
**L'equipe di trattamento, i luoghi di cura
e i percorsi assistenziali specialistici nei
disturbi dell'alimentazione**

Dr. Riccardo Dalle Grave

Argomenti

- L'equipe di trattamento
- I luoghi di cura e i percorsi assistenziali
- Conclusioni e raccomandazioni

1. L'equipe di trattamento

- Psichiatra
- Psicologo
- Internista
- Endocrinologo
- Dietista
- Nutrizionista clinico
- Infermiere professionale

Uso di terapeuti multipli

Approccio tradizionale

La maggior parte dei trattamenti multidisciplinari adottato un **approccio eclettico** non guidato da una teoria

- Psicologo può aderire a una teoria psicoanalitica
- Dietista può adottare alcune procedure e strategie comportamentali
- Medico può seguire un modello biomedico prescrittivo

In altre parole, ogni membro dell'equipe segue la sua teoria e pratica terapeutica cercando di raggiungere gli obiettivi relati al suo ruolo professionale

Approccio interdisciplinare

Vantaggi

- La presenza di clinici con competenze multiple può facilitare la gestione di pazienti complessi

Svantaggi

- Nessun terapeuta osserva e apprezza l'intero quadro clinico
- Comunicazione di informazioni contraddittorie ai pazienti
- Può stimolare alcuni terapeuti ad adottare il ruolo di altri membri dell'équipe per affrontare le difficoltà che incontrano nel trattamento dei pazienti
- Aumenta il rischio di conflitti tra i membri dell'équipe
- Rende difficile produrre dei miglioramenti nel trattamento
- È difficile replicare e disseminare il trattamento ad altre unità

Raccomandazioni

Quaderni del Ministero della Salute

- L'intera équipe dovrebbe ricevere una formazione sul modello di trattamento praticato
- I terapeuti, pur mantenendo i loro ruoli professionali specifici, dovrebbero condividere la stessa filosofia e utilizzare un linguaggio comune con i pazienti
- È fondamentale pianificare incontri periodici di revisione tra i membri dell'équipe per discutere i vari elementi del trattamento e la loro relazione reciproca

L'approccio multidisciplinare di Villa Garda

Approccio non eclettico

- Tutti i terapeuti hanno ricevuto una formazione nella teoria e nella terapia cognitivo comportamentale (approccio non eclettico)
- Tutti i terapeuti condividono la medesima filosofia di trattamento
- La fedeltà al trattamento è costantemente monitorata
 - Incontro di revisione settimanale
 - Incontro settimanale del team
 - Supervisione tra pari

Approccio multidisciplinare non eclettico

Vantaggi

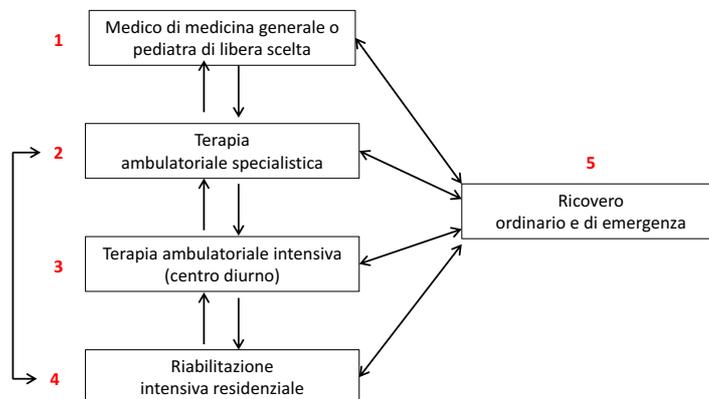
- Permette di trattare casi gravi
- Permette di implementare livelli intensivi di cura
- Aiuta a mantenere la fedeltà alla teoria anche in un setting ospedaliero
- Riduce le dispute tra i membri dell'equipe
- Fornisce un approccio coerente e non contraddittorio ai pazienti
- Facilita la valutazione dell'efficacia del trattamento

