosa, vari studi controllati non hanno evidenziato differenze. Negli ultimi anni non si sono registrate novità di rilievo salvo qualche segnalazione a proposito degli inibitori selettivi del riassorbimento della serotonina.

Attualmente, come indicazione clinica generale si può dire che l'impiego di farmaci – in particolare antidepressivi – nell'anoressia nervosa deve essere indirizzato ai problemi di comorbidità (per es. laddove coesistono gravi sintomi depressivi e ossessivi), soprattutto quando i disturbi persistono, o addirittura si accentuano, dopo il recupero del peso.

Negli ultimi anni, gli studi psicofarmacologici si sono rivolti al trattamento della bulimia nervosa e del disturbo da alimentazione incontrollata più che dell'anoressia nervosa. I dati clinicamente più interessanti risultano essere:

- il blocco dei recettori dopaminergici e serotoninergici può produrre aumenti ponderali;
- la stimolazione degli stessi (con farmaci agonisti) può ridurre gli attacchi di sovralimentazione in pazienti bulimiche.

Confrontando i risultati positivi con quelli incerti e nulli si può sostenere in generale che:

- solo gli antidepressivi hanno dimostrato di possedere effetti antibulimici;
- la fluoxetina si è dimostrata una molecola particolarmente efficace e maneggevole;
- nessuno studio controllato ha dimostrato che l'efficacia antibulimica dei farmaci si mantiene nel tempo.

2B-1 Terapia cognitivo-comportamentale per la bulimia nervosa e l'anoressia nervosa

Nella psicologia clinica, tutti i diversi modelli cognitivi sono accomunati da un'unica idea di base, cioè che ogni risposta emotiva e comportamentale è influenzata da pensieri, immagini e credenze. Spesso si ha l'impressione che le esperienze vissute siano la causa diretta di come ci si sente; in realtà sono i pensieri, le interpretazioni e le credenze sulla situazione che si sta vivendo a determinare lo stato emotivo e di conseguenza i comportamenti (Beck *et al.*, 1979; Bara, 1996). Sembra essere la forza intensa delle credenze e delle valutazioni a innescare le diverse emozioni, ciascuna di esse collegata alla specifica area o scopo di base rilevante per l'individuo in un dato momento.

Gli scopi e le credenze di base derivano direttamente dalla storia di vita del soggetto; la maggiore sensibilità all'invalidazione o alla minaccia di certi scopi piuttosto di altri è influenzata da episodi significativi vissuti attinenti a quegli scopi e alla costruzione di teorie o di spiegazioni personali inerenti quegli scopi, teorie o spiegazioni secondo le quali i soggetti credono di essere incapaci di risolvere determinati problemi.

La psicoterapia cognitivo-comportamentale mira direttamente a modificare le convinzioni, le inferenze, gli errori cognitivi, le assunzioni disfunzionali, avvalendosi di una vasta gamma di tecniche specifiche per permettere al paziente di compiere una ristrutturazione e ricostruzione di vissuti personali (cognitivi, emotivi, comportamentali).

Molti studi a livello internazionale (meta-analisi, *trial* terapeutici randomizzati) hanno evidenziato come la terapia cognitivo-comportamentale sia l'approccio più efficace (rispetto alla terapia comportamentale, farmacologica o interpersonale, da sole) per produrre cambiamenti di breve e lunga durata. La CBT ha infatti ottenuto il maggior supporto di dati di osservazione sperimentale.

L'indicazione al trattamento psicoterapeutico cognitivo-comportamentale della bulimia e dell'anoressia nervose si basa sulla valutazione di:

- motivazione al trattamento,
- comorbilità psichiatrica,
- opportunità di integrare diversi trattamenti.

La paziente bulimica o anoressica presenta molti atteggiamenti egosintonici e in essi si identifica; spesso non vive i propri comportamenti e le conseguenze che ne derivano come una difficoltà, ma come un tentativo per risolvere i problemi; per questo la maggior parte delle pazienti non è motivata a un trattamento. Studi epidemiologici significativi hanno confermato che solo una percentuale molto bassa di pazienti bulimiche e anoressiche chiede direttamente un trattamento (Hoek, 1991).

Per questi motivi è assai importante, prima di iniziare il trattamento, affrontare una serie di colloqui di motivazione al cambiamento (terapia motivazionale) (Miller, Rollnick, 1991) - che possono costituire fino al 30% dell'intero percorso della paziente - per aiutarla a focalizzare le cognizioni disfunzionali, i valori e le credenze di base che rinforzano la

patologia e impediscono alla paziente di prendere atto che lei ha dei problemi e che può attuare un cambiamento. Un trattamento iniziato con pazienti bulimiche e anoressiche senza avere prestato sufficiente attenzione all'*assessment* del loro livello motivazionale è uno dei fattori che più frequentemente causano un *drop-out*.

Molti studi hanno evidenziato come l'approccio cognitivo-comportamentale possa avvalersi di strumenti di *assessment* e di metodiche di intervento ampiamente validate a livello internazionale per le diverse patologie psichiatriche (Allison, 1995). Questi dati puntualizzano che tale approccio può essere considerato d'elezione anche per il trattamento delle comorbidità psichiatriche frequentemente riscontrabili nei disturbi del comportamento alimentare come: disturbi da uso di sostanze psicoattive, disturbi di personalità, disturbi dell'umore e disturbi d'ansia (DSM-IV).

L'*assessment* psicoterapico cognitivo-comportamentale coinvolge differenti aree patogeniche:

- il disturbo del comportamento alimentare specifico con le sue complesse interazioni psico-bio-sociali (anoressia nervosa, bulimia nervosa, *Binge Eating Disorder*);
- i comportamenti multi-impulsivi (droghe, alcool, furti, automutilazione, ecc.);
- le comorbidità psichiatriche (es. depressione, disturbo post-traumatico da stress, disturbo di personalità *borderline*, fobia sociale, fobie, ecc.) (Braun *et al.*, 1994).

Per ciò che concerne le comorbidità nella bulimia e nell'anoressia nervose, è importante un'analisi funzionale con specifica attenzione alla sequenza temporale di eventuali traumi subiti e alle loro implicazioni cognitive, emotive, psicofisiche e comportamentali, perché tali vissuti traumatici possono diventare istigatori per gli aspetti fobici e ossessivo-compulsivi, che a loro volta alimentano *deficit* nei vissuti interiori e interpersonali. Tale analisi funzionale è alla base di un progetto terapeutico integrato e condiviso nel *team* terapeutico.

Ad oggi è indiscusso che programmi di trattamento interdisciplinari che includono la riabilitazione nutrizionale risultano più efficaci di programmi che escludono quest'ultimo aspetto. Sia gli antecedenti che i fattori di mantenimento dei disturbi del comportamento alimentare sono organizzati in un intreccio bio-psicologico. Il paziente che richiede una terapia si trova costretto entro circoli viziosi, per lui stesso difficilmente comprensibili e decodificabili, soprattutto in casi di cronicizzazione o ad alto rischio di cronicizzazione. Il paziente si sente obbligato a mantenere la malattia in quanto il suo modo di pensare è modellato su distorsioni cognitive relative alla forma corporea, al peso, al cibo, al suo sistema di valori, alle emozioni, alle modalità di relazione e comunicative. Tali cognizioni disfunzionali hanno come causa ed effetto lo strutturarsi di vere e proprie fobie e ossessioni.

La debilitazione fisica dovuta a denutrizione, malnutrizione e/o alle conseguenze delle condotte di eliminazione e dei meccanismi compensatori provoca, oltre a conseguenze biologiche, anche conseguenze psicologiche, in quanto da un lato esacerba i *deficit* psicologici, dall'altro tende a ostacolare il processo psicoterapico. Il percorso terapeutico

dovrà quindi prevedere l'integrazione delle figure professionali che possano rispondere alle problematiche presentate dai pazienti. La collaborazione interdisciplinare permette di abbattere i limiti di interventi frammentari: da un lato l'intervento nutrizionale da solo non può agire sulle interferenze psicologiche, cognitive, emotive, fobiche, ossessive, che impediscono il cambiamento del comportamento alimentare; d'altro canto lo psicoterapeuta ha bisogno di una corretta gestione delle problematiche medico-nutrizionali per una ristrutturazione dei pensieri disfunzionali inerenti la sfera cibo-corpo in grado di garantire un livello di stabilità minima delle condizioni fisiche necessarie per l'accesso a un lavoro mentale ed emotivo. Per il raggiungimento di un equilibrio è quindi fondamentale la gestione dell'intreccio psicofisico legato ai disturbi del comportamento alimentare, attraverso la gestione interdisciplinare della terapia stessa.

Studi relativi all'efficacia della terapia cognitivo-comportamentale nel trattamento di bulimia e anoressia nervosa

Grandi progetti di ricerca (Agras, Apple, 1997; Fairburn *et al.*, 1993; Lacey, Evans, 1986) hanno dato risultati di notevole importanza. Questi studi hanno riscontrato che la terapia cognitivo-comportamentale ha un effetto immediato e duraturo sulla frequenza degli episodi bulimici. Ad esempio uno studio recente del gruppo di Oxford ha ottenuto una riduzione media della frequenza delle abbuffate del 90% alla fine del trattamento, mantenuta fino a sei anni dopo.

Tali studi hanno inoltre dimostrato che la diminuzione nella frequenza delle abbuffate è accompagnata da miglioramenti dell'umore, della concentrazione e del senso di controllo sul mangiare. Diminuiscono anche le preoccupazioni per la forma fisica e per il peso corporeo, e quelle per la dieta.

Un gran numero di studi controllati e non ha mostrato principalmente gli effetti della psicoterapia cognitivo-comportamentale nella bulimia nervosa, mentre poche prove sono state eseguite in pazienti con altri disturbi dell'alimentazione. L'efficacia della CBT è spesso espressa dalla parziale riduzione di episodi bulimici e di comportamenti compensatori.

Questi parametri sono stati valutati in rigorose meta-analisi. Agras e Apple (1997) hanno riesaminato 10 studi controllati, osservando in media una riduzione nella frequenza dei comportamenti compensatori del 79%, con una remissione totale nel 57% dei casi.

Studi più recenti (Fairburn *et al.*, 1995) hanno riportato una riduzione degli episodi di abbuffate tra il 73 e il 93% e una riduzione dei comportamenti compensatori nel 36-56%.

Altri risultati riportati in recenti verifiche della terapia cognitivo-comportamentale nella bulimia nervosa includono:

- una significativa riduzione della restrizione alimentare con un aumento di assunzione di cibo tra gli attacchi bulimici;
- un miglioramento riguardo a peso e forma del corpo;
- un rilevante miglioramento dell'umore depresso, dell'autostima, nel funzionamento sociale e nei disturbi di personalità associati.

Questi risultati si sono mantenuti al *follow up* a sei mesi, un anno e sei anni.

Quando è stata confrontata con altri tipi di psicoterapia in studi controllati su pazienti bulimici, la CBT solitamente è risultata più efficace della terapia supportiva, la psicoterapia supportiva più della medicina antidepressiva, e della psicoterapia supportiva-espressiva.

La psicoterapia interpersonale mostra un'efficacia simile alla terapia cognitivo-comportamentale nel trattamento della bulimia (vedi oltre), quindi, probabilmente l'IPT identifica meccanismi di azione diversi. Nel caso di insuccesso della CBT, la psicoterapia interpersonale può rappresentare un'utile alternativa.

La terapia cognitivo-comportamentale è stata confrontata anche con il trattamento antidepressivo e ha portato a risultati migliori rispetto al solo utilizzo della despramina e fluoxetina. I pazienti accettano meglio questa psicoterapia rispetto al trattamento farmacologico, tanto è vero che si registra una minore incidenza di *drop-out* (da 0 a 47%). La terapia cognitivo-comportamentale può quindi essere usata in combinazione con il trattamento farmacologico.

2B-2 Terapia nutrizionale nell'approccio terapeutico cognitivo-comportamentale

La terapia nutrizionale rappresenta uno degli aspetti cardine della terapia interdisciplinare nei disturbi del comportamento alimentare.

Il ruolo del nutrizionista specializzato in DCA, il suo campo d'azione e i temi terapeutici che gli competono vengono chiaramente definiti nei modelli terapeutici cognitivo-comportamentali (Agras, Apple, 1997; Fairburn *et al.*, 1993b; Garner, Garfinkel, 1997; Reiff, Lampson Reiff, 1992).

È importante sottolineare l'essenziale differenza fra educatore nutrizionale e terapeuta nutrizionale:

- l'educatore nutrizionale fornisce informazioni e sviluppa una minima relazione; il suo intervento è di breve durata, meramente tecnico e standardizzato, e naturalmente l'obiettivo primario è l'educazione; il suo modello di riferimento è di cura medica (tale intervento può essere utilizzato soprattutto in patologie con importanti aspetti nutrizionali come ad es. diabete, celiachia, dislipidemie, ecc.);
- il medico nutrizionista specializzato in disturbi del comportamento alimentare si riferisce a un modello di competenza medico-nutrizionale, ma anche a un modello psicoterapico sia diagnostico che terapeutico, in quanto sostiene la persona affetta da DCA nel cambiamento, ne discute i problemi emotivi relativi alle fobie cibo-peso, effettua una cura a lungo termine, sviluppa col paziente una relazione significativa con un trattamento individualizzato che si evolve nel tempo.

Per essere efficace e poter collaborare con le figure psicoterapiche, il nutrizionista deve acquisire un'alta esperienza in disturbi del comportamento alimentare, seguire una formazione specifica e avere una supervisione psicoterapica; ha bisogno di apprendere alcune abilità psicoterapiche, anche mettendo da parte la filosofia tradizionale della professione medica, ai fini di:

- comprendere la natura psico-biologica dei DCA;
- essere capace di lavorare con pazienti con disagio psicologico;
- comprendere e acquisire un linguaggio psicoterapico;
- comprendere la dimensione delle paure e delle ansie su peso e cibo;
- essere flessibile e lavorare a un ritmo sostenibile dal paziente;
- stimolare l'auto-osservazione nel paziente;
- non richiedere piena adesione alle proprie indicazioni ed essere paziente;
- lavorare in modo collaborativo;
- non esprimere giudizi e fare commenti sensibili;
- motivare i cambiamenti proposti.

Nell'approccio terapeutico cognitivo-comportamentale, l'intervento nutrizionale è importante sin dalla fase diagnostica e i suoi scopi sono:

- effettuare una valutazione della storia del comportamento alimentare del paziente;
- individuare una definizione dei comportamenti alimentari attuali (*pattern* alimentari, grado di restrizione e comportamenti legati a questa restrizione) e delle interpretazioni disfunzionali (distorsioni cognitive) su cibo/corpo/fisiologia;
- valutare il grado di alterazione nella capacità del paziente di discriminare fame, sazietà e altri vissuti e linguaggi del corpo.

Nella fase motivazionale, il nutrizionista partecipa all'intervento psico-educazionale motivazionale fornendo con le figure psicoterapiche informazioni al paziente sul suo disturbo e sui metodi per combatterlo.

La fase terapeutica è quella specifica della riabilitazione nutrizionale, che ha lo scopo di:

- aiutare il paziente a ottenere un normale stato di nutrizione, quando il problema è un sottopeso o un sovrappeso, o alterazioni collegate a condotte di eliminazione o comportamenti compensatori;
- assistere il paziente nel ristabilire un comportamento alimentare fisiologico;
- promuovere un atteggiamento sano verso il cibo;
- ristrutturare le cognizioni disfunzionali relative a cibo/corpo/peso, ai fini di favorire il superamento di ansie e fobie attraverso il contemporaneo lavoro psicoterapico;
- aiutare il paziente a recuperare la capacità di rispondere agli stimoli biologici, in particolare di fame e sazietà.

L'intervento di riabilitazione nutrizionale e l'identificazione all'interno dell'*équipe* interdisciplinare di uno specialista formato *ad hoc* e responsabile di tale programma sono necessari sia nelle strutture ambulatoriali per DCA, sia nelle strutture residenziali specificatamente organizzate per il ricovero dei casi più gravi, cioè quei casi in cui si realizzino condizioni tali da ostacolare la terapia ambulatoriale (grave deperimento, comportamenti purgativi estremi, multi-impulsività, necessità dell'allontanamento del paziente dall'ambiente familiare, ecc).

Il percorso di riabilitazione nutrizionale - in una struttura di ricovero o in un *setting* ambulatoriale - va sempre attivato precocemente. È indispensabile per contrastare i sintomi del digiuno, non solo quelli biologici che rappresentano un alto rischio per la vita del paziente, ma anche per rimuovere gli effetti psicologici che impediscono di avviare un percorso psicoterapico efficace: il soggetto fortemente sottopeso presenta un'accentuazione dei tratti ossessivi e delle fobie, una ridotta capacità di concentrazione, di elaborazione e di introspezione, depressione e forte isolamento sociale. Tali aspetti si presentano anche nella bulimia nervosa, in cui è necessaria un'attenuazione dei comportamenti *binge-purge* per poter avviare un percorso psicoterapico efficace.

Le tecniche di riabilitazione nutrizionale si differenziano a seconda che il paziente sia ricoverato, frequenti una struttura di *day hospital* o segua una terapia ambulatoriale (tali fasi possono essere in sequenza). In particolare, nei casi per cui si rende necessario il ricovero, si presentano frequentemente ostacoli alle tecniche di riabilitazione che

comportano un cambiamento delle idee disfunzionali su cibo/peso/corpo, così come vi può essere, per grave defedazione, un ostacolo alla percezione dei bisogni fisici e di fame e sazietà. In questo caso è più utile introdurre il concetto di cibo-medicina e promuovere l'alimentazione meccanica: il lavoro dell'*équipe* sarà quello di aiutare il paziente a bypassare le proprie idee sul cibo e sul peso e a non fare riferimento alle proprie esperienze corporee che sono state tutte rielaborate in modo da enfatizzare la sua impossibilità a nutrirsi.

L'alimentazione meccanica viene organizzata secondo pasti regolari, circa ogni 3 ore (colazione, pranzo, cena e 1 o 2 spuntini); inizialmente va avviato un *intake* calorico di 1.400-1.600 calorie distribuite in modo bilanciato. È importante iniziare con un livello calorico moderato, per poi aumentarlo gradualmente, per evitare complicanze derivate da una ri-alimentazione troppo rapida e inadeguata per un corpo debilitato: si deve infatti ricordare che nel soggetto fortemente sottopeso le funzioni cardiaca, renale e digestiva sono alterate. Una iperalimentazione potrebbe causare scompenso cardiaco, alterazioni elettrolitiche, edemi, disturbi gastrointestinali; tale rischio è più alto nelle prime settimane di ri-alimentazione e può essere prevenuto - oltre che con la gradualità nella ripresa dell'assunzione di cibo - riducendo il sodio e attivando un monitoraggio della diuresi e degli elettroliti.

2B-3 Psicoterapia interpersonale (IPT)

La psicoterapia interpersonale ha lo scopo di aiutare i pazienti a identificare e modificare i problemi interpersonali in corso. Nasce come trattamento per la depressione, ma più recentemente è stata applicata ad altri disturbi fra i quali depressione ricorrente, disordine bipolare, abuso di sostanze, problemi coniugali e disturbi alimentari.

Due studi del gruppo di Fairburn a Oxford sostengono l'uso di questa terapia per bulimia nervosa e anoressia nervosa. Nel primo (Fairburn *et al.*, 1993a) una forma di terapia cognitivo-comportamentale specifica per trattare pazienti bulimiche e anoressiche è stata paragonata con una psicoterapia focale a breve termine orientata a identificare e modificare i problemi interpersonali che accompagnano i disturbi alimentari, piuttosto che il disturbo alimentare stesso. I problemi venivano identificati con una valutazione dettagliata del passato del paziente e delle circostanze sottostanti agli episodi di disordine alimentare. Successivamente, questi problemi diventavano il *focus* del trattamento, con l'incoraggiamento ai pazienti a considerare le possibili modalità di cambiamento. Infine l'attenzione veniva spostata sulla considerazione di ciò che si impara nel corso del trattamento e sulla sua applicazione futura. I risultati sono stati sorprendenti: le pazienti in entrambi i trattamenti miglioravano sostanzialmente, e i cambiamenti erano mantenuti per almeno 12 mesi.

