



Regione dell'Umbria
Direzione Regionale Sanità
e Servizi Sociali

n. 2

Maggio/ 2001

LINEE GUIDA

I QUADERNI



Leighton, *Flaming June*

Disordini del comportamento alimentare



Regione dell'Umbria
Direzione Regionale Sanità
e Servizi Sociali

n. 2

Maggio/ 2001

LINEE GUIDA REGIONALI

Disordini del comportamento alimentare

Gruppo di lavoro

- . *Giampaolo Bottaccioli* - Psichiatra - ASL 2
- . *Flavio Brunetti* - Medico di medicina generale - ASL 4
- . *Paolo Brunetti* - Medico internista - Azienda Ospedaliera Perugia
- . *Fabrizio Ciappi* - Psichiatra - ASL 1
- . *Laura Dalla Ragione* - Psichiatra - ASL 2
- . *Davide Lazzari* - Psicologo - Azienda Ospedaliera Terni
- . *Ilio Masci* - Psicologo - ASL 4
- . *Guido Monacelli* - Medico nutrizionista - ASL 1
- . *Lucio Patoia* - Medico internista, esperto in di metodologia ed epidemiologia clinica, Medicina Interna e Scienze Oncologiche - Azienda Ospedaliera Perugia
- . *Gabriele Perriello* - Medico internista - Azienda Ospedaliera Perugia
- . *Ennio Picchio* - Medico internista – nutrizionista - Azienda Ospedaliera Perugia
- . *Assunta Pierotti* - Psicologa - ASL 2
- . *Giuseppe Raponi* - Psichiatra - ASL 3
- . *Raffaele Ruocco* - Medico internista-nutrizionista - Azienda Ospedaliera Perugia

Conduttori del gruppo e responsabili della redazione

- . *Carlo Romagnoli* - Responsabile Servizio Assistenza Sanitaria Distrettuale ed Ospedaliera - Regione Umbria
- . *Laura Dalla Ragione* - Psichiatra - ASL 2
- . *Lucio Patoia* - Medico internista, esperto in di metodologia ed epidemiologia clinica, Medicina Interna e Scienze Oncologiche - Azienda ospedaliera Perugia
- . *Gabriele Perriello* - Medico internista - Azienda Ospedaliera Perugia
- . *Raffaele Ruocco* - Medico internista-nutrizionista - Azienda Ospedaliera Perugia



Indice

PRESENTAZIONE

| | |
|---------------------------------|---|
| Assessore alla Sanità | 7 |
|---------------------------------|---|

Parte I

| | | |
|----------|---|----------|
| 1 | L'IMPLEMENTAZIONE ED IL MONITORAGGIO DELL'APPLICAZIONE DELLE LINEE GUIDA | 9 |
| 1.1 | Bibliografia | 13 |

Parte II

| | | |
|--------------|--|-----------|
| 2 | LE LINEE GUIDA SUI DISORDINI DEL COMPORAMENTO ALIMENTARE | 15 |
| 2.1 | Sintesi dei contenuti | 17 |
| 2.2 | Versione estesa delle linee guida | 22 |
| 2.2.1 | METODOLOGIA DI COMPILAZIONE DELLE LINEE GUIDA | 22 |
| 2.2.1.1 | Introduzione | 22 |
| 2.2.1.2 | Metodologia di lavoro | 22 |
| 2.2.1.3 | Composizione del gruppo di lavoro | 23 |
| 2.2.1.4 | Metodo per la ricerca bibliografica | 23 |
| 2.2.1.5 | Criteri per la selezione delle pubblicazioni secondo il livello di validità e di evidenza scientifica | 24 |
| 2.2.1.6 | Avvertenze | 24 |