2. I luoghi di cura e i percorsi assistenziali

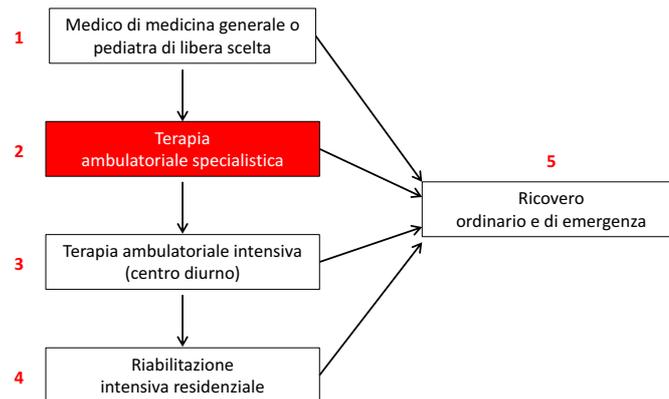
- Il luogo ideale per il trattamento dei disturbi dell'alimentazione è il **contesto ambulatoriale**
 - Non interrompe la vita del paziente
 - I cambiamenti effettuati tendono a persistere perché conseguiti dal paziente nel suo ambiente abituale di vita
- Circa il 30% dei pazienti non risponde al trattamento ambulatoriale e ha bisogno di cure più intensive.

2. Livelli di assistenza dei disturbi dell'alimentazione in Italia

I cinque livelli di intervento



I livelli d'intervento



Terapia ambulatoriale specialistica

Luogo ideale per applicare le terapie basate sull'evidenza

- **Terapia cognitivo comportamentale migliorata (CBT-E)**: per tutte le categorie diagnostiche
- **Terapia basata sulla famiglia (FBT)**: per gli adolescenti con anoressia nervosa
- **Terapia interpersonale (IPT)**: per la bulimia nervosa e il BED
- Può includere
 - Interventi motivazionali
 - Gestione psicofarmacologica
 - Psicoeducazione
 - Riabilitazione nutrizionale
 - Gestione internistica
 - Supporto e psicoeducazione dei familiari

Terapia cognitivo comportamentale migliorata (CBT-E) adattata per i pazienti adolescenti dal gruppo di Villa Garda

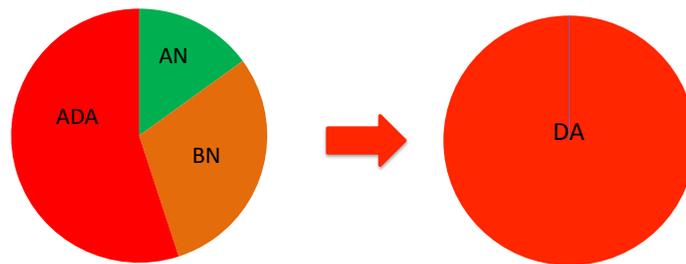
CBT-EA

Lecture

- Dalle Grave R, Cooper Z. *Enhanced Cognitive Behavior Treatment Adapted for Younger Patients*. In: Wade T, editor. *Encyclopedia of Feeding and Eating Disorders*. Singapore: Springer Singapore; 2016. p. 1-8.
- Fairburn CG, Cooper Z, Dalle Grave R. *Cognitive Behavioral Therapy for Adolescents with Eating Disorder*. New York: Guilford Press, in press.
- Dalle Grave R, Calugi S, Sartirana M. *Terapia cognitivo comportamentale per i disturbi dell'alimentazione negli adolescenti*. Verona: Positive Press, in press

La prospettiva transdiagnostica

I disturbi dell'alimentazione condividono una psicopatologia evolvente



CBT-EA

La CBT-EA non adotta MAI procedure “coercitive” e “prescrittive”