Il secondo studio di Oxford è stato disegnato per replicare ed estendere le scoperte del primo, assegnando in modo casuale 75 pazienti ai tre trattamenti CBT, BT e IPT. La terapia cognitivo-comportamentale era essenzialmente analoga a quella usata nel primo esperimento. La terapia comportamentale (BT) era una versione ridotta della CBT, limitata alle sole procedure comportamentali dirette alla normalizzazione dell'alimentazione. La terapia interpersonale era scelta al posto del trattamento originale, essendo simile nello stile e nel *focus*, ma col vantaggio di essere conosciuta meglio e di avere una esecuzione riconducibile all'uso di un manuale. Al termine dello studio, tutti e tre i trattamenti hanno avuto successo, con i migliori risultati ottenuti con la terapia cognitivo-comportamentale, ma la persistenza dei risultati era diversa nel tempo: i pazienti sottoposti a BT non hanno mantenuto il risultato nel periodo di *follow up*; quelli trattati con le altre due modalità invece non hanno mostrato tendenza al deterioramento dei risultati. Rispetto alla CBT, la terapia interpersonale ha mostrato cambiamenti più lenti a svilupparsi, ma perduranti anche durante il *follow up*, che è stato a lungo termine, della lunghezza media di sei anni.

Da tali studi è emerso che la BT è la meno efficace nella cura della bulimia nervosa, la terapia cognitivo-comportamentale ottiene buoni risultati, mentre la terapia interpersonale potrebbe essere un'alternativa alla CBT qualora questa non raggiunga risultati sufficienti.

La terapia interpersonale per la bulimia nervosa sviluppata dal gruppo di Oxford assomiglia a quella per la depressione, quindi è priva di aspetti interpretativi, e comprende 15-20 sessioni della durata di 50 minuti per 4-5 mesi.

Il trattamento si svolge in tre fasi. La prima fase occupa tre o quattro sessioni, con tre obiettivi:

- descrivere il razionale e la natura della terapia interpersonale;
- identificare i problemi interpersonali in corso;
- scegliere quali problemi interpersonali dovrebbero diventare il *focus* del resto del trattamento.

Per quanto riguarda il razionale e la natura del trattamento, va innanzitutto precisato che le difficoltà interpersonali sono comuni nella bulimia e nell'anoressia nervose, nonostante molti pazienti ne abbiano una limitata consapevolezza a causa dell'influsso di pensieri distorti su peso, forma del corpo e alimentazione. Le difficoltà interpersonali giocano un ruolo importante nel mantenimento del disturbo alimentare attraverso diversi meccanismi (per esempio molte compulsioni vengono precipitate dagli eventi interpersonali e dalle circostanze). Nella terapia interpersonale viene posta poca enfasi sul problema alimentare del paziente come tale, eccetto che inizialmente, perché ciò tenderebbe a distrarre il paziente e il terapeuta dai rilievi delle difficoltà interpersonali stesse.

L'identificazione dei problemi interpersonali in atto occupa le prime tre o quattro sessioni, ha luogo attraverso un'analisi dettagliata delle relazioni passate e presenti sotto la guida attiva del terapeuta, sfociando poi nella scelta concordata di quali problemi interpersonali debbano essere al centro della successiva fase del trattamento. Per identificare i problemi interpersonali a partire dalla nascita, il paziente è incoraggiato a raccontare 4 tipi di storie:

- una presa dal contesto interpersonale nel quale il problema alimentare si è sviluppato e mantenuto. Sono registrati gli eventi chiave e le date, per esempio l'età alla quale il paziente ha iniziato dieta, compulsioni e uso di purghe, l'epoca dei maggiori cambiamenti di peso;
- la seconda storia riguarda il funzionamento interpersonale precedente del paziente, le relazioni personali con la famiglia e i pari;
- la terza storia concerne gli eventi significativi della vita, molti dei quali possono essere già stati identificati;
- la quarta storia riguarda problemi con la stima di sé e la depressione.

Ciò dovrebbe culminare nella creazione di una "carta della vita", il paziente dovrebbe essere incoraggiato a giocare un ruolo attivo nella storia, e può essere utile guardare i diari e le fotografie, come pure parlare con parenti e amici.

L'intero processo solitamente occupa due delle tre sessioni. Viene fatta una valutazione della qualità del funzionamento interpersonale attuale del paziente, in termini di frequenze di contatto, aspetti positivi e negativi di ogni relazione, grado di intimità e reciprocità, con domande su rete sociale, membri della famiglia, coniuge o *partner*, confidenti, contatti di lavoro, amici e conoscenti. Si identificano gli elementi precipitanti degli episodi bulimici. In ogni sessione il terapeuta chiede se c'è stato qualche episodio di *binge* ed eventualmente indaga sulle circostanze che lo precedono. Gli episodi bulimici servono da *marker* dei problemi interpersonali in corso.

Dalla terza/quarta sessione la natura delle difficoltà interpersonali del paziente dovrebbe essere chiarita. Solitamente esse appartengono a una delle quattro aree problematiche *standard* descritte nel manuale della terapia interpersonale: dolore, dispute sul ruolo interpersonale, transizioni di ruolo, o *deficit* interpersonali.

Il successivo passo è decidere quali aree di problemi dovrebbero diventare il *focus* del resto del trattamento. Questo progresso è facilitato se il terapeuta suggerisce l'ordine nel quale vanno affrontati i problemi. Solitamente è meglio affrontare per primo il problema più facilmente risolvibile, ad esempio il dolore inespresso può essere affrontato in modo relativamente veloce anche perché non richiede generalmente la soluzione di altri problemi per cambiare. Affrontare il problema più "facile" per primo ha anche il vantaggio che il progresso su un fronte spesso guida il progresso su altri. In alcuni casi i problemi interpersonali identificati non hanno chiara connessione con i disturbi alimentari; la terapia interpersonale appare comunque utile già in tali casi.

La fase successiva è caratterizzata da un cambiamento di stile, con una maggiore responsabilità del paziente per il contenuto delle sessioni e un ruolo supportivo del terapeuta. Gradualmente assume maggiore importanza il fatto di imparare dalle difficoltà interpersonali e di individuare i modi per cambiarle, non solo esplorare le difficoltà nelle sessioni ma anche sperimentare i modi di cambiamento. È importante l'enfasi sulla natura limitata del tempo di trattamento: la terapia interpersonale ha un numero fisso di sessioni (solitamente 16), tenute a intervalli settimanali per quasi tutto il periodo. Fin dall'inizio è possibile dare al paziente un'idea di quando il trattamento finirà: ciò aiuta il terapeuta a enfatizzare l'importanza di lavorare duramente nel corso del trattamento stesso, come opportunità di fare emergere e cambiare ciò che è stato a lungo problematico.

La parte successiva del trattamento è virtualmente identica alla terapia interpersonale per la depressione, sebbene nella terapia per la bulimia e l'anoressia nervosa il paziente sia sottoposto a grande pressione verso il cambiamento. La seconda fase solitamente è organizzata in otto sessioni settimanali. Il terapeuta diviene meno attivo e incoraggia il paziente stesso a prendere la guida, mettendo a fuoco i problemi da tutti gli angoli possibili. Una parte chiave di questo processo è pensare che i cambiamenti siano possibili e come possano essere condotti. Il lavoro del terapeuta è garantire che il paziente rimanga concentrato sull'area problematica identificata, guadagnando una migliore conoscenza di essa e tentando di cambiare, e fornire chiarimenti quando siano necessari. I tentativi di cambiamento diventano il *focus* della sessione successiva. Il bisogno di cambiare è enfatizzato a intervalli regolari, come incoraggiamento generale piuttosto che come pressione a prendere un corso specifico di azione (come nella terapia cognitivo-comportamentale).

Nella terza fase vi sono tre-quattro sessioni, da tenersi a intervalli di due settimane. Gli obiettivi principali sono due: garantire che i cambiamenti fatti durante il trattamento continuino, e minimizzare il rischio di ricaduta.

Diversamente dalla transizione tra le fasi 1 e 2, in questo caso non c'è cambiamento nello stile. Le sessioni continuano come prima, con una necessaria revisione del trattamento su ciò che è stato raggiunto e su ciò che non è stato considerato. Quando il progresso in una particolare area problematica è stata discusso, il terapeuta dovrebbe aiutare il paziente ad avere prospettive realistiche e a predire aree di difficoltà future. Non è raro in questa fase che il paziente faccia riferimento ai suoi problemi alimentari.

Per quanto riguarda le controversie sul ruolo interpersonale, sono state rilevate nel 64% dei pazienti nel secondo studio di Oxford citato in premessa. Coinvolgono qualche figura importante nella vita del paziente, includendo coniuge o *partner*, genitori, bambini, amici e datori di lavoro. Lo scopo del trattamento è aiutare a chiarire la natura della disputa, considerare le possibilità per cambiare da entrambe le parti. Il risultato può essere un rafforzamento della relazione o la sua dissoluzione.

Le transizioni di ruolo sono comuni in questo tipo di pazienti. Data l'età, spesso coinvolgono l'affermazione dell'indipendenza dai genitori. Lo scopo del trattamento è aiutare il paziente ad abbandonare il vecchio ruolo e adottarne uno nuovo: questo significa esplorare che cosa esattamente il nuovo ruolo implichi e come possa essere approfondito. Sono inclusi problemi nell'affrontare cambiamenti di vita, come lasciare la scuola, cambiare lavoro, sposarsi, e diventare un genitore. Sono presenti nel 36% dei pazienti dello studio suddetto.

L'effetto della terapia interpersonale nei pazienti con disturbi del comportamento alimentare potrebbe collegarsi a uno o più dei seguenti meccanismi:

- nelle pazienti in grado di attuare cambiamenti rispetto ai problemi interpersonali, potrebbe portare a sentirsi più capaci di cambiare altri aspetti della propria vita, incluso il problema dell'alimentazione;
- il miglioramento di umore e nell'amor proprio potrebbe produrre un calo della preoccupazione delle pazienti riguardo alla loro apparenza e peso; questo sviluppo potrebbe ridurre la loro tendenza a fare diete, che a sua volta diminuirebbe la loro vulnerabilità alle abbuffate;
- l'aumento dell'attività sociale del paziente potrebbe diminuire la quantità di tempo non strutturato, riducendo ulteriormente la vulnerabilità alle abbuffate;
- la riduzione della frequenza e della gravità di pressioni interpersonali potrebbe portare direttamente a un calo della frequenza di abbuffate.

In contrasto alle prove sostanziose a favore della terapia cognitivo-comportamentale nel trattamento di bulimia e anoressia (Fairburn, Wilson, 1993a), le prove a sostegno della terapia interpersonale sono molto più modeste, e non può quindi essere proposta come terapia iniziale, ma eventualmente solo come alternativa promettente alla CBT. La terapia interpersonale dovrebbe essere riservata ai pazienti che non rispondono o rifiutano l'altro trattamento (la terapia interpersonale ha avuto successo con pazienti che soffrivano sia di bulimia nervosa che di diabete insulino-dipendente, e che sono molto difficili da curare con la terapia cognitivo-comportamentale, in accordo con Fairburn).

2B-4 Il modello psicodinamico nell'approccio e trattamento dei disturbi del comportamento alimentare

La patologia dei disturbi alimentari è andata aumentando all'osservazione nel corso di questi ultimi decenni, sia per reale incremento di prevalenza nella popolazione, sia per aumentato riconoscimento. In tale contesto tende a essere maggiore la frequenza del quadro clinico della bulimia nervosa rispetto a quello dell'anoressia nervosa.

Per quanto riguarda la pratica clinica, l'approccio e il trattamento analitico di una paziente anoressica o bulimica hanno sempre posto notevoli problemi sul piano metodologico, poiché quanto più gravi sono i sintomi comportamentali, tanto più considerevole è l'accantonamento della problematicità psicologica interna e interpersonale, con forte riduzione dell'accessibilità e della *compliance* con la psicoterapia.

Le motivazioni al lavoro psicologico su di sé - elemento peculiare della psicoterapia per la consapevolezza di una sofferenza interiore e della necessità di affrontarla - sono inizialmente assai limitate; vanno edificate con un lavoro preparatorio di orientamento. L'emergere di sintomi somatico-comportamentali come l'abbuffata o la restrizione nutrizionale in condizioni sottopeso, il presentarsi di condizioni di urgenza, o il riproporsi ripetitivo delle crisi, sono elementi che rendono difficile l'approccio psicodinamico classico richiedendo, secondo alcuni, un *setting* più flessibile. Il terapeuta deve avere un ruolo più attivo (Bruch, 1973) e proporsi come guida all'autocoscienza.

Storicamente da Freud (con l'originaria concezione di patologia da rimozione, poi di patologia della fase orale) fino ad ora, molti autori si sono cimentati con i disturbi alimentari.

Anche se le evidenze di efficacia terapeutica sono limitate in letteratura, appare indiscutibile il contributo di questo approccio sul piano speculativo a mettere in luce una serie di punti di considerevole interesse clinico: la connotazione dell'anoressia come espressione di lotta contro la sessualità, come fenomeno correlato con la crisi adolescenziale e con le difficoltà del suo superamento fisiologico, e come patologia connessa con la difficoltà di acquisire l'identità femminile. In particolare un filone di letteratura femminista ha messo a fuoco le difficoltà di assunzione da parte della donna di un ruolo sociale femminile, decifrando la comparsa dei disturbi del comportamento alimentare come esito di conflitti emotivi conseguenti al condizionamento della donna a reprimere alcuni bisogni fondamentali nel contesto socioculturale in cui è inserita.

La patologia del comportamento alimentare corrisponde a una funzione adattativo-difensiva contro specifici sentimenti di inadeguatezza, insicurezza, perdita del senso di sé. Alla distorsione dell'immagine corporea può essere riferito l'abnorme interesse nelle pazienti affette da DCA per il controllo del peso e della forma del profilo corporeo.

Infine resta sottolineata fortemente l'abnormità delle relazioni interpersonali, in particolare con le figure affettivamente significative. In una traiettoria Kleiniana e Bioniana, Gianna Polacco Williams (1999) approfondisce le diverse modalità di difesa dalla dipendenza, tra cui specificamente il rifiuto di accettare le esperienze positive, mantenendo alcune relazioni in scacco ed esercitando il controllo su altre.

Le finalità principali della terapia psicodinamica riguardano l'espressione di sentimenti, la tolleranza dell'incertezza e dei cambiamenti, il re-indirizzamento dei conflitti emotivi entro la relazione terapeutica anziché verso le preoccupazioni per il cibo e il peso, la gestione delle proprie emozioni senza coinvolgimento alimentare.

2B-5 La psicoterapia familiare nei disturbi del comportamento alimentare

L'obiettivo principale della psicoterapia familiare con pazienti affetti da disturbi del comportamento alimentare è quello di intervenire sull'intero sistema familiare in modo da promuoverne l'evoluzione e fare in modo che i comportamenti sintomatici tipici dei disordini alimentari non siano più rafforzati.

Questo modello è indicato soprattutto per adolescenti che vivono ancora in famiglia. Dal lavoro di molti studiosi emerge tuttavia l'importanza di includere nel processo terapeutico anche pazienti non più in età evolutiva, i componenti della famiglia nucleare o allargata, o chiunque rivesta un ruolo importante nel sistema sociale attuale del paziente.

Terapia familiare e bulimia

Comune alla quasi totalità degli studi sulle famiglie di pazienti bulimiche è la constatazione che il sintomo può essere compreso come un messaggio non verbale rivolto ai familiari. I sintomi sarebbero cioè una risposta a richieste incompatibili o conflittuali che emergono all'interno delle relazioni familiari; sarebbero un modo simbolico di esprimere la propria insoddisfazione emotiva e affettiva (Steiner-Adair, 1986). Le ricerche e le formulazioni teoriche si sono concentrate tuttavia più sull'anoressia che sulla bulimia, per cui mancano dati empirici sui sistemi di interazione familiare delle pazienti bulimiche. Ciò dipende da più fattori:

- la bulimia è stata riconosciuta come problema autonomo molto più recentemente rispetto all'anoressia;
- l'età di insorgenza dell'anoressia è precedente a quella della bulimia, e quindi l'anoressica vive solitamente ancora in casa e questo favorisce l'intervento sulla famiglia. Al contrario, molte bulimiche non vivono più con la loro famiglia d'origine, per cui i terapeuti incontrano maggiori difficoltà nel coinvolgere i familiari;
- spesso le bulimiche, anche grazie al fatto di poter essere normopeso, mantengono a lungo segreti i loro sintomi, affermando che la famiglia non sa nulla del disturbo e chiedendo che non venga coinvolta.

Nonostante ciò, la finalità dell'intervento terapeutico familiare rimane quella di aiutare l'intera famiglia a crescere fino al punto in cui il sintomo bulimico non sia più necessario, cioè fino al momento in cui la paziente e la famiglia riescano ad abbandonare i modelli interattivi che generano il sintomo, per incominciare a esplorare e sperimentare nuove alternative.

Dal punto di vista della genesi dei problemi clinici, di particolare importanza risulta la chiarificazione del ruolo delle esperienze traumatiche precoci, come esperienze sessuali fortemente negative (ad es. abuso da parte di estranei o anche di familiari). Questa chiarificazione ha cominciato a essere riconosciuta come elemento di fondamentale importanza per la pianificazione di un intervento terapeutico solo da poco tempo (Kearney-Cooke *et al.*, 1994; Palmer *et al.*, 1990; Pope, Hudson, 1992).

Terapia familiare e anoressia

Il coinvolgimento dei genitori è essenziale per il successo del trattamento di pazienti anoressiche in età adolescenziale. Secondo un *pattern* usuale di intervento, essi devono essere incoraggiati a rispettare il punto di vista dell'adolescente, per favorirne lo sviluppo. Per prima cosa, la famiglia deve quindi focalizzare il lavoro sui conflitti interni. L'adolescente ha bisogno di molto aiuto da parte dei genitori. Il terapeuta dovrebbe orientare l'attenzione del paziente in primo luogo sul ripristino del peso corporeo, particolarmente nella parte iniziale del trattamento, in quanto il normale sviluppo adolescenziale è bloccato a causa della presenza del disturbo alimentare.

La psicoterapia familiare per adolescenti anoressiche è composta da tre fasi definite:

- da 3 a 5 mesi con sessioni a intervalli settimanali;
- una sessione ogni 2-3 settimane;
- sessioni una volta al mese verso la fine del trattamento.

Tutte le sessioni per la famiglia intera durano 90 minuti.

Nella prima fase la terapia è completamente concentrata sul disturbo alimentare e include il pasto familiare, con osservazione diretta da parte del terapeuta dei modelli di interazione tra i componenti della famiglia. Si incoraggia l'attenzione sull'unità genitoriale e sulla sua azione diretta a favorire l'alimentazione, evitando di evocare una responsabilità dei genitori nel problema alimentare ed esprimendo empatia per la loro condizione difficile e per gli aspetti positivi del loro essere genitori. Il terapeuta dirige la discussione in modo da rinforzare l'alleanza tra i genitori nello sforzo verso la ri-alimentazione del paziente.

Nella seconda fase si attuano negoziazioni per nuove modalità di relazione. Sebbene i sintomi restino centrali nelle discussioni, è incoraggiato l'aumento di peso. Il terapeuta cerca di convincere i genitori sul fatto che l'aspetto inizialmente prioritario è il ritorno del paziente alla salute fisica.