| | | |
|---------------|---|----|
| 2.2.3 | DEFINIZIONE E CLASSIFICAZIONE DEI DCA | 25 |
| 2.2.4 | EPIDEMIOLOGIA E QUADRO ASSISTENZIALE REGIONALE | 26 |
| 2.2.5 | PREVENZIONE E DIAGNOSI PRECOCE | 28 |
| 2.2.6 | MODELLO ORGANIZZATIVO DI RIFERIMENTO | 29 |
| 2.2.7 | VALUTAZIONE DIAGNOSTICA | 29 |
| 2.2.7.1 | Valutazione psicopatologica | 30 |
| 2.2.7.2 | Valutazione internistico–nutrizionale | 31 |
| 2.2.8 | IL PROGRAMMA TERAPEUTICO | 32 |
| 2.2.8.1 | I trattamenti psicoterapeutici | 35 |
| 2.2.8.2 | Gli interventi sulla famiglia | 37 |
| 2.2.8.3 | Il trattamento psicofarmacologico | 38 |
| 2.2.8.4 | Il trattamento nutrizionale | 40 |
| 2.2.8.5 | Il trattamento farmacologico ormonale e sintomatico | 42 |
| 2.2.9 | INDICATORI DI PROCESSO E DI ESITO | 42 |
| 2.2.10 | BIBLIOGRAFIA | 44 |
| 2.2.11 | ALLEGATI | 48 |



PRESENTAZIONE

Il riorientamento delle attività del Servizio Sanitario Regionale lungo un asse che allinei bisogni, domanda, offerta ed utilizzazione vede la programmazione sanitaria regionale impegnata sul terreno degli sviluppi applicativi dell'efficacia e dell'appropriatezza.

E' infatti dalla combinazione tra evidenze di efficacia e livello appropriato di erogazione che possono derivare le più rilevanti sollecitazioni al miglioramento dell'assistenza sanitaria nel rispetto dei vincoli finanziari.

Ciò comporta una continua "manutenzione" di competenze e capacità professionali in primo luogo attraverso l'utilizzazione degli strumenti disponibili:

- formazione in servizio;*
- aggiornamento professionale;*
- ricerca del consenso del nucleo operativo sulle più rilevanti aree di impegno professionale.*

La Giunta Regionale, nell'ambito del mandato previsto dal PSR 1999-2001, ha approvato, con DGR n. 1671 del 29/12/2000, una linea guida regionale sui Disordini del Comportamento Alimentare che entra ora nella fase, delicata e complessa, della diffusione tra gli ambienti professionali cui è rivolta.

Con la presente pubblicazione vogliamo attivare un percorso in cui, oltre a migliorare la conoscenza sui contenuti tecnici della specifica proposta, venga avviata una sperimentazione dei passaggi metodologici necessari per garantire il maggiore impatto possibile alla fase di diffusione, al fine di fornire ai professionisti stimoli per il miglioramento della loro pratica clinica ed ai cittadini maggiori garanzie di un approccio globale, efficace ed appropriato ai loro problemi di salute.

L'Assessore Regionale alla Sanità
Maurizio Rosi



Parte I

Capitolo 1

**L'IMPLEMENTAZIONE ED IL MONITORAGGIO
DELL'APPLICAZIONE DELLE LINEE GUIDA**



1 L'implementazione ed il monitoraggio dell'applicazione delle Linee Guida

I dati della letteratura indicano come l'adozione nella pratica clinica delle raccomandazioni contenute in linee guida clinico-organizzative, basate sui migliori risultati della ricerca scientifica, siano in grado di migliorare la qualità della pratica clinica e delle organizzazioni sanitarie ^(a), ponendo le condizioni per un impiego delle risorse ed una programmazione basata sui dati epidemiologici e sulle prove di efficacia. Peraltro, la sola disponibilità di linee guida (o più in generale di informazioni "evidence based") non garantisce che le raccomandazioni in esse contenute vengano messe in pratica; al contrario, gli studi volti ad indagare la pratica clinica (definiti anche studi di "Drug Utilization") documentano come molte situazioni cliniche siano caratterizzate da una dicotomia tra i migliori risultati della ricerca e la pratica prescrittiva. Infatti, l'adozione di una linea guida comporta spesso la modifica di comportamenti consolidati e questo risulta difficile poiché i comportamenti dei medici sono influenzati da fattori numerosi e di vario tipo ^(b). Quindi, al fine di modificare i comportamenti dei clinici, è necessario attivare delle iniziative favorevoli, procedendo secondo fasi successive ^(c). Schematicamente, i dati della ricerca sanitaria a tale proposito possono così essere sintetizzati ^(d):