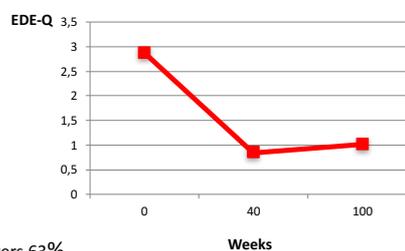
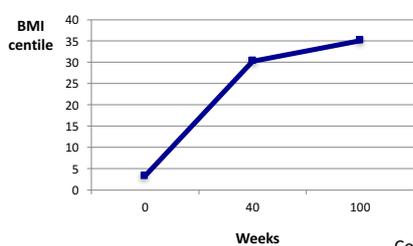
- Al paziente di fare delle cose che non è d'accordo di eseguire, perché questo non fa altro che aumentare la sua resistenza al cambiamento.
- La strategia chiave consiste nel creare in modo collaborativo con il paziente la “formulazione personalizzata” dei principali processi di mantenimento della sua psicopatologia
- Il paziente è educato sui processi riportati nella formulazione ed è coinvolto attivamente nella decisione di affrontarli.
- Se il paziente non raggiunge la conclusione che ha un problema da affrontare il trattamento non inizia o viene interrotto, ma questo accade raramente.
- In seguito si pianificano con il paziente le procedure per affrontarlo, chiedendogli di applicarle con il massimo impegno.
- Infine si rivedere assieme l'esito delle procedure che ha usato.

Anorexia Nervosa Verona Study

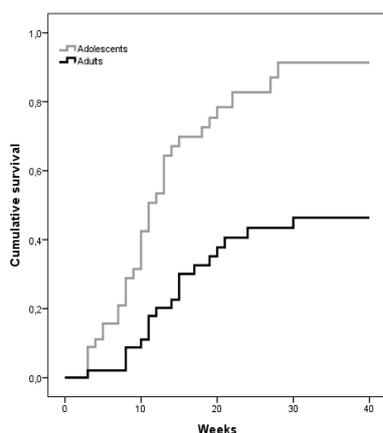
(Dalle Grave R, Calugi S, Doll HA, Fairburn CG, BRAT 2013)

Disegno

- 46 pazienti (13-17 anni) con AN
- 40 sedute CBT-E + 1 seduta solo con genitori e 8 sedute di 15 minuti con genitori e pazienti
- Nessun trattamento concomitante



CBT-E per adolescenti e adulti con anoressia nervosa



Una percentuale significativamente superiore di adolescenti ha raggiunto l'obiettivo di IMC rispetto agli adulti (65,3% vs. 36,5%; $P=0,003$).

Il tempo richiesto dagli adolescenti per normalizzare il peso è stato di circa 15 settimane inferiore rispetto agli adulti (media 14,8 settimane vs. 28,3 settimane, $\log\text{-rank}=21,5$, $P<0,001$).

Calugi S, Dalle Grave R, Sartirana M, Fairburn CG, J Eat Disord 2015

Not Underweight Verona Study

(Dalle Grave R, Calugi S, Sartirana M, Fairburn CG, BRAT 2015)

Disegno

- 68 pazienti (13-19 anni) con BN o EDNOS
- IMC centile corrispondente a un IMC dell'adulto $\geq 18,5$
- 20 sedute CBT-E + 1 seduta di 60 minuti solo con genitori e 4 sedute di 15 minuti con genitori e pazienti
- Nessun trattamento concomitante

Risultati

- Il 75% (51/68) ha completato il trattamento
- Alla fine del trattamento all'analisi Intent to treat il 67.6% (82,4% nei completers) aveva una psicopatologia del DA minima (punteggio EDE-Q meno di 1 DS al di sopra della media comunitaria, cioè <2.77).