La terza fase inizia quando l'adolescente raggiunge un peso stabile, senza denutrizione. Il tema centrale diviene lo stabilirsi di una relazione sana e adulta del paziente con i genitori, senza coinvolgimento e distorsione dell'alimentazione. Questo dovrebbe portare a un aumento di autostima per l'adolescente e alla individuazione di confini familiari più appropriati, come il bisogno per i genitori di riorganizzare la loro vita insieme al di là della prospettiva di allontanamento dei figli quando divengono adulti.

In conclusione, sembra importante riconoscere la natura multifattoriale del disturbo, la conseguente necessità di un trattamento terapeutico integrato multidisciplinare, entro il quale la terapia familiare si pone come componente significativa del programma di cura.

La consulenza familiare

La famiglia rappresenta una risorsa indispensabile, inizialmente a livello diagnostico e poi sul piano curativo. La psicoterapia familiare è particolarmente indicata nei disturbi del comportamento alimentare di soggetti molto giovani e in tutte le forme non cronicizzate. Nei casi in cui si riscontra la necessità di aggredire nell'immediato un'interferenza disfunzionale da parte della famiglia per accompagnare un processo di cambiamento, la consulenza familiare risulta la soluzione migliore. Questa può esaurirsi in alcuni incontri, oppure svilupparsi su tempi più lunghi.

In altri casi le osservazioni congiunte hanno portato a indicazioni per un trattamento psicoterapico familiare definito chiaramente come tale. È da valutare, inoltre, l'opportunità di aggiungere incontri di gruppo di tipo informativo-educazionale sugli aspetti medici, psichiatrici e psicologici. Tali incontri possono servire sia a facilitare il successivo percorso di trattamento del paziente, sia a sostenere il nucleo familiare nell'eventuale periodo di attesa della presa in carico.

La consulenza familiare per il trattamento dei DCA va intesa come uno dei sottosistemi di intervento dell'*équipe* ed è volta a considerare l'aspetto interpersonale del disturbo all'interno della famiglia. Questo intervento si colloca nell'ampio quadro dei trattamenti familiari con particolare riferimento alla teoria sistemico-relazionale (Bertrando, Cazzullo, Clerici, 1995; Gurman, Kniskern, 1995).

La consulenza familiare prevede una fase di esplorazione e osservazione di modalità comunicative, funzionamento familiare, conflitti e strategie per la risoluzione degli stessi, stati emotivi e tematiche predominanti (Marciano *et al.*, 1998). Al contempo, svolge funzioni di ascolto e sostegno in particolare sul senso di colpa e di impotenza e fornisce informazioni su aspetti specifici del disturbo (Crisp *et al.*, 1995).

Gli elementi osservati permetteranno di definire la direzione del trattamento e quindi il contesto, l'obiettivo, il metodo per avviare modifiche funzionali in tempi ragionevoli volti a sostenere il lavoro terapeutico individuale del paziente (Giacometti, 1991).

2B-6 Terapia di gruppo nel trattamento della bulimia nervosa e dell'anoressia nervosa

Per molti autori la terapia di gruppo nei disturbi del comportamento alimentare costituisce uno strumento efficace ed economico; per altri con essa si ottengono invece risultati sovrapponibili a quelli che si riscontrano nella terapia individuale. L'efficacia è stata ampiamente dimostrata, malgrado la maggior parte degli studi sembrino indicare negli approcci cognitivo-comportamentali e nella terapia interpersonale gli interventi più efficaci.

Oltre a metodologie diversificate, le terapie di gruppo possono avere obiettivi diversi - la persona, il sintomo, la famiglia, le relazioni - utilizzando modalità di conduzione diverse - uno o più terapeuti, conduzione direttiva o non-direttiva, gruppi aperti o chiusi, ecc -.

Mitchell e collaboratori (1990, 1996) hanno presentato una rassegna di 21 modalità terapeutiche relative al trattamento di bulimia nervosa e anoressia nervosa, con una selezione delle ricerche in base a parametri quali rigore metodologico, presenza di gruppo di controllo, randomizzazione del campione, risultati dettagliati in termini di modificazione della frequenza o assenza dei sintomi del disturbo alimentare a trattamento concluso.

La selezione dei soggetti è diversa nei vari studi e questo pone dei limiti alla generalizzazione dei risultati. I campioni sono per lo più costituiti da adulti; solo uno studio include adolescenti. Il ruolo sociale e culturale femminile si modifica a tal punto all'interno delle diverse generazioni da renderle tra loro non omogenee. In 17 studi sono stati esclusi i soggetti che hanno abbandonato il trattamento, con importanti *bias* nei risultati finali. Solamente 9 studi hanno realizzato un *follow up* della durata di sei mesi.

Alcuni dati relativi alla terapia cognitivo-comportamentale e alla psicoterapia interpersonale consentono di affermare che esse sono pressoché sovrapponibili.

Non sembrano, inoltre, esservi differenze tra trattamento di gruppo e trattamento individuale.

Come riportato da Mckisac e Waller (1997), molti studi hanno dimostrato che la psicoterapia di gruppo è efficace nel trattamento di bulimia e anoressia nervose. Sembrano ormai esservi evidenze anche sul fatto che la psicoterapia di gruppo sia più efficace del trattamento esclusivo con farmaci, e che i due trattamenti combinati diano risultati migliori. Gli autori hanno considerato cinque recenti revisioni su larga scala e meta-analisi relative all'efficacia della terapia di gruppo nel trattamento di questi due disturbi del comportamento alimentare.

Il dato primario utilizzato per stabilire l'efficacia del trattamento è stato l'automonitoraggio della riduzione nella frequenza delle abbuffate e dei comportamenti purgativi. Tuttavia il trattamento di gruppo sembra indicato anche per altre difficoltà specifiche della bulimia e dell'anoressia, quali la segretezza, l'isolamento e i sentimenti di vergogna.

Altri autori hanno usato approcci eclettici associando quello orientato all'*insight* ad alcune tecniche comportamentali, con apprezzabili gradi di successo.

- Fettes e Peters (1992) hanno condotto una meta-analisi su 31 trattamenti psicologici di gruppo nella bulimia e nell'anoressia. Oltre il 50% erano trattamenti cognitivo-comportamentali, più del 40% eclettici, circa il 5% erano psico-educazionali e circa il 2% orientati all'*insight*.
- Hartmann *et al.* (1992) hanno condotto una meta-analisi inclusiva di un certo numero di trattamenti di gruppo.
- Mitchell e collaboratori (1990, 1991) hanno considerato diversi approcci: individuale, familiare e di gruppo, includendo 11 trattamenti di questi ultimi.
- Cox e Merkel hanno analizzato 15 trattamenti di gruppo per bulimia e anoressia, molti dei quali utilizzavano strategie cognitivo-comportamentali e comportamentali.
- Oesterheld *et al.* hanno esaminato 18 studi di terapia di gruppo con pazienti ambulatoriali, rilevando che tutti i gruppi ponevano attenzione a entrambi gli aspetti - dinamici e comportamentali - di bulimia e anoressia nervose.

Tali revisioni hanno prodotto un consenso comune sulle seguenti considerazioni.

- La maggior parte dei trattamenti di gruppo utilizza diversi approcci, associando tra loro elementi della terapia cognitivo-comportamentale, psico-educazionali, di *insight* e di supporto.
- I conduttori del gruppo e i partecipanti assumono ruoli attivi.
- Il trattamento di gruppo della bulimia e dell'anoressia è di vantaggio limitato nella fase post-terapeutica.
- La remissione spontanea dei sintomi avviene raramente senza alcun trattamento.
- Non vi sono vantaggi significativi nell'impiego di un trattamento rispetto a un altro.
- Non si riscontrano differenze rilevanti nell'efficacia tra trattamento di gruppo e individuale.

Dati questi risultati, è evidente che gli effetti non specifici del trattamento, comuni a tutte le terapie, sembrano svolgere un'importante funzione. Tali fattori includono: l'alleanza terapeutica, la creazione di un tempo specifico per affrontare i propri problemi, l'accettazione, il supporto, la consapevolezza, le aspettative di cambiamento, l'apprendimento.

Durata e frequenza del trattamento sono state oggetto di ricerca da parte di più autori. Una meta-analisi su 31 trattamenti di gruppo ha concluso che, malgrado una media di 14 incontri settimanali di due ore e mezza ciascuno, solo pochi soggetti erano liberi da sintomi alla conclusione della terapia. È inoltre emerso che i trattamenti più lunghi erano significativamente più efficaci rispetto a quelli brevi; un trattamento dovrebbe durare almeno 15 incontri per produrre effetti significativi. I risultati conclusivi sembrano indicare che per alcuni soggetti sono efficaci trattamenti brevi, mentre per altri è necessario programmare interventi di maggiore durata e intensità.

Per quanto riguarda l'associazione con altri interventi terapeutici, nella loro meta-analisi Fettes e Peters (1992) hanno riscontrato che gli studi riportavano un miglioramento dei risultati quando la terapia di gruppo veniva associata ad altri trattamenti. Sembra esservi

un generale accordo sul fatto che sommando più ore di psicoterapia e associando tra loro diversi interventi terapeutici, si producono effetti positivi. Il ricorso a trattamenti di gruppo, individuali, familiari e farmacologici offre maggiori possibilità di cura.

Alcune caratteristiche dei pazienti sembrano essere predittive di risultati non soddisfacenti: bassa autostima, maggiore gravità dei comportamenti bulimici, ambiente familiare disturbato. Fra le pazienti bulimiche e anoressiche si registrano *drop out* più frequenti nelle terapie di gruppo, se proposte precocemente nel percorso terapeutico, che nei trattamenti individuali, a causa delle loro difese patologiche nelle relazioni interpersonali, intrinseche alla patologia stessa.

In conclusione, molti studi hanno dimostrato che la psicoterapia di gruppo è efficace nel trattamento della bulimia e dell'anoressia, mentre sono ancora relativamente poche o insufficienti le indagini sull'efficacia dei differenti approcci entro la terapia di gruppo stessa.

È comunque evidente che l'intervento di gruppo rappresenta uno strumento molto utile per abbattere la barriera comunicativa rappresentata dalla vergogna, dall'isolamento, dalla mancanza di consapevolezza e in ultima analisi dalla sofferenza portata dalle pazienti attraverso i loro sintomi.

Allegato tecnico 2C.

Razionale per programmi di prevenzione

Motivi di insoddisfazione dei programmi attualmente in uso per la prevenzione dei disturbi del comportamento alimentare

- Mancanza di dati epidemiologici nazionali rappresentativi per la sindrome complessiva dei disturbi del comportamento alimentare e i suoi fattori di rischio, necessari per una programmazione scientifica di interventi di prevenzione.
- Assenza di dati che illustrino l'importanza - per la salute pubblica - di sintomi predittori dei disturbi del comportamento alimentare.
- Protrarsi di interventi nocivi, sia come possibili fonti di istigazione, sia come fattori di mantenimento per sindromi subcliniche o cliniche: inutili campagne di educazione alimentare, enfasi sul controllo del cibo e suggerimenti non controllati all'iperattività.
- Assenza di risultati di studi con *follow up* a lungo termine di interventi di prevenzione per i DCA.

Naturalmente, l'eziologia complessa dei disturbi del comportamento alimentare complica il lavoro di istituire programmi di prevenzione.

Il rischio è multifattoriale e la prevenzione dovrebbe agire su vari livelli

(Byely *et al.*, 2000; Calam, Waller, 1998; Hill, Pallin, 1998; Pearson *et al.*, 2002; Schur *et al.*, 2000; Smolak *et al.*, 1999)

- Vulnerabilità personale:
 - obesità infantile,
 - insoddisfazione per l'immagine corporea,
 - bassa autostima,
 - scarsa comunicazione intra-familiare,
 - comportamenti restrittivi alimentari da dieta, individuali e/o in famiglia,
 - difficoltà di comunicare le proprie cognizioni ed emozioni.
- Influenza dei fattori socio-culturali.
- Variabili del contesto sociale.
- Meccanismi dell'apprendimento socio-culturale.

Disturbi del comportamento alimentare nell'adolescenza (Smolak, Levine, 1994)

- I disturbi del comportamento alimentare sono in aumento.
- L'età di avvio dei disturbi del comportamento alimentare si abbassa (Bryant-Waugh, Lask, 1995).
- Negli adolescenti si presentano:
 - insoddisfazione per il proprio peso,
 - desiderio di avere un corpo magro,
 - desiderio di perdere peso in presenza di un normopeso,
 - tendenza a orientare/identificare il successo con la presenza di magrezza, la forma fisica, essere attivi, intelligenti, flessibili, impegnati, tenaci; tutto ciò significa essere magri.
- Il rischio di sviluppare un disturbo del comportamento alimentare aumenta con:
 - l'età,
 - l'aumento dell'indice di massa corporea (BMI).
- È stato riscontrato anche un rischio crescente per fumo, consumo di alcool e droghe. La depressione e il suicidio sono in correlazione con disturbi del comportamento alimentare (Pearson *et al.*, 2002).

Motivazione per la prevenzione, in quanto prevenzione di costi per la società e il singolo (Kelly *et al.*, 1999; Reilly *et al.*, 1999; Sahota *et al.*, 2001; Schur *et al.*, 2000)

- L'obesità infantile, considerata un fattore di rischio per un futuro disturbo dell'alimentazione, ha un'incidenza elevatissima ed è in aumento.
- 2-4% degli adolescenti soffre di bulimia nervosa;
0,5-1% di anoressia nervosa;
7-20% di sindromi parziali.
Gruppi a rischio: frequentatori di scuole di danza e di palestre, di scuole di stilismo e di moda, indossatrici, fotomodelle.
- La maggioranza delle ragazze con un disturbo del comportamento alimentare non viene curata (solo il 30% chiede un trattamento, solo il 15% una psicoterapia).
- I DCA non trattati mostrano un percorso persistente.
- I disturbi del comportamento alimentare sono spesso associati a complicazioni mediche e comorbidità psicopatologiche (disturbi affettivi, disturbi d'ansia, abuso di sostanze stupefacenti).

Programmi di prevenzione (Baranowski, Hetherington, 2001; Huon, 1994)

I seguenti programmi di prevenzione hanno ottenuto scarsi successi (Carter *et al.*, 1997; Steiner-Adair *et al.*, 2002) e non riducono i sintomi della bulimia nervosa (Santoanastaso *et al.*, 1999; Smolak *et al.*, 1998):

- lezioni didattiche per dare ai giovani informazioni sui disturbi dell'alimentazione (psicoeducazione) e sulle loro conseguenze;
- coinvolgimento di tutti i ragazzi (*universal focus*);
- informazioni sul pericolo di comportamenti finalizzati alla riduzione del peso e su altri fattori di rischio fisico;
- incoraggiamento verso un'alimentazione sana e informazione sulla composizione degli alimenti;
- informazioni sul controllo del peso;
- incoraggiamento a praticare l'esercizio fisico.

Sembra che questi programmi:

- aumentino il livello di informazione solo parzialmente;
- non coinvolgano i partecipanti emotivamente e non incidano sul cambiamento e sulla prevenzione di attitudini e comportamenti malsani.

Nuovi programmi di prevenzione (Killen *et al.*, 1993; O'Dea, Abraham, 2000; Phelps *et al.*, 2000; Smolak *et al.*, 1998; Steiner-Adair *et al.*, 2002; Stice *et al.*, 2001; Stice, Ragan, 2002)

In età adolescenziale avanzata:

- organizzare il programma con un approccio interattivo e centrato sull'adolescente;
- coinvolgere specificatamente le persone a rischio (*targeted focus*);
- focalizzare l'attenzione sull'autostima e gli aspetti positivi del sé;
- prendere in considerazione le teorie contemporanee sullo sviluppo femminile;
- valutare le esperienze delle ragazze e le loro emozioni;
- promuovere le emozioni positive verso il proprio corpo;
- favorire una maggiore comprensione sugli effetti della pressione sociale e sul sistema migliore per combatterli;
- tematizzare modelli bio-psico-sociali: se si presenta una società disorientata con frammentazione tra genitori, scuola, vita privata, familiare e sociale, politica-economica; se non si controlla più niente, si ripiega su se stessi controllando almeno il proprio corpo;
- dare continuità nel percorso della socializzazione del senso dell'io influenza e diminuisce la progettualità; la mancanza di una prospettiva nel futuro può trasformare gli oggetti in meta; l'orientamento si versa sul concreto subito presente e non più su uno scopo;
- ripristinare la capacità di pensare se stessi in termini di progettualità;

- ridurre la continua negazione dei propri bisogni: un bisogno può essere soddisfatto solo per il fatto che lo si avverte;
- ripristinare le capacità comunicative, dell'ascolto attivo di se stessi e degli altri, agendo sul sistema di relazioni nel quale il soggetto si inserisce;
- abbassare l'interiorizzazione dell'ideale di magrezza, l'insoddisfazione con il proprio corpo, l'atteggiamento da dieta; aumentare la capacità di gestione delle emozioni negative tramite un intervento che mira alla dissonanza con i valori socioculturali proposti ed espressi nelle relazioni interpersonali (assumere volontariamente la controparte e criticare l'ideale di magrezza in forma verbale, scrivendo e con giochi di ruolo) (Stice *et al.*, 2001);
- far condurre gli interventi da psicologi esperti in specialità psicoterapica (psicologia clinica o psicologia della salute) o da insegnanti che hanno seguito un *training* specifico.

In età preadolescenziale:

- influenzare e incrementare i fattori protettivi e ridurre i fattori di rischio per lo sviluppo di un disturbo;
- considerare che i fattori protettivi sono sempre una combinazione di ingredienti ambientali e di variabili intrapsichiche o personali;
- aumentare l'autostima e le competenze sociali come fattori protettivi contro lo stress; migliorare la tolleranza al rischio e la gestione dello stress;
- considerare che non è l'induzione diretta dei modelli magri socioculturali e dei *mass media* ma la *compliance* con i modelli scheletrici che induce un disagio psicologico, un senso di insicurezza e di dubbio su se stessi, un senso di inadeguatezza personale e fisica negli adolescenti;
- tenere presente che l'insoddisfazione con il proprio corpo - uno dei maggiori fattori di rischio per lo sviluppo di un disturbo dell'alimentazione - nasce dall'identificazione con un modello di corpo magro. La discrepanza dal modello ideale porta a un disagio per specifiche parti o per tutto il corpo;
- visto che le opinioni soggettive sulle forme e sul peso del corpo sono predittori di un avvio di restrizione alimentare anche in un soggetto normopeso, de-enfatizzare l'ideale di magrezza e di prestazione perfetta, ridurre la stigmatizzazione dell'obesità;
- aumentare la valutazione delle capacità fisiche e dell'apparenza fisica, promuovere l'autostima fisica;
- enfatizzare le relazioni tra pari e il successo sociale nel gruppo, i valori alternativi nei rapporti interpersonali, l'abilità di comunicare;
- misurare l'efficacia personale, le competenze multiple e la capacità di fare progetti e di raggiungere obiettivi, il senso di competenza personale, controllo e potere;
- tenere conto delle capacità specifiche per l'età e delle difficoltà all'introspezione, al pensiero astratto, all'empatia e sensibilità per altri (Smolak *et al.*, 1999; Steiner-Adair *et al.*, 2002).

- scegliere i temi in ambiti diversi da quelli connessi con l'ideale di magrezza, ponendo l'enfasi sui molteplici valori personali e relazionali;
- sostenere un percorso interattivo, un apprendimento attivo e collaborativo;
- focalizzare l'attenzione sugli aspetti individuali e rinforzarli, come protezione contro la pressione sociale in altri ambiti della vita;
- sottolineare il significato di un comportamento assertivo;
- promuovere discussioni di gruppo, *problem solving*, limitando il numero di partecipanti nel gruppo a 6-8;
- sollecitare giochi di ruolo, esercizi cooperativi;
- coinvolgere i professori con un *training* specifico nell'ascolto attivo, mettendoli in grado di fornire un *feedback* non giudicante, di promuovere informazioni senza cadere in uno stile da lezione, piuttosto un apprendere per esperienza, per scoperta, di saper tenere una discussione aperta ai diversi contributi;
- fare in modo che i partecipanti raggiungano le mete prefissate tramite una personale esplorazione dei loro pensieri ed emozioni.