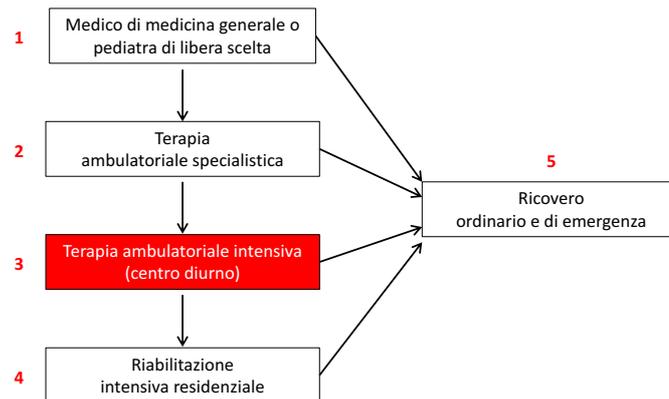
Psychological treatment for eating disorders

(NICE guideline May 2017 – NG69)

| | Bulimia Nervosa | Binge Eating Disorder | Anorexia Nervosa | OSFED |
|-------------|----------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| Adulti | GSH Se inefficace CBT-ED | GSH Se inefficace CBT-ED | CBT-E o "Mantra" o SSCM Se inefficace FPT | Tattamento del disturbo dell'alimentazione che più gli assomiglia |
| Adolescenti | FT-BN Se inefficace CBT-ED | GSH Se inefficace CBT-ED | FT-AN Se inefficace CBT-ED o ANFT | Tattamento del disturbo dell'alimentazione che più gli assomiglia |

AFP-AN = Adolescent- Focused Psychotherapy for Anorexia Nervosa; CBT-ED = Cognitive Behaviour Therapy for Eating Disorders; GSH = Guided Self-Help; FPT= Focal psychodynamic therapy; MANTRA = Maudsley Anorexia Nervosa Treatment for Adults; OSFED = other specied feeding and eating disorders; SSCN = Specialist Supportive Clinical Management

I livelli d'intervento



Terapia ambulatoriale intensiva

Indicazioni

- Difficoltà a modificare le abitudini alimentari con la terapia ambulatoriale standard

Controindicazioni

- Condizioni di rischio fisico moderato-grave
- Uso improprio continuativo di sostanze
- Depressione maggiore con rischio suicidario
- Psicosi acuta

Terapia ambulatoriale intensiva

Centro specializzato per il trattamento dei DA

- Ambulatorio standard medico e psicologico
- Cucina (con microonde, frigo e frizer, lavello e lavapiatti)
- Tavolo per l'alimentazione assistita
- Stanza con TV, internet e tavoli per lo studio

Terapia ambulatoriale intensiva (cont.)

Obiettivi

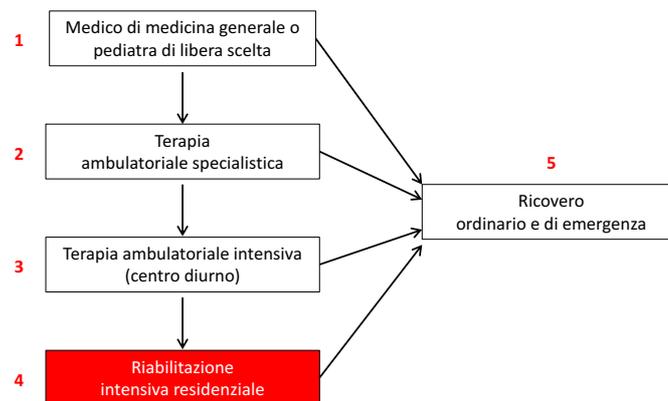
- Affrontare gli ostacoli al trattamento ambulatoriale standard
 - Incapacità di affrontare il recupero del peso
 - Incapacità di ridurre la frequenza degli episodi bulimici, del vomito autoindotto e dell'esercizio fisico eccessivo
- Una volta affrontati con successo questi ostacoli, il trattamento continua con la terapia ambulatoriale standard.

Treatment outcome in 13 consecutive underweight eating disorder patient completing intensive outpatient CBT-E

| | Pre-treatment | Post-treatment | Six-month follow-up |
|-------------------------------|---------------|------------------------|---------------------|
| BMI (kg/m²) | 14.6 ± 1.5 | 18.2 ± 1.0 | 18.1 ± 1.0 |
| EDE | | | |
| Restraint | 4.0 ± 1.7 | 1.0 ± 1.2 | 2.3 ± 2.1 |
| Eating Concern | 3.8 ± 1.0 | 1.2 ± 1.1 | 2.0 ± 1.5 |
| Weight Concern | 4.4 ± 1.4 | 1.9 ± 1.7 | 2.3 ± 1.9 |
| Shape Concern | 4.6 ± 1.5 | 3.1 ± 2.2 | 3.3 ± 2.2 |
| Global Score | 4.2 ± 1.3 | 1.8 ± 1.4 | 2.4 ± 1.9 |
| SCL-GSI | 1.8 ± 0.8 | 0.9 ± 0.7 ^a | 0.9 ± 0.8 |

Dalle Grave, R., Pasqualoni, E, Calugi, S. Intensive outpatient cognitive behaviour therapy for eating disorder. *Psychological Topics* 2008; (17), 2: 313-327

I livelli d'intervento



Riabilitazione intensiva residenziale

Indicazioni (Regione Veneto DGR 94, 31-12-2012)

- Mancata risposta a un trattamento ambulatoriale ben condotto
- Rischio fisico che rende inappropriato il trattamento ambulatoriale
- Rischio psichiatrico che rende inappropriato il trattamento ambulatoriale
- Difficoltà psicosociali che rendono inappropriato il trattamento ambulatoriale

Riabilitazione intensiva residenziale

Procedure

- Valutazione diagnostica multidimensionale
 - Stato fisico
 - Natura e della gravità del disturbo dell'alimentazione
- Progetto riabilitativo individuale
 - Situazione attuale, outcome globale, funzionale, specifici
- Aree d'intervento
 - Psicoterapia individuale e di gruppo
 - Riabilitazione nutrizionale (pasti assistiti)
 - Riabilitazione fisica
 - Gestione delle complicanze mediche e psichiatriche
 - Per gli adolescenti (incontri con la famiglia, scuola nell'ospedale)

Riabilitazione intensiva residenziale

Post-ricovero

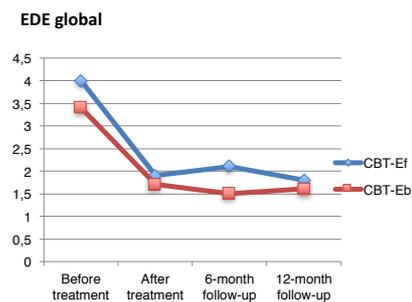
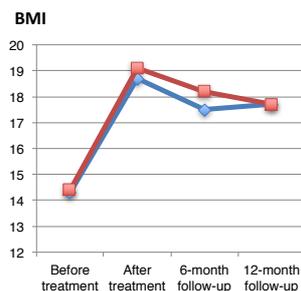
- Affrontare i problemi residui
- Prevenire la ricaduta (maggior problema del trattamento di riabilitazione intensiva ospedaliera)



Programmare in modo accurato il passaggio al centro ambulatoriale di riferimento

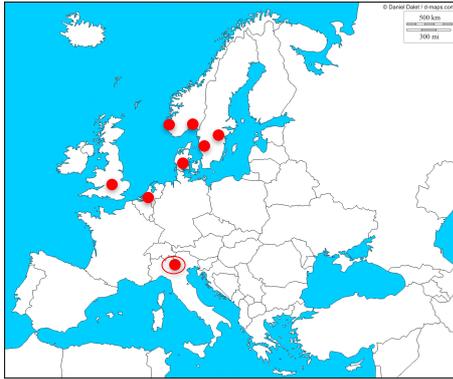
Mean BMI and eating disorder psychopathology (global EDE-Q) over 20 weeks of Villa Garda inpatient treatment and 12-month of follow-up

Dalle Grave R, Calugi S, Conti M, Doll HA, Fairburn CG. Inpatient cognitive behaviour therapy for anorexia nervosa: A randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics* 2013; 82: 390-398.