Allegato tecnico 2D.

Il *team* multidimensionale

La cura intesa nel senso della *best practice* è multidimensionale, multidisciplinare, multiprofessionale. Gli operatori che trattano queste patologie devono essere formati ad affrontare gli aspetti specifici dei disturbi in questione e a lavorare in gruppo e in rete, all'interno di piani di trattamento complessi e spesso di lunga durata. Nella letteratura scientifica internazionale viene privilegiato il trattamento multidisciplinare che si rivolge a tutti i livelli professionali e nel quale nelle diverse fasi evolutive sono necessari interventi coordinati. Il problema principale è quello della scelta condivisa e integrata e della dinamica di tutti gli interventi.

La multiprofessionalità riguarda la traduzione operativa delle diverse discipline, e sul piano concettuale significa toccare nei suoi aspetti principali il modo complessivo di fare didattica e quindi di "fare professione" attraverso l'integrazione delle discipline, che si deve articolare non solo tra le dimensioni scientifiche già note, ma anche tra dimensioni non ancora messe a punto dalla cultura ufficiale. Ciò significa saper partire dalla pratica e non dalle sue interpretazioni teoriche, che sono già sistematizzate in un ben definito settore conoscitivo. Interdisciplinarietà quindi vuol dire prendere il via da situazioni problematiche, da fenomeni e realtà complesse e mai riconducibili al riduzionismo confinato in un ambito settoriale specifico o in una competenza disciplinare definita.

L'integrazione delle professionalità va vista quindi non come sovrapposizione di ambiti professionali o affiancamento di discipline diverse su una tematica comune, o come somma di competenze, ma come esplicitazione di un più impegnativo e serio tentativo di impostare l'intero *iter* terapeutico.

La multidimensionalità della gestione dei disturbi del comportamento alimentare si spiega con l'intenzione di affermare il concetto della dimensione nella sua più ampia accezione nello spazio delle discipline, delle professioni e degli ambiti culturali, dove le esperienze, gli obiettivi e le metodologie operative occupano confini ben definiti che devono integrarsi vicendevolmente.

Le assunzioni precedenti rappresentano la base concettuale del *team* multidisciplinare; devono però essere delineate le modalità operative che permettono l'integrazione dei professionisti coinvolti. Tali modalità si giocano su alcune peculiarità organizzative.

- L'unitarietà del *team*: si basa sulla condivisione a priori di un percorso diagnostico-terapeutico che fa riferimento a linee guida, a strutture organizzative predisposte dal governo clinico (Direzioni sanitarie) e dal coordinamento regionale.
- La sede di lavoro degli operatori: la soluzione ottimale è rappresentata dall'unicità della sede e cioè da una struttura che consenta - da un punto di vista spaziale - la contemporanea presenza degli attori in un unico luogo in cui il paziente trova intorno a sé le varie figure.

- La discussione settimanale dei casi clinici, intesa come momento sostanziale per la coagulazione delle differenze di pensiero e di azione inevitabili quando la macchina terapeutica è gestita da più professionisti che operano spesso individualmente col paziente. La revisione critica di tutto il *team* è l'atto doveroso e indispensabile per il superamento delle discrepanze e per l'adozione di decisioni che si rendono necessarie nel corso di una seduta terapeutica o diagnostica che si esplica in sedi differenti e in fasi cronologicamente differite.
- Il modello concettuale multidisciplinare: si intende definire una struttura non convenzionale necessaria per favorire una norma innovativa, al di fuori degli schemi abituali che implicano frammentazione disciplinare, *lobby* professionali, visioni centrate sul medico e non sul paziente. Pur mantenendo la loro professionalità, gli specialisti non sono configurati come interni a una struttura classica (medicina interna, psichiatria, ecc.) ma di fatto operano intorno al paziente e sono guidati da una *leadership* individuata all'interno del *team* multidisciplinare.

Questa *leadership* non rappresenta un elemento piramidale convenzionale ma la condivisione delle diverse strutture che si danno delle regole sulla base di competenze acquisite dai professionisti, nel rispetto dei loro percorsi formativi documentati con metodologie di accreditamento professionale. Si tratta di fornire un prodotto assistenziale innovativo, che si confronta con un nuovo dominio assistenziale funzionale definito da percorsi condivisi secondo procedure di *disease management*, e non con quello delle strutture di appartenenza.

Allegato tecnico 2E.

Le strutture residenziali e semiresidenziali (dalle *Linee guida* ministeriali)

Un aspetto importante e spesso trascurato, anche per grave carenza di strutture specialistiche adeguate, è quello del trattamento residenziale e semiresidenziale (ospedale diurno) a medio termine (da un mese a un anno) per i casi gravi e resistenti.

La riabilitazione nutrizionale, la rieducazione del comportamento alimentare e gli interventi psicologici mirati ad alcune aree (autostima, immagine corporea, ecc.) devono procedere in sintonia e armonia di interventi, che vanno modulati sulla base delle condizioni generali e della capacità di collaborazione dei pazienti. L'insieme di questi interventi, compiuti in una logica integrata, viene definito riabilitazione psico-nutrizionale. La strategia è quella della progressiva evoluzione psico-biologica, affinché l'eventuale intervento psicoterapeutico possa trovare il terreno più fertile.

Motivazione alla cura, consapevolezza della malattia e obiettivi ragionevoli sono i presupposti indispensabili per il conseguimento di risultati accettabili.

Lo scopo della riabilitazione psico-nutrizionale è soprattutto rimuovere i sintomi psico-biologici della malnutrizione, secondo un percorso che tende ai seguenti obiettivi:

- rieducazione del comportamento alimentare;
- elaborazione della paura di ingrassare e di perdere il controllo dell'alimentazione;
- miglioramento della relazione con l'immagine corporea;
- attenuazione delle difficoltà di relazione;
- promozione dell'autostima e dell'autonomia.

Oltre agli interventi per la valutazione internistica-nutrizionale e psichiatrica, nel trattamento residenziale si utilizzano pasti assistiti dalle dietiste, gruppi psico-educazionali e psicoterapici, gruppi di assertività, di rilassamento, di terapia a mediazione corporea, altre tecniche secondo le disponibilità delle diverse strutture residenziali. Per coordinare queste attività è indispensabile la presenza di infermieri che abbiano ricevuto una formazione specifica.

Poiché i tempi di ricovero possono essere assai lunghi, sono necessari spazi adeguati per momenti ricreativi e per attività occupazionali.

Altri momenti cruciali del percorso terapeutico sono la consulenza e/o la terapia familiare (indispensabili per i minorenni) e la terapia farmacologica. Per quanto attiene la psicoterapia individuale, essa viene decisa dal *team* terapeutico a seconda delle necessità dello stadio clinico, adattandola all'evoluzione del singolo caso e del programma.

Candidate al trattamento residenziale sono le situazioni ad alto rischio *quoad vitam* per le condizioni fisiche e/o psichiche, i casi con elevata conflittualità familiare, i casi cronici e quelli in stallo terapeutico nel trattamento ambulatoriale. Ancora oggi si assiste a una certa tendenza a proseguire, a volte per anni, con trattamenti ambulatoriali in assenza di segni apprezzabili di cambiamento, talora addirittura in presenza di un continuo seppure

lento peggioramento. Dopo mesi di trattamento ambulatoriale senza segni evidenti di miglioramento e in presenza di condizioni generali compromesse, è necessario prendere in considerazione l'opportunità di un trattamento residenziale.

Il trattamento semiresidenziale (ospedale diurno) può essere attuato come prima istanza terapeutica oppure come prosecuzione di cura. Gli interventi e il percorso riabilitativo non si diversificano in sostanza da quelli del trattamento residenziale. La differente situazione dell'organizzazione logistica richiede da parte del paziente maggiore capacità di autonomia e abilità di autogestione. Quando l'ospedale diurno rappresenta il prosieguo di un ricovero residenziale, la motivazione è soprattutto quella di consolidare i risultati e verificare le abilità acquisite in condizioni di maggiore protezione. Una psicoterapia individuale può divenire l'intervento di cura principale.

Allegato tecnico 2F.

Il lavoro integrato nei disturbi del comportamento alimentare⁴

Lo spartiacque: la fine degli anni '60

Per iniziare a comprendere il valore dell'integrazione occorre tornare indietro alla fine degli anni '60, quando il riconoscimento della psicopatologia dell'anoressia nervosa era scarso; furono anche sollevate questioni circa la possibilità di individuare la sindrome. Le anomalie endocrine si limitavano alla conoscenza dell'amenorrea e dei cambiamenti nelle secrezioni corticosteroidi. La consapevolezza delle complicanze era minima.

Gli approcci terapeutici erano divisi in due visioni distinte - la terapia psicanalitica e la terapia somatica - e solitamente nessuna delle due prendeva in considerazione le particolari necessità di questi pazienti. Non esistevano centri specializzati in cui potessero essere seguiti con sufficiente frequenza i casi resistenti alla terapia, così da fornire un supporto supplementare.

In quella fase, dalle diverse correnti della psichiatria emersero due importanti linee di pensiero.

La prima è stata quella di Hilde Bruch. Basandosi sulla propria esperienza clinica e sulle basi teoriche di Harry Stack Sullivan, la Bruch divenne molto critica nei confronti degli approcci psicodinamici tradizionali nel trattamento di persone con disturbi del comportamento alimentare. A suo parere, ricevere interpretazioni in un *setting* tradizionale può far rivivere a questi pazienti l'esperienza dolorosa di una dipendenza già vissuta rispetto al sentire e al pensare. Ciò potrebbe rinforzare il loro senso di inadeguatezza e interferire con lo sviluppo dell'autoconsapevolezza e della fiducia nelle proprie capacità psicologiche. Nei primi anni '60 la studiosa iniziò quindi a trattare i pazienti con disturbi del comportamento alimentare in modo da incoraggiarli invece a trovare un'autonomia e un'identità proprie. La modalità di lavoro consisteva in un *setting* in cui si ascoltava quanto il paziente diceva per poi farlo oggetto di ripetute esplorazioni. Tuttavia, ciò aveva poco a che fare con il ripristinare lo stato nutrizionale del paziente. Quando la terapia della Bruch fu applicata a pazienti emaciati ospedalizzati, i risultati furono ricoveri prolungati e denutrizione pregressa.

In quel medesimo periodo iniziarono ad apparire numerosi articoli sul valore del condizionamento operante in ambito ospedaliero. Mickey Stunkard di Philadelphia suggerì che per ristabilire il peso corporeo nell'anoressia nervosa dovessero essere presi in considerazione diversi rinforzi. Questo approccio presentava numerosi vantaggi: i pazienti

⁴ Prof. Paul Garfinkel - psichiatra. Centre for Addiction and Mental Health (Centro per le dipendenze e la salute mentale), Università di Toronto, Canada.

Dagli *Atti del Congresso* della Società Italiana per i Disturbi del Comportamento Alimentare "Competenze multidisciplinari nei disturbi del comportamento alimentare", Lecce, 13-15 giugno 2002. (Traduzione a cura di Luigi Gualtieri).

Nella relazione presentata non erano indicati i riferimenti bibliografici citati.

acquistavano peso e talvolta si sentivano attivamente coinvolti nella propria terapia. Tuttavia, spesso i dettagli dell'approccio diventavano il punto centrale del trattamento invece di esserne un semplice aspetto. Inoltre, a volte il programma veniva applicato senza alcuna sensibilità verso la particolare psicopatologia del paziente. Il *follow up* evidenziava che non c'erano vantaggi per i pazienti.

Le esperienze che utilizzavano approcci singoli per il trattamento non ebbero quindi successo.

Negli stessi anni, indipendentemente l'uno dall'altro Gerald Russel e Arthur Crisp hanno iniziato a descrivere i benefici di un trattamento molteplici in regime ospedaliero, consistente nel riposo a letto con periodi di attività crescente a seconda del recupero nutrizionale, assistenza intensiva e diete ipercaloriche. I pazienti acquistavano peso ma non mantenevano i benefici a lungo termine se non venivano sottoposti a un trattamento continuo da diversi punti di vista.

Gli ultimi venticinque anni

Da allora, numerosi sviluppi hanno ampliato le conoscenze su questi disordini. Nonostante siano avvenuti molti cambiamenti, in questa sede è possibile commentarne solo alcuni dei più significativi e si noterà che essi rappresentano un'integrazione di molti approcci differenti, ma tutti necessari per fornire trattamenti ottimali. Questi sviluppi includono:

- la comprensione di queste malattie come multidimensionali, anziché risultanti da un singolo fattore;
- la conoscenza della psicopatologia dei disturbi del comportamento alimentare;
- la conoscenza degli effetti della denutrizione e di come questa può perpetuare la malattia;
- l'introduzione di studi clinici;
- gli effetti che questi e altri sviluppi hanno avuto sui trattamenti e sugli esiti.

Modello concettuale di patogenesi

Medici e studiosi hanno la necessità di dare ordine al potenziale caos dell'osservazione e dell'informazione inserendole in strutture concettuali che diano significato alla natura del lavoro svolto e forniscano i modelli per trattare i pazienti.

L'essenza del loro campo di attività è stata oggetto di dibattito nel corso di tutta la storia dell'umanità. Oggi, agli attuali livelli di conoscenza, si sa che i disordini psichiatrici sono patologie multideterminate con eziologia complessa e richiedono approcci multipli di trattamento che includono i campi biologico, psicologico e sociale.

La storia della percezione dell'anoressia nervosa rispecchia le diverse teorie popolari nella medicina e nella psichiatria di ogni epoca. Alla fine del XIX secolo, ad esempio, era predominante un estremo riduzionismo biologico, che è stato sostituito nella prima metà del nuovo secolo da una altrettanto estrema sopravvalutazione nella natura esplicativa dei meccanismi psicologici. Tale approccio è stato caratterizzato da concetti dannosi

e negativi quali la "madre schizofrenogenica" e i genitori "frigorifero", come nella descrizione dell'autismo. La supremazia della psichiatria psicoanalitica è stata poi messa in ombra dalle prospettive sociali degli anni '60, che a loro volta si sono dissolte quanto la psichiatria di comunità non è riuscita a ridurre le malattie mentali.

Con l'evoluzione della medicina e della psichiatria, i disturbi del comportamento alimentare sono ora considerati di natura multidimensionale, il prodotto di una varietà di forze presenti nelle culture, nelle famiglie e dentro le persone. Sono già stati identificati numerosi fattori di rischio ma probabilmente ne esistono molti altri che perpetuano la malattia.

In assenza di un modello concettuale che tenga conto della natura multideterminata della malattia a cui conseguano cure individualizzate, partecipazione alla terapia e alle evoluzioni del trattamento, la sostanza della cura psichiatrica del paziente viene indebolita. I modelli ampi sono il modo migliore per focalizzare l'attenzione sul singolo paziente in quanto essere umano unico e per permettere l'integrazione di varie prospettive e scuole di pensiero a seconda delle particolari esigenze del soggetto. Una vasta comprensione dei disordini psichiatrici e dei soggetti che ne soffrono richiede l'integrazione di numerosi modelli e strutture teoriche che si fondano in un insieme esplicativo anziché rivendicare la supremazia dell'uno o dell'altro basata sulla moda scientifica del momento.

Psicopatologia

Storicamente, dopo un periodo in cui l'anoressia nervosa veniva attribuita a una disfunzione endocrina, numerosi disturbi motivazionali sono stati ritenuti patogenici: ad esempio, negli anni '50 sono stati considerati importanti i conflitti riguardanti le fantasie di fecondazione per via orale. In seguito, Hilde Bruch ha spostato l'enfasi dalle pulsioni ai *deficit* dell'io e ha visto l'anoressia nervosa come una disfunzione dell'autoregolazione. La studiosa riteneva che la psicopatologia fondamentale nell'anoressia e nella bulimia nervose si riferisse all'intenso bisogno dell'individuo di mantenere la propria autostima attraverso un eccessivo autocontrollo nell'area del mantenimento del peso corporeo. Questa inconscia paura di perdere il controllo veniva attribuita a sentimenti di inadeguatezza: si pensava che - invece di apprezzare il proprio corpo - le donne anoressiche e bulimiche ne avessero paura come se fosse qualcosa da controllare artificialmente. A metà degli anni '60 era diffusa la concezione dell'anoressia nervosa di Arthur Crisp, che suggeriva l'importanza centrale della fuga dalle responsabilità dell'età adulta. Studi empirici lo confermano, ma tali paure della maturità sono secondarie al senso di incapacità e al bisogno intenso di mantenere il controllo del proprio corpo che queste persone provano. Gli anni '80 e '90 hanno aggiunto alla comprensione della psicopatologia i concetti di *deficit* nella regolazione dell'autostima e anomalie importanti negli stili cognitivi.

Il ruolo della denutrizione

Fin dalla pubblicazione degli studi svolti in Minnesota alla fine degli anni '40 (????), sono state raccolte numerose informazioni sugli effetti della semi-denutrizione cronica su pensieri, sentimenti e comportamenti; Ancel Keys ha messo in evidenza questi cambiamenti in uomini psicologicamente normali all'inizio della denutrizione. Nell'arco di alcuni mesi, questi uomini hanno sviluppato una sintomatologia talvolta ritenuta caratteristica dell'anoressia nervosa; ad esempio, presentavano molti sintomi legati al cibo: erano preoccupati e lo sognavano. Alcuni soggetti in studio hanno avuto episodi di bulimia. Dal punto di vista cognitivo, presentavano scarsa capacità di concentrazione e indecisione; il loro umore era caratterizzato da irritabilità, ansia e labilità; il sonno era diventato frammentato; mostravano isolamento sociale e una diminuzione degli interessi. Questi dati sono stati "riscoperti" negli anni '80. La conoscenza degli effetti della denutrizione è stata importante per spiegare perché l'anoressia nervosa spesso si trasforma in un problema autoperpetuante: quando la paziente anoressica prova gli effetti della denutrizione, si sente maggiormente fuori controllo e segue diete sempre più rigide. Si è inoltre compresa la biologia della denutrizione; ad esempio, le deficienze di 5-idrossitriptamina (5-HT) possono portare a ingerire grandi quantità di cibo contenente carboidrati.

Trattamento

Gli attuali trattamenti per i disturbi del comportamento alimentare sono molto diversi da quelli di 30 anni fa. Negli anni '60 era comune un trattamento basato su un modello psicanalitico a lungo termine - inefficace - o su combinazioni di farmaci potenzialmente nocivi; ad esempio, Dally e Sargent hanno divulgato l'uso della clorpromazina e dell'insulina abbinate al riposo a letto.

Gli studi condotti nell'ultimo decennio hanno evidenziato la necessità di trattamenti individualizzati sulla base delle esigenze del paziente. Ma c'è anche la generale accettazione del valore della riabilitazione o della stabilizzazione nutrizionale prima che i pazienti possano significativamente beneficiare della psicoterapia.

I tipi di psicoterapia utili variano. Studi condotti al Maudsley Hospital di Londra hanno documentato il valore della terapia familiare per i giovani affetti da anoressia restrittiva. I pazienti anoressici più anziani e i bulimici traggono beneficio dalla terapia cognitiva e comportamentale, che è stata descritta molto più accuratamente nel caso della bulimia nervosa. È risultato inoltre che quest'ultimo gruppo trae beneficio anche dalla terapia interpersonale. I farmaci antidepressivi, inclusi gli inibitori del riassorbimento della serotonina, si sono dimostrati efficaci per i pazienti bulimici anche se in studi controllati non sono risultati tanto utili quanto i trattamenti psicologici.

Anoressia nervosa

Il trattamento dell'anoressia nervosa è una sfida e di solito implica un approccio multidisciplinare. I pazienti gravemente sottopeso vengono ricoverati in ospedale o inseriti in programmi di *day hospital* in cui ricevono consulenza psicologica con componenti cognitivo-comportamentali e un'educazione nutrizionale con apporti fra le 2.000 e le 3.000 calorie al giorno. È utile focalizzarsi sugli scambi di cibo piuttosto che sulle calorie. L'aumento di peso è essenziale perché il trattamento sia significativo. Sebbene la farmacoterapia sia spesso utilizzata come intervento supplementare, le prove di un'efficacia dei farmaci sono scarse.

Psicoterapie per l'anoressia nervosa

Esistono meno di 20 studi clinici controllati che valutano l'efficacia dei vari tipi di psicoterapia nel trattamento dell'anoressia nervosa. I nuovi e promettenti approcci contemplano la terapia di rafforzamento motivazionale e le psicoterapie finalizzate a prevenire le ricadute.

La psicoterapia rimane la parte essenziale del trattamento di questo disturbo. L'efficacia delle cure psicologiche è provata principalmente dai casi riportati e dai pochi studi condotti; queste prove sono lungi dall'essere definitive. Inoltre, i risultati dei pochi studi sono spesso difficili da interpretare: vengono fornite molte misure di supporto che implicano dei cambiamenti e questo rende difficile sapere cosa ha determinato il beneficio. Anche i tassi di abbandono sono alti.

I. Studi controllati e randomizzati sull'anoressia nervosa attiva

Psicoterapie individuali

Nell'esaminare i lavori su diverse terapie ambulatoriali, gli studi che hanno cercato di confrontare la psicoterapia attiva - solitamente la terapia cognitiva e quella comportamentale - con altre forme di intervento psico-sociale, psico-educazione o consulenza nutrizionale nei soggetti adulti affetti da anoressia nervosa, hanno avuto difficoltà a dimostrare la specificità dell'efficacia della psicoterapia attiva utilizzata. Ciò in parte è dovuto al numero esiguo di soggetti inseriti in questi studi, che limita la capacità di distinguere tra i diversi trattamenti. Ad esempio, Channon *et al.* hanno randomizzato pazienti ambulatoriali adulti affetti da anoressia nervosa in tre trattamenti: terapia cognitiva e comportamentale, terapia comportamentale, e terapia di controllo consistente in un supporto non specifico e monitoraggio medico. Ma per ogni trattamento erano randomizzati solo otto soggetti, il che ha reso problematica l'interpretazione delle differenze dei risultati. In realtà, non si sono riscontrate differenze rilevanti tra i tre gruppi in uno qualsiasi dei risultati significativi ottenuti.

In un altro studio - l'unica prova controllata e randomizzata di psicoterapia dinamica che ha messo a confronto una breve psicoterapia dinamica strutturata (terapia analitica cognitiva) con una terapia comportamentale ed educativa - sono stati randomizzati nel primo trattamento 16 pazienti ambulatoriali adulti affetti da anoressia nervosa attiva

e 14 nel secondo. Non è stata riscontrata alcuna differenza nell'esito finale del trattamento in questo numero ristretto di soggetti. Il 63% (19/30) del gruppo complessivo ha avuto un esito buono o medio in termini di risultato nutrizionale dopo 5 mesi di trattamento attivo; al *follow up* dopo un anno, il 37% del numero totale di pazienti era guarito, con nessuna differenza nell'esito tra i due gruppi.

Altri studi hanno valutato l'efficacia dei programmi di recupero del peso in regime di ricovero ospedaliero utilizzando tecniche di condizionamento operante o comportamentale. In uno studio su 65 anoressici ricoverati sono stati confrontati programmi rigidi di ospedalizzazione per indurre l'aumento di peso con programmi non rigidi. Il tasso di aumento di peso era simile nei due approcci; è importante notare che l'approccio più lasco era molto più accettabile per i pazienti, era associato a una maggiore motivazione a partecipare al trattamento successivo, e richiedeva minore assistenza. Eckert *et al.* hanno sottoposto 81 anoressici ricoverati a terapia ospedaliera ambientale *standard* o a trattamento comportamentale in modo casuale. Nei 35 giorni del trattamento non sono state riscontrate differenze significative tra i due gruppi per quanto riguarda il quantitativo di peso acquisito.

In una esaustiva meta-analisi del trattamento dell'anoressia nervosa, Agras e Kraemer hanno confrontato i risultati di 21 studi pubblicati sulle terapie su pazienti ospedalizzati affetti da anoressia nervosa. Questi lavori sono stati classificati come terapia farmacologia, terapia comportamentale o terapia medica. I due studiosi hanno riscontrato che i farmaci non aumentavano il beneficio dell'ospedalizzazione e, mentre l'aumento di peso nelle terapie medica e comportamentale era simile, il tasso di aumento di peso nel trattamento comportamentale era più rapido e richiedeva un'ospedalizzazione più breve.

Psicoterapie familiari con o senza psicoterapia individuale

Diversi studi hanno esaminato l'efficacia di vari tipi di terapia familiare, di solito in soggetti adolescenti affetti da anoressia nervosa acuta. I risultati di queste indagini tendono ad essere più promettenti rispetto agli studi che prendono in esame la psicoterapia individuale nei pazienti adulti. In uno studio 90 pazienti adolescenti affetti da anoressia nervosa acuta sono stati randomizzati in uno dei seguenti quattro trattamenti: trattamento tradizionale in regime di ricovero ospedaliero; psicoterapia individuale e familiare in regime ambulatoriale accompagnata da consulto dietologico; terapia di gruppo per genitori e pazienti separatamente in regime ambulatoriale, e consulto dietologico; solo accertamento, senza trattamento attivo, cioè semplice monitoraggio periodico da parte del medico di famiglia. A sei mesi dall'avvio del trattamento non si è riscontrata alcuna differenza tra i gruppi soggetti a trattamento attivo, avendo tutti e tre acquisito una significativa quantità di peso rispetto all'inizio e rispetto al gruppo di controllo non trattato. Al *follow up* dopo un anno l'aumento di peso nei tre gruppi di trattamento era stato mantenuto. Uno studio successivo ha verificato l'esito dopo due anni: il gruppo che aveva ricevuto il trattamento in regime ambulatoriale si alimentava in modo molto migliore rispetto a quello non trattato.

In uno studio in qualche modo collegato, Le Grange e colleghi hanno sottoposto 18 pazienti ambulatoriali adolescenti affetti da anoressia nervosa a terapia familiare congiunta o consulenza familiare (in cui i genitori venivano trattati separatamente dall'anoressico) in modo casuale. La differenza nell'aumento di peso nei due gruppi di trattamento non è stata significativa e dopo sei mesi di trattamento il peso era nella norma per entrambi i gruppi. Un più ampio studio su 40 soggetti adolescenti randomizzati ha confermato i risultati precedenti.

Più recentemente, Geist e collaboratori hanno sottoposto 25 adolescenti ospedalizzati affetti da anoressia nervosa acuta a terapia familiare o a psicoeducazione familiare di gruppo per un periodo di quattro mesi; la maggior parte del trattamento veniva svolta dopo la dimissione dall'ospedale. Entrambi i gruppi hanno acquisito un quantitativo uguale di peso pari a circa il 90% del peso corporeo ideale, e non sono state riscontrate differenze significative nei valori finali.

Gli studi pubblicati che esaminano l'esito dei trattamenti familiari confrontati con altri interventi psicologici in pazienti adulti sono meno positivi rispetto a quelli sugli adolescenti. In un primo studio, 30 pazienti ambulatoriali adulti affetti da anoressia nervosa sono stati sottoposti in modo casuale a 12 sedute di consulto dietologico o a 12 sedute di psicoterapia individuale e familiare integrata. Il cambiamento medio nel peso corporeo alla fine del trattamento e al *follow up* dopo un anno era approssimativamente pari al 10% del peso corporeo ideale, ed era il medesimo per entrambi i gruppi. La maggioranza dei soggetti è rimasta significativamente sottopeso al termine del trattamento e al *follow up*.

Nello studio pubblicato più di recente riguardante pazienti adulti, Dare e collaboratori hanno sottoposto in modo casuale 84 pazienti ambulatoriali adulti affetti da anoressia nervosa a uno dei seguenti quattro trattamenti: un anno di psicoterapia psicanalitica focale; sette mesi di terapia analitica cognitiva; un anno di terapia familiare; un anno di trattamento di *routine* (psicoterapia di supporto non specifica). Il 64% dei soggetti (54) hanno completato l'intero trattamento. La psicoterapia focale e la terapia familiare sono risultate più efficaci nel favorire l'aumento di peso rispetto al trattamento di controllo di *routine*. La differenza tra il trattamento analitico cognitivo e il trattamento di *routine* nell'indurre l'aumento di peso non ha raggiunto significatività statistica. Tuttavia, l'aumento medio totale di peso è stato relativamente scarso in tutti i gruppi di trattamento attivo e, alla fine della terapia, i due terzi dei soggetti nei tre trattamenti attivi erano ancora significativamente sottopeso e continuavano a rispondere ai criteri dell'anoressia nervosa.

Terapie di gruppo

Contrariamente a quanto è stato fatto per la bulimia nervosa, non sono stati condotti studi sistematici che valutino l'efficacia delle terapie di gruppo nel trattamento dell'anoressia nervosa. Esistono comunque pubblicazioni cliniche che descrivono la terapia di gruppo per questo disturbo dell'alimentazione, enfatizzando in particolare le difficoltà inerenti al trattamento in gruppo di pazienti anoressici e non lo consigliano come unico intervento psicologico per tale problematica.

II. Studi controllati e randomizzati sull'anoressia nervosa a peso recuperato

Psicoterapie individuali

Negli ultimi dieci anni, molti studi controllati e randomizzati hanno preso in esame numerosi interventi psicosociali nei soggetti affetti da anoressia nervosa con peso recuperato. Una percentuale significativamente maggiore di individui sotto terapia cognitivo-comportamentale ha ottenuto un buon risultato alla fine del trattamento rispetto alla consulenza nutrizionale (44% contro 6%).

In un altro studio controllato non pubblicato che metteva a confronto la CBT, i trattamenti con fluoxetina e quelli integrati nei pazienti con peso recuperato affetti da anoressia nervosa, si è avuto un tasso di abbandono eccessivamente alto in tutte le condizioni, ma soprattutto in quella con il solo farmaco, rendendo così difficile l'interpretazione dei risultati. La sensazione era che i pazienti soggetti a CBT, da sola o in combinazione con farmaci, rimanessero in cura più a lungo rispetto a quelli che ricevevano solo il farmaco.

Psicoterapie familiari con o senza psicoterapia individuale

Un ottimo studio controllato - svolto su pazienti affetti da anoressia nervosa insorta nell'adolescenza che avevano recuperato il peso corporeo e nei quali la durata della malattia era inferiore a tre anni - ha confrontato la terapia familiare con quella individuale. Si è riscontrato così che gli individui trattati con terapia familiare mostravano un miglioramento maggiore nel corso dell'anno di trattamento ambulatoriale dopo le dimissioni dall'ospedale rispetto a quelli sottoposti a terapia individuale. Questi benefici erano mantenuti dopo cinque anni di *follow up*. I benefici profilattici della terapia familiare per i pazienti adulti affetti da anoressia nervosa con peso recuperato sono molto meno chiari.

Terapia di rafforzamento motivazionale

Nel prendere in considerazione approcci innovativi nel trattamento dell'anoressia nervosa è utile riconcettualizzare il sintomo primario a cui la terapia deve mirare. Tradizionalmente, i sintomi segnalati sono le concomitanze comportamentali dell'impulso dell'anoressico verso la magrezza, cioè restrizione calorica e altri comportamenti che promuovono la perdita di peso. Tuttavia, una delle maggiori difficoltà incontrate nel trattamento è la negazione della malattia da parte dell'anoressico e la resistenza

a cambiare qualsiasi comportamento che faciliti la perdita di peso. Questa negazione e la resistenza al cambiamento hanno portato all'ambivalenza dell'anoressico per quanto riguarda l'inserimento in trattamenti centrati sull'eliminazione di questi comportamenti egosintonici; generalmente tali sintomi vengono considerati problematici e angoscianti dagli altri ma non dal paziente.

Una riformulazione del disturbo, che identifica specificatamente l'ambivalenza e la resistenza al cambiamento come sintomo primario dell'anoressia nervosa a cui il trattamento deve mirare prima di focalizzarsi sul cambiamento comportamentale, può essere utile nell'ideare nuovi interventi psicologici, come è avvenuto per le tossicomanie. Il comportamento dei pazienti affetti da anoressia nervosa è infatti molto simile a quello degli individui che abusano di droghe: entrambe le popolazioni di pazienti sono comunemente considerate prive di motivazione al cambiamento e riluttanti a cercare volontariamente un trattamento; entrambi i gruppi tendono ad alienarsi chi presta loro le cure dando così la percezione di lottare contro il trattamento piuttosto che verso la guarigione. Entrambe le tipologie di pazienti tendono a razionalizzare e negare i propri sintomi e sono spesso considerati bugiardi dai terapeuti.

Stadi del cambiamento

In base alle similitudini sopra citate, potrebbe essere utile applicare gli approcci di rafforzamento motivazionale che sono stati studiati e utilizzati con successo nel campo delle tossicomanie. Il modello trans-teoretico del cambiamento, inizialmente descritto da Prochaska e Di Clemente nel 1983 mentre studiavano il processo durante la cessazione del fumo, è stato ulteriormente allargato per cercare di comprendere e capire come gli individui modifichino i comportamenti problematici in generale. Il modello descrive una serie di stadi che gli individui attraversano: pre-contemplazione, contemplazione, preparazione, azione e mantenimento.

Il trattamento è più efficace se l'intervento viene adattato allo stadio del cambiamento in cui il paziente si trova. Identificare lo stadio e i processi corrispondenti di cambiamento associati a tale stadio aiuta il terapeuta a delineare l'intervento più appropriato ed efficace per un particolare paziente. La resistenza e il fallimento del trattamento sono i segni caratteristici dell'abbinamento sbagliato dello stadio del cambiamento con un particolare intervento.

Le interviste motivazionali rappresentano lo stile terapeutico meglio associato a una crescente motivazione intrinseca nei pazienti con comportamenti tossicomano-geni. L'idea che la motivazione nasca da un processo interpersonale piuttosto che essere pre-esistente in un individuo spinge verso un maggiore utilizzo di questa terapia. Tale approccio si è rivelato d'aiuto per coloro che erano ambivalenti circa il cambiamento; la decisione di cambiare viene da dentro il paziente piuttosto che essere imposta dall'esterno. Le interviste motivazionali completano il modello trans-teoretico e sono utili in particolare per gli individui ai primi stadi del cambiamento quando prevalgono

ambivalenza e resistenza. La terapia di rafforzamento motivazionale è la forma di psicoterapia che combina e integra il modello trans-teoretico del cambiamento e l'efficacia delle interviste motivazionali.

Studi sulla terapia di rafforzamento motivazionale nei disturbi del comportamento alimentare

Recentemente sono stati condotti numerosi studi che hanno utilizzato la terapia di rafforzamento motivazionale nel trattamento di pazienti affetti da disturbi del comportamento alimentare. Schmidt e Treasure hanno adattato questa terapia e hanno creato un manuale d'uso per il terapeuta per il trattamento di queste condizioni.

Ward e colleghi hanno applicato il modello trans-teoretico del cambiamento a un gruppo di pazienti ospedalizzati affetti da disturbi del comportamento alimentare: 33 anoressici e 2 bulimici. La maggior parte dei soggetti si trovava nello stadio di contemplazione. I processi di cambiamento più frequentemente utilizzati sono stati l'auto-rivalutazione, le relazioni di aiuto e l'aumento della consapevolezza.

Treasure e collaboratori hanno sottoposto 125 pazienti randomizzati affetti da bulimia nervosa a quattro sedute di terapia cognitivo-comportamentale o di terapia di rafforzamento motivazionale. Non sono state riscontrate differenze significative tra i due trattamenti nel ridurre i sintomi della bulimia.

In uno studio condotto da Feld e colleghi, 19 soggetti con disturbi del comportamento alimentare - 12 dei quali presentavano la sindrome piena dell'anoressia nervosa e 3 anoressia nervosa subsindromale - sono stati trattati con quattro sedute di gruppo di terapia di rafforzamento motivazionale per quattro settimane. In questo campione l'aumento della motivazione al cambiamento è stato statisticamente significativo. Rimane tuttavia irrisolta la questione se questo aumento porti realmente a un miglior esito del trattamento. Fino ad ora non esistono studi controllati e randomizzati che valutino in maniera specifica l'efficacia della terapia di rafforzamento motivazionale, da sola o in combinazione con altre terapie, nell'anoressia nervosa, ma è certamente un'area in cui ulteriori studi potrebbero essere molto fruttuosi.

Nonostante la mancanza di prove empiriche dell'efficacia delle psicoterapie individuali nell'anoressia nervosa, l'intuizione clinica suggerirebbe l'importanza dei fattori non specifici inerenti il processo psicoterapeutico per i pazienti affetti da una malattia cronica e disabilitante come questa. Calore e genuinità, comprensione e accettazione, apertura e onestà sono tutte componenti essenziali della cura efficace e competente a lungo termine dell'approccio psicoterapeutico individuale all'anoressia nervosa. In particolare, per i pazienti più cronici, i terapeuti devono essere preparati ad accettare l'eventualità che la loro principale funzione sia fornire un contatto umano genuino che si focalizzi sulla qualità della vita ed elimini il senso di isolamento e solitudine provato dai pazienti.

Bulimia nervosa

A causa della maggiore prevalenza della bulimia nervosa rispetto all'anoressia nervosa, e visto che i pazienti possono di solito essere seguiti in regime ambulatoriale, gli studi sui trattamenti di questo disturbo alimentare sono stati più semplici da condurre e sono più numerosi. Per questo motivo, e probabilmente anche perché la bulimia non è associata alle profonde aberrazioni fisiologiche indotte dalla denutrizione caratteristiche dell'anoressia, le terapie efficaci per la bulimia hanno realizzato progressi considerevoli rispetto al trattamento dell'anoressia.

Psicoterapie per la bulimia nervosa

Negli ultimi 15 anni è stata prodotta un'ampia e consistente letteratura che dimostra l'efficacia della terapia cognitiva e comportamentale e della psicoterapia interpersonale per la bulimia nervosa. Con questi trattamenti circa il 40-50% dei pazienti diventa astinente e molti di coloro che non lo sono presentano un miglioramento dei sintomi. È stato dimostrato che le psicoterapie sono più efficaci delle cure farmacologiche se confrontate direttamente. Quando queste terapie sono combinate con i medicinali, i risultati possono essere ancora più considerevoli rispetto a quando vengono utilizzate singolarmente.

Farmaci per i disturbi del comportamento alimentare

Farmaci per l'anoressia nervosa

Antipsicotici

L'uso della clorpromazina è stato studiato per la prima volta negli anni '60. Nonostante si avesse un iniziale aumento di peso, i pazienti soffrivano di notevoli effetti collaterali, incluse crisi epilettiche tipo grande male e incremento dell'evacuazione intestinale. In uno studio a lungo termine, la clorpromazina non ha prodotto un aumento di peso maggiore di quello notato nei gruppi di controllo storici. Altri antagonisti della dopamina - la pimozide e la sulpiride - sono stati esaminati in studi placebo-controllati in doppio cieco con risultati diversi: la pimozide produceva un leggero aumento di peso rispetto al placebo, la sulpiride non otteneva alcun beneficio significativo; inoltre, nessuna delle due ha migliorato gli atteggiamenti o i comportamenti dei pazienti.