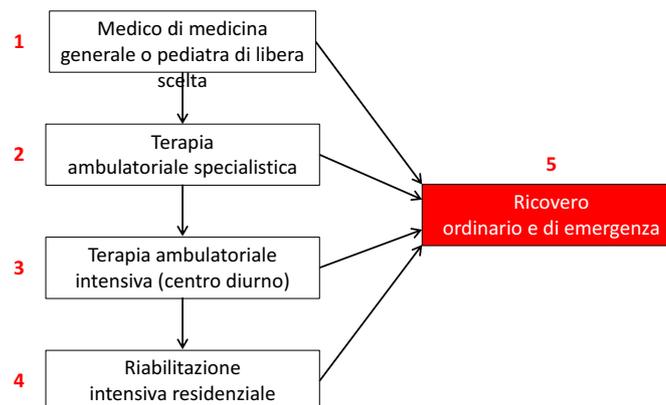


- Il 90% dei pazienti ha completato il trattamento e più dell'85% ha raggiunto un peso normale.
- Dopo la dimissione si è verificata una moderata perdita di peso solo nei primi 6 mesi ed è stata limitata solo ai pazienti adulti.
- L'83% degli adolescenti aveva un peso normale dopo 12 mesi dalla dimissione.

Servizi clinici basati sulla CBT-E ospedaliera in Europa e in USA che ricevono la supervisione da Villa Garda



I livelli d'intervento



Ricovero ordinario e di emergenza

Ricovero in reparti internistici

- Per gestire le forme più gravi di malnutrizione per difetto e/o la presenza di gravi complicanze fisiche

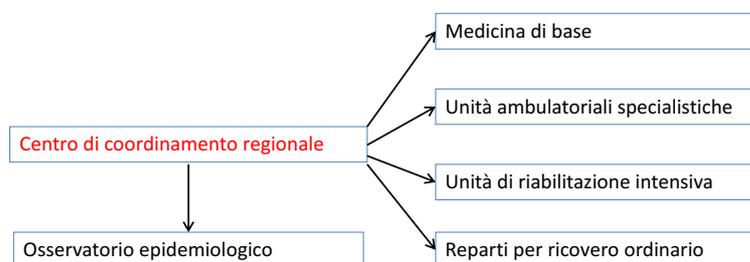
Ricovero in un servizio psichiatrico di diagnosi e cura (SPDC)

- Per gestire gravi comorbidità psichiatriche: scompenso psicotico, eccitamento maniaco, grave depressione, suicidalità.

Il personale deve sviluppare una specifica competenza nella gestione dei pazienti, con una particolare attenzione alla chiarezza della comunicazione e alla definizione delle regole di comportamento

Implementazione di una rete di centri di riferimento

I servizi specifici per la cura dei disturbi dell'alimentazione sono pochi e non sono presenti in tutte le aziende sanitarie



3. Conclusioni e raccomandazioni

- Luoghi di cura e percorsi assistenziali
- La natura complessa dei disturbi dell'alimentazione mette in luce
 - I limiti dell'organizzazione rigida dell'assistenza
 - Le difficoltà legate all'organizzazione delle équipes assistenziali
 - L'urgenza di promuovere specifici programmi di formazione per disseminare le psicoterapie basate sull'evidenza
 - La carente organizzazione di una rete di centri di riferimento



È auspicabile che queste difficoltà siano superate in sede di programmazione sanitaria, al fine di consentire un'efficace presa in carico interdisciplinare e multidimensionale dei pazienti