Visto il considerevole profilo di effetti collaterali dei farmaci antipsicotici tradizionali e le scarse prove della loro efficacia, non c'è stato motivo per promuoverne un uso abituale nel trattamento dell'anoressia nervosa. Tuttavia, negli ultimi dieci anni, l'avvento di nuovi farmaci antipsicotici con un profilo di effetti collaterali molto più favorevole ha riaperto l'interesse su un possibile ruolo per questa classe di farmaci. In particolare, in casi recenti è stata descritta l'utilità dell'olanzapina nel trattamento dell'anoressia nervosa, sia per i suoi effetti antipsicotici, concettualizzando l'immagine del proprio corpo nell'anoressia come una forma di psicosi, sia per l'impressionante aumento di peso associato al suo impiego. Entrambi gli studi hanno riportato miglioramenti notevoli nei soggetti trattati, meritando un ulteriore esame controllato dell'utilità del farmaco.

Antidepressivi

L'uso degli antidepressivi nel trattamento dell'anoressia nervosa era una scelta logica visto che molti pazienti anoressici soffrivano anche di sintomi depressivi, incluso umore depresso, scarsa energia, perdita di interesse e isolamento sociale. Inizialmente si era sperato che l'effetto collaterale di aumento del peso corporeo provocato dagli antidepressivi triciclici avrebbe ulteriormente aumentato le sue proprietà antidepressive e migliorato l'esito. La cloripramina faceva aumentare l'appetito ma l'incremento di peso in un *follow up* a lungo termine dopo 1 e 4 anni si è dimostrato deludente. Allo stesso modo, gli studi sull' amitriptilina non hanno dimostrato né un aumento di peso né un miglioramento delle preoccupazioni circa forma e peso. Dati recenti sulla morte improvvisa nei giovani trattati con antidepressivi triciclici (TCA) associata all'aumentata propensione alle aritmie cardiache con basso peso corporeo, forniscono ulteriori controindicazioni all'uso dei TCA nel trattamento dell'anoressia nervosa.

In anni più recenti sono stati studiati gli inibitori selettivi del riassorbimento della serotonina (SSRI), una classe di farmaci antidepressivi con un profilo di effetti collaterali molto più favorevole. *Trial* aperti sulla fluoxetina in piccoli campioni di pazienti con malattia acuta hanno suggerito che essa può portare a un aumento di peso e a un miglioramento dell'umore. Tuttavia, uno studio placebo-controllato ha mostrato che la fluoxetina non dà benefici significativi rispetto al placebo nel trattamento di donne ospedalizzate per anoressia.

Dati un po' più incoraggianti sono emersi da uno studio sulla fluoxetina utilizzata per prevenire la ricaduta successiva all'aumento di peso. Kaye e i suoi collaboratori hanno trattato con fluoxetina o placebo donne anoressiche che avevano raggiunto un peso vicino alla norma dopo un periodo di ospedalizzazione e hanno scoperto che le pazienti che assumevano fluoxetina avevano un tasso significativamente più basso di ricaduta rispetto a quelle che ricevevano il placebo. In uno studio caso-controllo di *follow up* naturalistico, tuttavia, Strober e colleghi non hanno riscontrato differenze nella necessità di riospedalizzazione e nella tendenza a scendere sotto il peso *target*.

La ricerca sugli antidepressivi nel trattamento dell'anoressia quindi generalmente deludente, senza prova che tali agenti siano utili per i pazienti sottopeso. L'idea che i SSRI possano aiutare a prevenire la ricaduta tra i pazienti che hanno riacquisito peso è interessante e dovrebbe essere studiata ulteriormente.

Ciproeptadina

La ciproeptadina, antagonista della serotonina, è stata esaminata in numerosi studi controllati. Il fatto che questo agente abbia presumibilmente effetti neuro-chimici opposti a quelli degli inibitori selettivi del riassorbimento della serotonina dimostra che gli interventi farmacologici tentati per l'anoressia nervosa non sono basati su una comprensione della fisiopatologia sottostante. La ciproeptadina è un antistaminico che riduce l'attività centrale della serotonina e provoca un aumento di peso se utilizzata nel trattamento del prurito allergico.

Uno studio placebo-controllato su pazienti affetti da anoressia non ha mostrato un miglioramento significativo con la ciproeptadina. Tuttavia, in un altro studio che utilizzava un campione più ampio e una dose maggiore di farmaco, quest'ultimo induceva un significativo aumento di peso, sebbene solo nei pazienti affetti dalla forma più grave della malattia. Risultati leggermente differenti sono emersi da un terzo studio in cui è stato riscontrato un effetto differenziale in base al sottotipo, tale che la ciproeptadina favoriva l'aumento ponderale nel sottogruppo restrittivo mentre lo rallentava nei sottogruppi con abbuffate e/o comportamenti di eliminazione. Gli effetti della ciproeptadina sono stati scarsi e questo agente non viene generalmente utilizzato nel trattamento dell'anoressia nervosa.

Tetraidrocannabinolo

Viste le proprietà antiemetiche e di stimolazione dell'appetito del tetraidrocannabinolo (THC), molta ricerca si è concentrata sul suo ruolo nella chemioterapia per il cancro. Il THC è stato inoltre utilizzato in pazienti affetti da anoressia, ma i risultati sono stati deludenti. In uno studio incrociato in doppio cieco su 11 pazienti della durata di 4 settimane, che confrontava il tetraidrocannabinolo orale con il diazepam, non è stato riscontrato alcun effetto significativo sull'assunzione di cibo o sull'aumento di peso. Per di più, i pazienti che ricevevano THC hanno avuto effetti collaterali negativi quali disturbi del sonno e sensibilità interpersonale. Alcuni pazienti si sono ritirati dallo studio a causa di disforia, paranoie e la sensazione di essere fuori controllo.

Cisapride

La ricerca ha anche cercato di contrastare i sintomi somatici associati all'anoressia, quali pienezza gastrica e meteorismo. La cisapride, un agente procinetico, è stata proposta come terapia per alleviare questi sintomi gastrointestinali e aumentare così l'assunzione di cibo. Stacher e collaboratori hanno misurato lo svuotamento gastrico, i disturbi gastrici e l'aumento di peso in pazienti ospedalizzati, e hanno riscontrato un miglioramento dei sintomi in chi assumeva il farmaco attivo. La differenza non era tuttavia significativa.

Uno studio controllato e randomizzato più recente, condotto su un campione maggiore, non ha riscontrato differenze significative tra cisapride e placebo nel tempo di svuotamento gastrico o nell'aumento di peso. Inoltre, dopo tale studio, la cisapride è stata ritirata dal mercato a causa di effetti cardiaci rari ma potenzialmente mortali.

Zinco

Come i pazienti anoressici, gli individui affetti da deficienza di zinco possono presentare perdita di peso, cambiamenti dei gusti e dell'appetito, depressione e amenorrea. Queste similitudini hanno suggerito che una deficienza di zinco dovuta al regime dietetico possa contribuire alla psicopatologia dell'anoressia, indicando forse l'importanza di un'integrazione di zinco. Sono stati pubblicati tre studi placebo-controllati in doppio cieco sullo zinco. Katz e collaboratori hanno riportato che l'integrazione di zinco riduce l'ansia

e i sintomi depressivi negli adolescenti affetti da anoressia nervosa ma non ha effetto sull'aumento di peso. In un secondo studio su pazienti di sesso femminile ospedalizzate e randomizzate a ricevere zinco o placebo, l'integrazione ha portato a un più rapido aumento dell'indice di massa corporea. Un terzo studio placebo-controllato in doppio cieco su soggetti affetti da anoressia insorta nell'infanzia, Lask e collaboratori non hanno riscontrato alcun effetto nei pazienti che assumevano solfato di zinco.

Quindi, il ruolo della deficienza da zinco nell'anoressia nervosa è ancora incerto e l'integrazione di zinco non è sostenuta dalla letteratura attuale.

Commenti

L'assenza di una terapia psicofarmacologica efficace per l'anoressia nervosa lascia perplessi. Perché gli effetti dei medicinali sono così limitati nonostante i molti sintomi in comune tra l'anoressia nervosa e altre malattie psichiatriche quali la depressione, i disturbi ossessivi compulsivi e la bulimia nervosa, che invece rispondono ai farmaci? La mancanza di un modello animale ostacola la ricerca di agenti terapeutici nuovi e la comprensione della disfunzione neurobiologica implicita che porta all'anoressia. Non è la procedura ideale cercare trattamenti per una disfunzione scegliendo i farmaci sulla base dei loro effetti collaterali; tuttavia, gli incoraggianti *case report* riguardanti l'olanzapina meritano di essere ripetuti ed estesi a studi in doppio cieco.

Inoltre, la recente concentrazione su interventi farmacologici per ridurre la ricaduta dopo l'aumento del peso ha prodotto risultati promettenti. Se gli studi controllati dimostreranno in modo convincente di essere di aiuto in questo stadio della malattia, si avrà finalmente un efficace intervento biologico (diverso dall'aumento di peso). Infine, l'efficacia di un medicinale nei pazienti normopeso e non in quelli sottopeso farebbe fortemente pensare che gli effetti neuro-chimici della denutrizione giochino un ruolo fondamentale nella risposta al trattamento.

Farmaci per la bulimia nervosa

Antidepressivi

Sono stati pubblicati i risultati di numerosi studi che utilizzano una notevole varietà di antidepressivi per la bulimia nervosa mostrandone un'efficacia approssimativamente uguale. La maggiore attenzione è stata prestata alla fluoxetina, inibitore selettivo del riassorbimento della serotonina approvato dalla Food and Drug Administration statunitense per il trattamento della bulimia negli adulti. Un ampio studio multicentrico ha confrontato la risposta dei pazienti trattati rispettivamente con placebo, con 20 mg o con 60 mg di fluoxetina, e ha rilevato che solo la dose maggiore è manifestamente superiore al placebo. Oltre a migliorare i sintomi caratteristici della bulimia come gli episodi di abbuffate, le condotte di eliminazione e le preoccupazioni circa il peso o la forma corporea, la fluoxetina riduce anche i sintomi depressivi e di ansia.

Nonostante i buoni tassi di risposta nel corso di trattamenti a breve termine con antidepressivi, pochi studi hanno riportato esiti positivi a lungo termine ed esiste un

significativo tasso di ricaduta. Ciò nonostante, se il paziente risponde a un SSRI, trae beneficio da un trattamento di mantenimento (Romano *et al.*, 2002).

Anticonvulsivi

Piccoli studi sugli anticonvulsivi fenitoina e carbamazepina hanno mostrato effetti minimi in un numero ristretto di pazienti. Nel corso degli ultimi anni, il topiramato si è rivelato un agente che merita ulteriori indagini per essere utilizzato nel trattamento della bulimia. Knable ha pubblicato il caso di una paziente affetta da epilessia e bulimia nervosa comorbida, e nella presentazione clinica quest'ultima risultava antecedente alla prima. Un'assunzione di fenitoina per 5 anni ha migliorato l'epilessia nella paziente ma non ha modificato i suoi episodi di iperalimentazione e le condotte di eliminazione. Tuttavia, facendo passare la paziente al topiramato - un anticonvulsivo con presunta azione a canali del sodio voltaggio-dipendenti - i recettori GABA e i recettori del glutammato hanno ridotto fortemente le sue convulsioni e aure, così come la sua preoccupazione per il peso, il desiderio di abbuffarsi, le condotte di eliminazione e l'automutilazione.

Sono necessari studi controllati di maggiore portata per indagare sul promettente utilizzo del topiramato nel trattamento della bulimia nervosa.

Ondansetron

Un nuovo approccio alla farmacoterapia per la bulimia nervosa è giunto recentemente dai lavori di Faris e colleghi. Studi precedenti hanno dimostrato che i pazienti bulimici hanno bisogno di più cibo per raggiungere il senso di pienezza e hanno difficoltà a concludere i pasti, suggerendo un *deficit* della normale sazietà. I fattori di pre-assorbimento come l'attivazione degli afferenti dei nervi vagali viscerali hanno un ruolo fondamentale nel processo di sazietà. Faris e collaboratori hanno ipotizzato che un aumento nell'attività del nervo vagale, probabilmente dovuta alla sovrastimolazione legata ai cicli di abbuffate e di eliminazione, può portare a una minore sensibilità degli afferenti vagali rispetto all'assunzione di cibo. In maniera coerente con questo modello, gli autori hanno rilevato che i pazienti bulimici presentavano una soglia del dolore somatosensoriale innalzata in funzione del tempo trascorso dall'ultimo episodio di bulimia. La soglia del dolore può essere modulata mediante stimolazione del nervo vagale e pertanto può indirettamente indicare l'attività vagale. La somministrazione di ondansetron, un inibitore dei recettori 5-HT₃ coinvolto nella stimolazione viscerale degli afferenti vagali, ha eliminato questi cambiamenti ciclici nella soglia del dolore.

In uno studio placebo-controllato in doppio cieco e randomizzato è stato esaminato l'effetto di un ciclo di 4 settimane di ondansetron sui comportamenti alimentari nei pazienti affetti da bulimia. I soggetti trattati con ondansetron hanno mostrato una diminuzione del 50% degli episodi di abbuffate/eliminazione, una diminuzione del 50% del tempo speso nell'attività di abbuffate/eliminazione e un aumento del 33% del numero di pasti non seguiti da eliminazione. Inoltre, questi studi forniscono speranze circa una nuova tendenza della farmacoterapia per il trattamento della bulimia, che utilizzi farmaci mirati al sistema nervoso periferico in modo maggiormente selettivo.

Altri farmaci

Sono stati pubblicati numerosi studi controllati che hanno utilizzato altri agenti. Con una sola eccezione, i risultati degli studi che hanno utilizzato L-triptofano, precursore della serotonina, e dexfenfluramina, un agonista della serotonina, non sono stati di particolare nota. La dexfenfluramina è stata tra l'altro ritirata dal mercato a causa delle anomalie delle valvole cardiache associate al suo uso nel trattamento dell'obesità.

Allo stesso modo, due studi placebo-controllati che utilizzano il naltrexone, antagonista degli oppiacei, non sono riusciti a individuare alcun effetto nella diminuzione della frequenza delle abbuffate in rapporto al placebo.

In ultimo, Hsu *et al.* hanno indagato l'utilità del litio rispetto al placebo in uno studio di otto settimane e hanno riscontrato che, mentre la frequenza delle abbuffate diminuiva, non c'erano prove del fatto che l'esito del gruppo che assumeva litio fosse superiore a quello del gruppo placebo.

Medicinali e psicoterapia

Oltre alla consistente e provata efficacia della terapia con antidepressivi per il trattamento a breve termine della bulimia nervosa, la ricerca ha evidenziato il ruolo benefico della psicoterapia - in particolare la terapia cognitiva e comportamentale. Numerosi studi hanno analizzato la combinazione di farmacoterapia e psicoterapia. Tali studi hanno utilizzato una molteplicità di antidepressivi e modalità psicoterapiche, dalla consulenza nutrizionale alla psicoterapia individuale o di gruppo. In generale, la terapia cognitivo-comportamentale è risultata essere più efficace dei farmaci antidepressivi e la combinazione dei due era superiore ai soli farmaci. Tuttavia, è meno chiaro quanto beneficio derivi dall'aggiungere farmaci al trattamento psicologico efficace.

I lavori di Mitchell e colleghi (1990) e Agras e Apple (1997), che utilizzano antidepressivi triciclici, suggeriscono che anche se l'aggiunta di antidepressivi alla psicoterapia non porta a una ulteriore riduzione degli episodi di abbuffate e di eliminazione, la combinazione migliora i sintomi quali ansia, umore depresso e restrizioni dietetiche.

Più recentemente, Walsh ha confrontato la terapia cognitivo-comportamentale con la psicoterapia individuale di supporto, e l'effetto della combinazione di farmaci con entrambe le forme di psicoterapia. La BCT si è dimostrata migliore della psicoterapia di supporto, un risultato coerente con le scoperte precedenti, e l'aggiunta di antidepressivi ha aumentato l'effetto di questa terapia e della psicoterapia di supporto negli episodi di iperalimentazione incontrollata e sui sintomi depressivi. È interessante notare che la combinazione di farmaci e terapia cognitivo-comportamentale è risultata superiore ai soli farmaci, ma non è stato così per la combinazione di farmaci e psicoterapia di sostegno.

Si deve notare che i benefici a lungo termine dei protocolli di trattamento a breve termine sono stati dimostrati per la psicoterapia e non per i soli farmaci, e sono pochi i dati a lungo termine sulla combinazione dei due. Inoltre, sono disponibili diverse modalità di trattamento già collaudate per il trattamento a breve termine della bulimia nervosa, che offrono ai terapeuti opzioni ancora non possibili per l'anoressia.

Allegato tecnico 2G.

Prestazioni esenti per anoressia nervosa e bulimia nervosa, previste dalla attuale normativa (DM 296/2001)

Codice identificativo esenzione	Malattia o condizione
005.307.1 - 005.307.51	Anoressia nervosa, bulimia

Prestazioni	
89.01	Anamnesi e valutazione, definite brevi - Storia e valutazione abbreviata - Visita successiva alla prima - Esame psico-diagnostico
94.12.1	Visita psichiatrica di controllo - Visita neuropsichiatrica infantile di controllo
90.13.3	Cloruro (S/U/dU)
90.16.4	Creatinina <i>clearance</i>
90.22.6	Ferro (S)
90.27.1	Glucosio (S/P/U/dULa)
90.37.4	Potassio (S/U/dU(Sg)Er)
90.38.4	Proteine (elettroforesi delle) (S) - Incluso: dosaggio proteine totali
90.40.4	Sodio (S/U/dU(Sg)Er)
90.44.1	Urea (S/P/U/dU)
90.44.3	Urine esame chimico fisico e microscopico
90.62.2	Emocromo: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. deriv., F.L
91.49.2	Prelievo di sangue venoso
94.3	Psicoterapia individuale
94.42	Psicoterapia familiare per seduta
94.44	Psicoterapia di gruppo per seduta e per partecipante

Bibliografia

- Abraham K. Ricerche sul primissimo stadio evolutivo pregenitale della libido. In: Abraham K. *Le nevrosi narcisistiche, Opere*, vol. 1, 1924.
- Abraham K. Tentativo di una storia evolutiva della libido sulla base della psicoanalisi dei disturbi psichici. In: Abraham K. *Le nevrosi narcisistiche, Opere*, vol. 1, 1924.
- Agras W.S., Apple F.R. Overcoming Eating Disorders. In *Therapist Guide: A cognitive behavioral treatment for bulimia nervosa and Binge Eating Disorder*. Graywind Publications Incorporated, New York, 1997.
- Allison D.B. (ed.). *Handbook of assessment methods for eating behaviors and weight-related problems, measures, theory and research*. Ed. Sage Publications Inc., Thousands Oaks, 1995.
- American Academy of Pediatrics - Committee on Sports Medicine and Fitness 1999. Medical Concerns in Female Athlete. *Pediatrics*, 106: 610-612, 2000.
- American Medical Association (AMA). *Guidelines for Adolescent Preventive Services (GAPS). Recommendations and rationale*. XXXIII, 1994.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th edition. DSM-IV. American Psychiatric Association, Washington DC, 1994. (Traduzione italiana: Masson, Milano, 1995).
- American Psychiatric Association. Practice guideline for eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, 150: 209-228, 1993.
- American Psychiatric Association. Practice Guideline for the Treatment of Patients with Eating Disorders (Revision). *American Journal of Psychiatry*, 157: 1-39 (Suppl), 2000.
- Anderson A.E., Hedblom J.E., Hubbard F.A. A multidisciplinary team treatment for patients with anorexia nervosa and their families. *Intern J Eat Disord*, 2: 181-192, 1983.
- Andreoli V., Cassano G.B., Rossi R. *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. DSM IV*. 3° ed. Masson, Milano, 1995.
- Assessorato alla sanità, Regione Emilia-Romagna. *Piano sanitario regionale 1999-2001. Il patto di solidarietà per la salute in Emilia-Romagna. La politica della salute mentale. Proposte di linee guida. Linee per l'organizzazione dei servizi per i disturbi del comportamento alimentare*, 2001.
- Bara B.G. *Manuale di psicoterapia cognitiva*. Bollati Boringhieri, Torino, 1996.
- Baranowsky M.S., Hetherington M.M. Testing the efficacy of an eating disorder prevention program. *International Journal of Eating Disorders*, 29 (2): 119-124, 2001.
- Beaumont P.J.V. Il trattamento dell'anoressia nervosa. *Lancet*, 341 (26): 1635-1640, 1993.
- Beaumont P.J.V., Touyz S.W. The Nutritional Management of Anorexia and Bulimia Nervosa. In: Brownell K.D., Fairburn C.G. (eds.) *Eating disorders and obesity. A comprehensive handbook*. Guilford Press, New York, 1995, pp. 306-312.

- Beck A.T., Rush A.J., Shaw B.F., Emery G. *Cognitive therapy of depression*. Guilford Press, New York, 1979.
- Ben-Tovim D.I., Walker K., Gilchrist P. *et al.* Outcome in patients with eating disorders: a 5 year study. *Lancet*, 357: 1254-1257, 2001.
- Bertrando P., Cazzullo C.L., Clerici M. *Terapie familiari e psicoeducazione*. FrancoAngeli, Milano, 1995.
- Bollea L. Comorbidità dei disturbi dell'alimentazione nell'adolescenza. *Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza*, 63: 689-694, 1996.
- Boris H.N. The problem of anorexia nervosa. *Int J Psycho-anal*, 65: 315, 1984.
- Braun D.L., Sunday S.R., Halmi K.A. Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders. *Psychological Medicine*, 24: 859-867, 1994.
- Brown G.W., Adler Z., Bifulco A. Life events, difficulties and recovery from chronic depression. *British Journal of Psychiatry*, 152: 487-498, 1988.
- Brownell K.D., Fairburn C.G. (eds.) *Eating disorders and obesity. A comprehensive handbook*. Guilford Press, New York, 1995.
- Bruch H. *Eating disorders. Obesity. Anorexia Nervosa and the Person Within*. Basic Books, New York, 1973. (Traduzione italiana: Feltrinelli, Milano, 1977).
- Bruch H. *Patologia del comportamento alimentare*. Feltrinelli, Milano, 1997.
- Brunet O., Lezine I. *Le développement psychologique de la première enfance*. Ed. Presse Universitaire, Paris, 1965.
- Bruno W. L'immagine corporea e la sua relazione con lo spazio nei disturbi di condotta alimentare. *Rivista di Psicoanalisi*, 4, 2001.
- Brusset B. *L'anoressia mentale del bambino*. Borla, Milano, 1979.
- Brutti C., Parlani R. *et al.* *Ripensare l'anoressia*. Borla, Milano, 1993.
- Bryant-Waugh R. Overview of the eating disorders. In: Bryan L., Bryant-Waugh R. (eds.). *Anorexia nervosa and related disorders in childhood and adolescence*. Psychology Press, Hove, 2000, pp. 27-40.
- Bryant-Waugh R., Lask B. Eating Disorders in Children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 36 (3): 191-202, 1995.
- Byely L., Archibald A.B., Graber J., Brooks-Gunn J. A Prospective Study of Familial and Social Influences on Girls' Body Image and Dieting. *International Journal of Eating Disorders*, 28 (2): 155-164, 2000.
- Calam R., Waller G. Are eating and psychosocial characteristics in early teenage years useful predictors of eating characteristics in early adulthood? A seven-year longitudinal study. *International Journal of Eating Disorders*, 24: 351-362, 1998.
- Carlat D.J., Camargo C.A., Herzog D.B. Eating disorders in males: a report on 135 patients. *American Journal of Psychiatry*, 154: 1127, 1997.
- Carter J.C., Stewart A.D., Dunn V.J., Fairburn C. Primary prevention of eating disorders: might it do more harm than good? *International Journal of Eating Disorders*, 22: 167-172, 1997.

- Caruso R., Manara F. *I disturbi del comportamento alimentare. Proposte attuali per la pratica clinica in psicologia clinica*. Il Pensiero Scientifico, Roma, 1999.
- Casper R.C. The psychopathology of anorexia nervosa: the pathologic psychodynamic processes. In: Beaumont P.J.V., Burrows G.D., Casper R.C. (eds.). *Handbook of eating disorders. Part I: Anorexia and Bulimia Nervosa*. Elsevier, Amsterdam, 1987, pp. 159-170.
- Casper R.C., Eckert E.D., Halmi K. *et al.* Bulimia: its incidence and clinical importance in patients with anorexia nervosa. *Archives in General Psychiatry*, 37: 1030-1040, 1980.
- Cathebras P., Fayard L. L'anorexie mentale est-elle un désordre culturelle? *Rev de Med Interne*, 12 (2): 104-110, 1991.
- Catina A., Kachele H. *Adolescenza*. Il Pensiero Scientifico, Roma, 1993, vol. 4.
- Ceaser M. Anorexia Nervosa and Bulimia: An Integrated Approach to Understanding and Treatment. In: Schwartz H.J. (ed). *Bulimia Psychoanalytic Treatment and Theory*, 1988.
- Centre d'information et de traitement de dépendance. Recherche épidémiologique des troubles du comportement alimentaire et de la conduit de dépendance. *Encéphale*, 4: 285-292, 1993.
- Chiozza L. *Organsprache. Linguaggio d'organo*. Ed. Borla, 1991.
- Connors M.E., Johnson C.N., Stuckey M.K. Treatment of bulimia with brief psycho-educational group therapy. *American Journal of Psychiatry*, 141: 1512-1516, 1984.
- Cooper Z., Fairburn C.G. The eating disorders examination: A semi structured interview for the assessment of specific psychopathology of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 6: 1-8, 1987.
- Crisp A.H., Norton K., Gowwers S., Halek C., Bowyer C., Yeldham D., Levett G., Baht A. Uno studio controllato dell'effetto di terapie per la psicopatologia adolescenziale e familiare nell'anoressia nervosa. *Frammenti. Rivista di psichiatria*, n. 1, Azienda USL di Ravenna, 1995.
- Cuzzolaro M. Disturbi del comportamento alimentare in adolescenza. In: Pissacroia M. (a cura di). *Trattato di psicopatologia dell'adolescenza*. Piccin, Padova, 1997, pp. 287-311.
- Dare C., Crowther C. Living dangerously: Psychoanalytic Psychotherapy of Anorexia Nervosa. In Treasure J., Schmidt U., Van Furth E. *Handbook of Eating Disorders: Theory, Treatment and Research*. John Wiley & Son Ltd, 1995.
- Di Nicola V.F., Roberts N., Oke L. Eating and mood disorders in young children. *Psychiatric Clinic of North America*, 12: 873-893, 1989.
- Di Pentina L., Montecchi F. La bulimia nervosa adolescenziale ad esordio precoce. *Riv It Ped*, 27: 237-224, 2001.
- Dixon K., Kiecolt-Glaser J. Group therapy for bulimia. *Hillside J Clin Psychiatry*, 6: 156-170, 1984.
- Doland B., Evans C., Lacey J.H. Family composition and social class in bulimia. *J Nerv Ment Dis*, 177: 267-272, 1989.

- Doland B., Evans C., Lacey J.H. Family features associated with normal body weight bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 9: 639-647, 1990.
- Eisler I., Dare C., Russel G.F.M. *et al.* Family and individual therapy in anorexia nervosa. A 5-year follow up. *Archives of General Psychiatry*, 54: 1025-1030, 1997.
- Erikson E. *Cicli di vita: continuità e cambiamento*. Armando, Roma, 1992.
- Fairburn C.G. A cognitive behavioral approach to the management of bulimia. *Psychological Medicine*, 11: 707-711, 1981.
- Fairburn C.G., Jones, R. Peveler R.C., Hope R.A., O'Connor M. Psychotherapy and bulimia nervosa: Long-term effects of interpersonal psychotherapy, behaviour therapy, and cognitive behaviour therapy. *Archives of General Psychiatry*, 50: 419-428, 1993a.
- Fairburn C.G., Marcus M.D., Wilson, G.T. Cognitive-behavioral therapy for binge eating and bulimia nervosa: A comprehensive treatment manual. In: Fairburn C.G., Wilson G.T. *Binge eating: Nature, assessment, and treatment*. Guilford Press, New York, 1993b, pp. 361-404.
- Fairburn C.G., Norman, P.A., Welch, S.L., O'Connor, M.E., Doll H.A., Peveler R.C. A prospective study of outcome in bulimia nervosa and the long-term effects of three psychological treatments. *Archives of General Psychiatry*, 52 (4): 304-312, 1995.
- Fairburn C.G., Welch S.L. Childhood sexual and physical abuse as risk factors for the development of bulimia nervosa: a community-based case control study. *Child Abuse and Neglect*, 20 (7): 633-642, 1996.
- Fairburn C.G., Wilson G.T. (eds.) *Binge eating: Nature, assessment, and treatment*. Guilford Press, New York, 1993a.
- Fairburn C.G., Wilson G.T. Binge eating: definition and classification. In: Fairburn C.G., Wilson G.T. *Binge eating: Nature, assessment, and treatment*. Guilford Press, New York, 1993b, pp. 3-14.
- Fava M., Guaraldi G.P. *Bulimia nervosa*. Patron, Bologna, 1990.
- Feliciotti P. L'invenzione dell'anoressia mentale. In: Withey Gull W., Lasegue E.C. *La scoperta dell'anoressia*. Bruno Mondadori, Milano, 1998, pp. 1-47.
- Fettes P.A., Peters J.M. A meta-analysis of group treatment for bulimia nervosa. *Internat. J Eat Disord*, 11: 97-110, 1992.
- Fosson A., Knibbs J., Bryant-Waugh R., Lask B. Early onset anorexia nervosa. *Archives of Disease in Childhood*, 621: 114-118, 1987.
- Frank E., Frank N., Cornes C., Imber S.D., Miller M.D. Interpersonal psychotherapy in the treatment of late-life depression. In: Klerman G.L., Weissman M.M., *New applications of interpersonal psychotherapy*. American Psychiatric Press, Washington, DC, 1993, pp. 167-198.
- Freud S. Dalla storia di una nevrosi infantile (Caso clinico dell'uomo dei lupi). In: Freud S. *OSF*, vol. 7, 1914
- Freud S. Tre saggi sulla teoria sessuale. In: Freud S. *OSF*, vol. 4, 1905.

- Freud S. Un caso di guarigione ipnotica. In: Freud S. *Ipnatismo e suggestione*, OSF, vol. 1, 1892.
- Gambarara M., Castro M., Papadatou B. *et al.* Il trattamento nutrizionale nell'anoressia mentale. *Prospettive in pediatria*, 26: 75-79, 1996.
- Garfinkel P.E., Garner D.M. *Anorexia nervosa: A multidimensional perspective*. Brunner, New York, 1982.
- Garner D.M. *Eating disorder inventory*. 2nd ed. Psychological Assessment Resources. O.S. Ed., Firenze, 1995.
- Garner D.M., Garfinkel P.E. (eds.). *Handbook of treatment for eating disorders*. Guilford Press, New York - London, 1997.
- Garner D.M., Garfinkel P.E., O'Shaughnessy M. The validity of the distinction between bulimia with and without anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 142: 581-587, 1985.
- Garner D.M., Rockert W., Garner M.V., Davis R., Olmsted M.P. A comparison between cognitive-behavioral and supportive-expression therapy for bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 150: 37-46, 1993.
- Gatti B. L'anoressia mentale. In: Semi A. (a cura di) *Trattato di psicoanalisi*. Cortina Editore, Milano, 1989.
- Giacometti K. La relazione nel processo decisionale del terapeuta familiare. In: Malagoli Togliatti M., Telfener U. *Dall'individuo al sistema*. Bollati Boringhieri, Torino, 1991.
- Gordon K., Ahmed W. A comparison of two group therapies for bulimia. *Br Review of Bulimia and Anorexia*, 3: 17-31, 1988.
- Gordon R.A. *Anoressia e bulimia*. Cortina Editore, Milano, 1991.
- Gray J.J., Hoage C.M. Bulimia nervosa: group behaviour therapy with exposure plus response prevention. *Psychol Reports*, 66: 667-674, 1990.
- Guaraldi G.P., Boselli P., Orlandi E., Moncigoli B. Disturbi della condotta alimentare e immagine corporea: primi risultati di una ricerca su 275 soggetti femminili di una scuola media superiore di Modena. *Rivista Sperimentale di Psichiatria*, CXX (3): 421-433, 1966.
- Guaraldi G.P., Orlandi E., Boselli P., Fagiolini A. Early onset of eating disorder: A review. *Italian Journal of Psychiatry and Behavioural Sciences*, 6 (3): 79-82, 1996.
- Guaraldi G.P., Orlandi E., Boselli P., O'Donnell K. Body image assessed by a video distortion technique: the relationship between the ideal and perceived body image and body dissatisfaction. *European Eating Disorders Review*, 7 (2): 121, 1999.
- Guaraldi G.P., Orlandi E., Boselli P., Tartoni P.L. Body size perception and dissatisfaction in female subjects of different ages. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 64: 149-155, 1995.
- Guaraldi G.P., Orlandi E., Venuta M. Disturbi dell'alimentazione in età evolutiva. In: Cassano G.B. *et al.* (eds.). *Trattato italiano di psichiatria*, Masson, Milano, 1999, pp. 2819-2835.

- Guaraldi G.P., Venuta M., Orlandi E. L'immagine del corpo in psichiatria: inquadramento teorico, alterazioni psicopatologiche e metodiche di indagine. *Quaderni Italiani di Psichiatria*, VII (4): 237-269, 1988.
- Gurman A., Kniskern D. *Manuale di terapia della famiglia*. Bollati Boringhieri, Torino, 1995.
- Harper-Giuffrè H., Mackenzie K.R. *Group psychotherapy for eating disorder*. American Psychiatric Press, Washington DC, 1992.
- Hartmann A., Herzog T., Drinckmann D. Psychotherapy of bulimia nervosa: What is effective? A meta-analysis. *J Psychosom Res*, 36: 159-167, 1992.
- Herzog D. Psychodynamic Psychotherapy for Anorexia Nervosa. In: Brownell K.D., Fairburn C.G. (eds.), *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook*. The Guilford Press, New York, 1995.
- Herzog D.B., Nawrara K.L., Warshaw M. Body image dissatisfaction in homosexual and heterosexual males. *J New Ment Dis*, 179: 356-359, 1991.
- Higgs J., Goodyer I., Birch J. Anorexia nervosa and food avoidance emotional disorder. *Archives of Disease in Childhood*, 64: 346-351, 1989.
- Higuchi S., Suzuki K. *Alcoholics with eating disorders*. Kurihama National Hospital, 162: 403-406, 1993.
- Hill A.J., Pallin V. Dieting awareness and low self-worth: related issue in 8 year old girls. *International Journal of Eating Disorders*, 24: 405-413, 1998.
- Hoek H.W. The incidence and prevalence of anorexia nervosa and bulimia nervosa in primary care. *Psychological Medicine*, 2: 455-460, 1991.
- Holland A.J., Sicotte N., Treasure J. Anorexia nervosa: evidence for a genetic basis. *J Psychosom Res*, 32: 561-571, 1988.
- Houn G.F. *Toward the prevention of eating disorders*. Freud House Press, UK, 1987.
- Hudson J.I., Pope H.G., Jonas J.M. A family study of anorexia nervosa and bulimia. *Br J Psychiat*, 142: 133-138, 1983.
- Huon G.F. Towards the prevention of dieting-induced disorders: modifying negative food-and body-related attitudes. *International Journal of Eating Disorders*, 16 (4): 395-399, 1994.
- Irwin M. Diagnosis of anorexia nervosa in children and the validity of DS M III. *American Journal of Psychiatry*, 138: 1382-1383, 1981.
- Jones R., Peveler R.C., Hope R.A., Fairburn C.G. Change during treatment for bulimia nervosa: A comparison of three psychological treatments. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 479-485, 1993.
- Kelly C., Ricciardelli A.L., Clarke J.D. Problem eating attitudes and behaviors in young children. *International Journal of Eating Disorders*, 25: 281-286, 1999.
- Kestemberg E., Kestemberg J., Decobert S. *La faim et le corps: Une étude psychanalytique de l'anorexie mentale*. Presses Universitaires de France, 1972.

- Kettlewell P.W., Mises J.S, Wasylyshyn N.A. A cognitive-behavioural group treatment of bulimia. *Behav Therapy*, 23: 657-670, 1992.
- Keys A., Brozek J., Hanschel A., Mickelsen O., Longstreet Taylor H. *The biology of human starvation*. The University of Minnesota Press, Minneapolis, 1950.
- Killen J.D., Taylor C.B., Hammer L.D., Litt I., Wilson D.M., Rich T., Hayvard C., Simmonds B., Kraemer H., Varady A. An attempt to modify un-healthy eating attitudes and weight regulation practices of young adolescent girls. *International Journal of Eating Disorders*, 24: 351-362, 1993.
- Klein M. Contributo alla psicogenesi degli stati maniaco-depressivi. *Scritti 1921-1928*. Boringhieri, Torino, 1935.
- Klerman G.L., Weissman M.M. *New applications of interpersonal psychotherapy*. American Psychiatric Press, Washington, DC, 1993.
- Klerman G.L., Weissman M.M., Rounsaville B.J., Chevron E.S. *Interpersonal psychotherapy of depression*. Basic Books, New York, 1984.
- Krahn D.D. *The relationship of eating disorders and substance abuse*. Ed. Medical Center, University of Michigan, 1991.
- Kreipe R.E., Birndorf S.A. (2000). Eating disorders in adolescents and young adults. *Med Clin N Am*, 84: 1027-1049.
- Lacey J.H. Bulimia nervosa, binge eating, and psychogenic vomiting: a controlled treatment study and long term outcome. *Br Med J*, 286: 1609-1613, 1983.
- Lacey J.H., Evans C.D.H. The impulsivist: A multi-impulsive personality disorder. *British Journal of Addiction*, 81: 641-649, 1986.
- Lacey J.H., Phil M. The bulimic syndrome at normal body weight: reflections on pathogenesis and clinical features. *Intern J Eat Disord*, 2: 59-66, 1982.
- Lask B., Britten C., Kroll L., Lamagna J., Tranter M. Pervasive refusal in children. *Archives of disease in childhood*, 66: 866-869, 1991.
- Lask B., Bryant-Waugh R. (eds.). *Childhood onset anorexia nervosa and related eating disorders*. Lawrence Erlbaum, Hove, 1994.
- Lask B., Bryant-Waugh R. (eds.). *Anorexia nervosa and related eating disorders in childhood and adolescence*. 2nd edition. Lawrence Erlbaum, Hove, 1999.
- Malan D. *Uno studio di psicoterapia breve*. Astrolabio, 1974.
- Maloney M., Mc Guire J., Daniels S. Reliability testing of children's version of the eating attitude test. *Journal of American Academy of Children and Adolescent Psychiatry*, 28: 541-543, 1988.
- Marcel D., Braconier A. *Psicopatologia dell'adolescenza*. Masson, Milano, 1991.
- Marciano A., Micheli M., Tortolani D. In: Montecchi F. *Anoressia mentale e della adolescenza*. FrancoAngeli, Milano, 1998.
- Marrazzi M.A., Luby E.D., Kinzie J. *et al*. Endogenous codeine and morphine in anorexia and bulimia nervosa. *Life Sci*, 60: 1741-1747, 1997.
- McDougall J. *Teatri del corpo*. Cortina Editore, Milano, 1990.

- Mckisac C., Waller G. Factors influencing outcome of group psychotherapy for bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 22: 1-13, 1997.
- Melchionda N. *L'obesità: Evoluzione della terapia. Management multidimensionale e breve e lungo termine*. Pendragon, Bologna, 1996.
- Miller K.J., Mizes J.S. *Comparative treatments for eating disorders*. Springer Series on comparative treatments for psychological disorders, 2000.
- Miller W.R., Rollnick S. *Motivational interviewing*. Guilford Press, New York, 1991.
- Ministero della sanità. *Relazione della commissione di studio per l'assistenza ai pazienti affetti da anoressia e bulimia*. Istituto poligrafico e Zecca dello Stato, Roma, 1996.
- Ministero della sanità. Commissione di studio per l'assistenza ai pazienti affetti da anoressia nervosa e bulimia nervosa. In: *Annali della sanità pubblica* (Nuova serie), III: 9-20, 1998.
- Mitchell J.E. A review of the controlled trials of psychotherapy for bulimia nervosa. *J Psychosom Res*, 35: 23-31, 1991.
- Mitchell J.E., Pyle R.L., Eckert E.D. A comparison study of antidepressants and structured intensive group psychotherapy in treatment of bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiat*, 47: 149-157, 1990.
- Mitchell J.E., Hoberman H.N., Peterson C.B. Research on the psychotherapy of bulimia nervosa: Half Empty or Half Full. *International Journal of Eating Disorders*, 20: 219-229, 1996.
- Montecchi F. *L'anoressia mentale dell'adolescenza*. FrancoAngeli, Milano, 1998.
- Natan T. *La follia degli altri*. Ponte alle Grazie Ed., Milano, 1990.
- Nicholls D., Chater R., Lask B. Children into DSM don't go: a comparison of classification systems for eating disorders in childhood and early adolescence. *International Journal of Eating Disorders*, 28: 317-324, 2000.
- O'Dea J.A., Abraham S. Improving the body image, eating attitudes, and behaviors of young male and female adolescents: a new educational approach that focuses on self-esteem. *International Journal of Eating Disorders*, 28 (1): 43-57, 2000.
- Orlandi E., Boselli P., Covezzi R., Bonaccorsi G., Guaraldi G.P. Reversal of bone marrow hypoplasia in anorexia nervosa: case report. *International Journal of Eating Disorders*, 27: 480-482, 2000.
- Pagsberg A.K., Wang A.R. Epidemiology of anorexia nervosa and bulimia diagnosed in according to ICD 10 Hillerod H. DK. *Acta Psy Scandinava*, 10: 259-265, 1994.
- Pearson J., Goldklang D., Striegel-Moore R.H. Prevention of Eating Disorders: Challenges and Opportunities. *International Journal of Eating Disorders*, 31 (3): 233-239, 2002.
- Pemberton A.R. Prevalence and correlates of bulimia nervosa in a racially diverse sample of ungraduated students in two Universities in Southeast Texas. *Am Journal of Epidem*, 144: 5, 1996.
- Piccolo F., Levi G. *Relazione al Congresso SIS-DCA*. Ancona, 2001.

- Pike K.M., Loeb K., Vitousek K. Cognitive-Behavioral Therapy for Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. In: Thompson J.K. *Body Image, Eating Disorders, and Obesity. An integrative guide for assessment and treatment.* American Psychological Association, 1996, pp. 253-302.
- Polacco Williams G. *Paesaggi interni e corpi estranei.* Mondadori, Milano, 1999.
- Probst M., Van Coppenolle H., Vandereycken W. Body experience in anorexia nervosa patients: an overview of therapeutic approaches. *Eating Disorders*, 3 (2): 145-157, 1995.
- Reiff D.W., Lampson Reiff K.K. *Eating Disorders. Nutrition Therapy in the Recovery Process.* Aspen Publication, Gaithersburg, Maryland, 1992.
- Reilly J.J., Dorosty A.R., Emmett P.M. Prevalence of overweight and obesity in British children: cohort study. *British Medical Journal*, 16, 319 (7216): 1039, 1999.
- Root M.P.P., Fallon P., Friedrich W.H. *Bulimia: A Systems Approach to Treatment.* W.W. Norton, New York, 1986.
- Rosen J.C. Body image disturbances in eating disorders. In: Cash T.F., Pruzinsky T. (eds.). *Body image: development deviance and change.* Guilford Press, New York, 1990.
- Russel G.F.M. Bulimia nervosa: An ominous variant of anorexia nervosa. *Psychol Med*, 9: 429-448, 1979.
- Russel G.F.M., Szmuckler C., Dare C. An evaluation of family therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiat*, 44: 1047-1056, 1987.
- Sahota P., Rudolf M.C., Dixey R., Hill A.J., Barth J.H., Cade J. Evaluation of implementation and effect of primary school based intervention to reduce risk factors for obesity. *British Medical Journal*, 3, 323 (7390): 1027, 2001.
- Sandler J., Dare C. The psychoanalytic concept of orality. *Journal of Psychosomatic Research*, 14: 211, 1970.
- Santonastaso P. *Manuale di psicoterapia.* Masson, Milano, 1993.
- Santonastaso P., Zanetti T., Ferrara S., Olivotto M.C., Magnavita N., Favaro A. A preventive intervention program in adolescent schoolgirls: a longitudinal study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 68 (1): 46-50, 1999.
- Schur E.A., Sanders M., Steiner H. Body Dissatisfaction and Dieting in Young Children. *International Journal of Eating Disorders*, 27 (1): 74-82, 2000.
- Selvini Palazzoli M. *L'anoressia mentale.* Feltrinelli, Milano, 1989.
- Smolak L., Levine M.P. Psychometric properties of the children's eating attitudes test. *International Journal of Eating Disorders*, 16 (3): 275-282, 1994.
- Smolak L., Levine M.P., Schermer F. A controlled evaluation of an elementary school primary prevention program for eating problems. *Journal of Psychosomatic Research*, 44 (3/4): 339-353, 1998.
- Smolak L., Levine M.P., Schermer F. Parental input and weight concerns among elementary school children. *International Journal of Eating Disorders*, 25 (3): 263-271, 1999.
- Sours J.A. The anorexia nervosa syndrome. *Int J PsychoAnal*, 55 (4): 567-579, 1974.

- Sperling M. A re-evaluation of classification, concept and treatment. In: Wilson C., Hogan C., Mintz I. (eds). *Fear of Being Fat: The treatment of anorexia nervosa and bulimia*. J Aronson, New York, 1983.
- Stashwick C. When you suspect an eating disorder. *Contemporary Pediatrics*, 13: 124-153, 1996.
- Steiner-Adair C., Sjostrom L., Franko D.L., Pai S., Tucker R., Becker A., Herzog D.B. Primary prevention of risk factors for eating disorders in adolescent girls: learning from practice. *International Journal of Eating Disorders*, 32 (4): 401-411, 2002.
- Steinhausen H.C. Annotation: outcome of anorexia nervosa in the younger patient. *Journal of Children Psychology and Psychiatry*, 38: 271-276, 1997.
- Stice E., Chase A., Stormer S., Appel A. A randomized trial of a dissonance-based. Eating disorder prevention program. *International Journal of Eating Disorders*, 29 (3): 247-262, 2001.
- Stice E., Ragan J. A preliminary controlled evaluation of an eating disturbance psychoeducational intervention for college students. *International Journal of Eating Disorders*, 31: 159-171, 2002.
- Stoving R.K., Hangaard J., Hagen C. Update on endocrine disturbances in anorexia nervosa. *J Pediatr Endocrinol Metab*, 14: 459-480, 2001.
- Strober M. Personality factors in anorexia nervosa. *Paediatrician*, 12 (2-3): 134-138, 1983-1985.
- Strober M., Lampert C., Morrel W. *et al.* A controlled family study of anorexia nervosa: evidence of familial aggregation and lack of shared transmission with affective disorders. *Int J Eat Disord*, 9: 253, 1990.
- Sugarman A., Kurash C. The body as a transitional object in bulimia. *Internat J Eating Dis*, 4: 54-66, 1981.
- Vandereycken W., Beumont P. *Treating eating disorders: ethical, legal and personal issues*. New York University Press, New York, 1998.
- Vandereycken W., Depreitere L., Probst M. Body oriented therapy for anorexia nervosa patients. *American Journal of Psychotherapy*, 41: 252-259, 1987.
- Vandereycken W., Kog E., Vanderlinden J. *The family approach to eating disorders*. PMA Publications, New York, 1989.
- Vanderlinden J., Norr W., Vandereycken W. *La bulimia nervosa: guida pratica al trattamento*. Casa Editrice Astrolabio, Ubaldini Editore, Roma, 1995.
- Vetrone G., Cuzzolaro M. La spinta a dimagrire in un gruppo di studentesse provenienti da classi sociali medio-basse. *Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza*, 63: 683-694, 1996.
- Vetrone G., Cuzzolaro M., Antonozzi I. Clinical and subthreshold eating disorders: case detection in adolescent schoolgirls. *Eating and Weight Disorders*, 2: 24-33, 1997.
- Ward A., Tilkler J., Treasure J., Russel G. Eating disorders: psyche or soma? *Int J Eat Disord*, 27: 279-287, 2002.

- Wilfley D.E., Douchis J.Z., Welch R.R. Interpersonal psychotherapy. In: Miller K.J., Mizes J.S. *Comparative treatments for eating disorders*. Springer series on comparative treatments for psychological disorders, 2000, pp. 128-159.
- Williamson D.A., Netemeyer S.B. Cognitive-Behavior Therapy. In: Miller K.J., Mizes J.S. *Comparative treatments for eating disorders*. Springer series on comparative treatments for psychological disorders, 2000, pp. 61-81.
- Wonderlich S.A., Wilsmack R.W., Wilsnack S.C., Harris T.R. Childhood sexual abuse and bulimic behaviour in a nationally representative sample. *American Journal of Public Health*, 86 (8 pt 1): 1082-1086, 1996.
- Yager J. E-mail as a therapeutic adjunct in the outpatient treatment of anorexia nervosa; illustrative case material and discussion of the issues. *Int J Eat Disord*, 29: 125-138, 2001.

COLLANA DOSSIER

a cura della Regione Emilia-Romagna

1. Centrale a carbone "Rete 2": valutazione dei rischi, Bologna, 1990. (*)
2. Igiene e medicina del lavoro: componente della assistenza sanitaria di base. Servizi di igiene e medicina del lavoro. (Traduzione di rapporti OMS), Bologna, 1990. (*)
3. Il rumore nella ceramica: prevenzione e bonifica, Bologna, 1990. (*)
4. Catalogo collettivo dei periodici per la prevenzione. I edizione - 1990, Bologna, 1990. (*)
5. Catalogo delle biblioteche SEDI - CID - CEDOC e Servizio documentazione e informazione dell'ISPESL, Bologna, 1990. (*)
6. Lavoratori immigrati e attività dei servizi di medicina preventiva e igiene del lavoro, Bologna, 1991. (*)
7. Radioattività naturale nelle abitazioni, Bologna, 1991. (*)
8. Educazione alimentare e tutela del consumatore "Seminario regionale Bologna 1-2 marzo 1990", Bologna, 1991. (*)
9. Guida alle banche dati per la prevenzione, Bologna, 1992.
10. Metodologia, strumenti e protocolli operativi del piano dipartimentale di prevenzione nel comparto rivestimenti superficiali e affini della provincia di Bologna, Bologna, 1992. (*)
11. I Coordinamenti dei Servizi per l'Educazione sanitaria (CSES): funzioni, risorse e problemi. Sintesi di un'indagine svolta nell'ambito dei programmi di ricerca sanitaria finalizzata (1989 - 1990), Bologna, 1992. (*)
12. Epi Info versione 5. Un programma di elaborazione testi, archiviazione dati e analisi statistica per praticare l'epidemiologia su personal computer. Programma (dischetto A). Manuale d'uso (dischetto B). Manuale introduttivo, Bologna, 1992. (*)
13. Catalogo collettivo dei periodici per la prevenzione in Emilia Romagna. 2a ed., Bologna, 1992. (*)
14. Amianto 1986-1993. Legislazione, rassegna bibliografica, studi italiani di mortalità, proposte operative, Bologna, 1993. (*)
15. Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1991, Bologna, 1993. (*)
16. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica delle USL dell'Emilia-Romagna, 1991, Bologna, 1993. (*)

(*) volumi disponibili presso l'Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna. Sono anche scaricabili dal sito <http://www.regione.emilia-romagna.it/agenziasan/colldoss/index.htm>

17. Metodi analitici per lo studio delle matrici alimentari, Bologna, 1993. (*)
18. Venti anni di cultura per la prevenzione, Bologna, 1994.
19. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna 1992, Bologna, 1994. (*)
20. Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1992, Bologna, 1994. (*)
21. Atlante regionale degli infortuni sul lavoro. 1986-1991. 2 volumi, Bologna, 1994. (*)
22. Atlante degli infortuni sul lavoro del distretto di Ravenna. 1989-1992, Ravenna, 1994. (*)
23. 5a Conferenza europea sui rischi professionali. Riccione, 7-9 ottobre 1994, Bologna, 1994.
24. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna 1993, Bologna, 1995. (*)
25. Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1993, Bologna, 1995. (*)
26. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna. Sintesi del triennio 1992-1994. Dati relativi al 1994, Bologna, 1996. (*)
27. Lavoro e salute. Atti della 5a Conferenza europea sui rischi professionali. Riccione, 7-9 ottobre 1994, Bologna, 1996. (*)
28. Gli scavi in sottterraneo. Analisi dei rischi e normativa in materia di sicurezza, Ravenna, 1996. (*)
29. La radioattività ambientale nel nuovo assetto istituzionale. Convegno Nazionale AIRP, Ravenna, 1997. (*)
30. Metodi microbiologici per lo studio delle matrici alimentari, Ravenna, 1997. (*)
31. Valutazione della qualità dello screening del carcinoma della cervice uterina; Ravenna, 1997. (*)
32. Valutazione della qualità dello screening mammografico del carcinoma della mammella, Ravenna, 1997. (*)
33. Processi comunicativi negli screening del tumore del collo dell'utero e della mammella (parte generale). Proposta di linee guida, Ravenna, 1997. (*)
34. EPI INFO versione 6. Ravenna, 1997. (*)
35. Come rispondere alle 100 domande più frequenti negli screening del tumore del collo dell'utero. Vademecum per gli operatori di front-office, Ravenna, 1998.
36. Come rispondere alle 100 domande più frequenti negli screening del tumore della mammella. Vademecum per gli operatori di front-office, Ravenna, 1998. (*)
37. Centri di Produzione Pasti. Guida per l'applicazione del sistema HACCP, Ravenna, 1998. (*)
38. La comunicazione e l'educazione per la prevenzione dell'AIDS, Ravenna, 1998. (*)
39. Rapporti tecnici della Task Force D.Lgs 626/94 - 1995-1997, Ravenna, 1998. (*)

40. Progetti di educazione alla salute nelle Aziende sanitarie dell'Emilia Romagna. Catalogo 1995 – 1997, Ravenna, 1999. (*)
41. Manuale di gestione e codifica delle cause di morte, Ravenna, 2000.
42. Rapporti tecnici della Task Force D.Lgs 626/94 – 1998-1999, Ravenna, 2000. (*)
43. Comparto ceramiche: profilo dei rischi e interventi di prevenzione, Ravenna, 2000. (*)
44. L'Osservatorio per le dermatiti professionali della provincia di Bologna, Ravenna, 2000. (*)
45. SIDRIA Studi Italiani sui Disturbi Respiratori nell'Infanzia e l'Ambiente, Ravenna, 2000. (*)
46. Neoplasie. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute, Ravenna, 2000. (*)
47. Salute mentale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute, Ravenna, 2001.
48. Infortuni e sicurezza sul lavoro. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute, Ravenna, 2001. (*)
49. Salute Donna. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute, Ravenna, 2000.
50. Primo report semestrale sull'attività di monitoraggio sull'applicazione del D.Lgs 626/94 in Emilia-Romagna, Ravenna, 2000. (*)
51. Alimentazione. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute, Ravenna, 2001. (*)
52. Dipendenze patologiche. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute, Ravenna, 2001. (*)
53. Anziani. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute, Ravenna, 2001. (*)
54. La comunicazione con i cittadini per la salute. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute, Ravenna, 2001. (*)
55. Infezioni ospedaliere. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute, Ravenna, 2001. (*)
56. La promozione della salute nell'infanzia e nell'età evolutiva. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute, Ravenna, 2001.
57. Esclusione sociale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute, Ravenna, 2001.
58. Incidenti stradali. Proposta di Patto per la sicurezza stradale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute, Ravenna, 2001.
59. Malattie respiratorie. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute, Ravenna, 2001. (*)

60. AGREE. Uno strumento per la valutazione della qualità delle linee guida cliniche, Bologna, 2002.
61. Prevalenza delle lesioni da decubito. Uno studio della Regione Emilia-Romagna, Bologna, 2002.
62. Assistenza ai pazienti con tubercolosi polmonare nati all'estero. Risultati di uno studio caso-controllo in Emilia-Romagna, Bologna, 2002. (*)
63. Infezioni ospedaliere in ambito chirurgico. Studio multicentrico nelle strutture sanitarie dell'Emilia-Romagna, Bologna, 2002. (*)
64. Indicazioni per l'uso appropriato della chirurgia della cataratta, Bologna, 2002. (*)
65. Percezione della qualità e del risultato delle cure. Riflessione sugli approcci, i metodi e gli strumenti, Bologna, 2002. (*)
66. Le Carte di controllo. Strumenti per il governo clinico, Bologna, 2002.
67. Catalogo dei periodici. Archivio storico 1970-2001, Bologna, 2002.
68. Thesaurus per la prevenzione. 2a edizione. Bologna, 2002. (*)
69. Materiali documentari per l'educazione alla salute. Archivio storico 1970-2000. Bologna, 2002. (*)
70. I Servizi socio-assistenziali come area di policy. Note per la programmazione sociale regionale. Bologna, 2002. (*)
71. Farmaci antimicrobici in età pediatrica. Consumi in Emilia-Romagna. Bologna, 2002. (*)
72. Linee guida per la chemiopprofilassi antibiotica in chirurgia. Indagine conoscitiva in Emilia-Romagna. Bologna, 2002. (*)
73. Liste di attesa per la chirurgia della cataratta: elaborazione di uno score clinico di priorità. Bologna, 2002. (*)
74. Diagnostica per immagini. Linee guida per la richiesta. Bologna, 2002. (*)
75. FMEA-FMECA. Analisi dei modi di errore/guasto e dei loro effetti nelle organizzazioni sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 1. Bologna, 2002. (*)
76. Infezioni e lesioni da decubito nelle strutture di assistenza per anziani. Studio di prevalenza in tre Aziende USL dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2003. (*)
77. Linee guida per la gestione dei rifiuti prodotti nelle Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2003. (*)
78. Fattibilità di un sistema di sorveglianza dell'antibioticoresistenza basato sui laboratori. Indagine conoscitiva in Emilia-Romagna. Bologna, 2003. (*)
79. Valutazione dell'appropriatezza delle indicazioni cliniche di utilizzo di MOC ed eco-color-Doppler e impatto sui tempi di attesa. Bologna, 2003. (*)
80. Promozione dell'attività fisica e sportiva. Bologna, 2003. (*)
81. Indicazioni all'utilizzo della tomografia ad emissione di positroni (FDG - PET) in oncologia. Bologna, 2003. (*)

82. Applicazione del DLgs 626/94 in Emilia-Romagna. Report finale sull'attività di monitoraggio. Bologna, 2003. (*)
83. Organizzazione aziendale della sicurezza e prevenzione. Guida per l'autovalutazione. Bologna, 2003. (*)
84. I lavori di Francesca Repetto. Bologna, 2003. (*)
85. Servizi sanitari e cittadini: segnali e messaggi. Bologna, 2003. (*)
86. Il sistema di incident reporting nelle organizzazioni sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 2. Bologna, 2003. (*)
87. I Distretti nella Regione Emilia-Romagna. Bologna, 2003. (*)
88. Misurare la qualità: il questionario. Sussidi per l'autovalutazione e l'accreditamento. Bologna, 2003. (*)
89. Promozione della salute per i disturbi del comportamento alimentare. Bologna, 2004. (*)
90. La gestione del paziente con tubercolosi: il punto di vista dei professionisti. Bologna, 2004. (*)