1. prima della diffusione e della implementazione della linea guida è necessaria la valutazione della pratica clinica relativamente all'oggetto della linea guida, al fine di "fotografare i comportamenti" e di evidenziare le situazioni di maggiore inappropriata. Queste informazioni vengono fornite dagli studi di monitoraggio della pratica clinica (definiti anche studi di "Drug Utilization");
2. elaborazione di una linea guida clinico-organizzativa, cioè di uno strumento di sintesi delle migliori evidenze della ricerca, utili per assistere medici clinici, medici di organizzazione e di programmazione sanitaria (e, ci si auspica, in misura sempre maggiore, anche i pazienti e le loro associazioni) nel prendere decisioni specifiche;
3. identificazione dei fattori di ostacolo (culturale, abitudini/convinzioni personali, fattori di tipo organizzativo, culturale, economico, di tipo medico-legale) alla modifica della pratica clinica. Questa fase viene realizzata attraverso vari tipi di indagine, quali la presentazione e la discussione della linea guida con gli operatori che dovranno utilizzarla, l'analisi dei dati gestionali, le interviste a pazienti/utenti, la valutazione della situazione organizzativa ed economica;
4. scelta ed applicazione delle strategie di implementazione volte a favorire la applicazione pratica della linea guida, sulla base dei fattori di ostacolo precedentemente identificati e secondo quanto indicato dalla letteratura;
5. monitoraggio e verifica della pratica clinica per misurare, sulla base di indicatori definiti, i cambiamenti eventualmente ottenuti e, sulla base di tali valutazioni, realizzazione di programmi di mantenimento e/o rinforzo dei cambiamenti.

Si tratta evidentemente di uno sforzo consistente che richiede iniziativa, impiego di risorse e legittimazione.

Si tratta altresì di uno sforzo che, almeno a giudicare dai dati della ricerca sanitaria svolta in tale ambito in altri paesi, risulta assolutamente fruttuoso se condotto in maniera rigorosa e scientificamente fondata. In particolare, la fase di implementazione comporta, come detto, la scelta e l'applicazione di strategie volte a favorire il cambiamento dei comportamenti clinici. Tale scelta deve necessariamente fondarsi sulle evidenze prodotte dalla ricerca scientifica in questo campo. La letteratura a tale proposito è vasta e difficile da reperire, perché dispersa tra numerose riviste mediche, sia di tipo generale che specialistico, e scarsamente indicizzabile con parole chiave; inoltre, alcuni studi presentano problemi metodologici che riducono, in alcuni casi, l'attendibilità dei risultati ⁽⁶⁾. Per una trattazione più estesa, relativa all'efficacia di specifiche strategie di implementazione e dell'effetto su specifici comportamenti clinici, si rimanda ad una recente revisione sull'argomento ⁽⁷⁾. In questa sede si ritiene opportuno sintetizzare di seguito i risultati delle revisioni sistematiche e degli studi specifici condotti sull'argomento:

- non esiste la strategia di implementazione efficace in tutte le situazioni;
- le strategie composite (e cioè basate su più di un intervento) e quelle dirette verso i fattori di ostacolo al cambiamento presenti nella specifica situazione sono quelle con maggiori probabilità di risultare efficaci;
- la sola diffusione di materiale cartaceo è inefficace, anche se può essere utile nell'aumentare le conoscenze;
- L'uso di "educational outreach visit" (cioè la visita di un professionista a clinici nel loro ambiente di lavoro al fine di fornire informazioni utili al cambiamento) è una strategia dimostratasi efficace nel migliorare la prescrizione ma è stata valutata solo in studi condotti nel Nord America;
- i sistemi di richiamo informativo (o "reminders" secondo la terminologia anglosassone) sono risultati efficaci nel modificare vari tipi di comportamento ad eccezione di quelli in ambito diagnostico;
- gli interventi di monitoraggio e ritorno dell'informazione (*audit and feedback*) si sono dimostrati efficaci, anche se meno dei sistemi informativi, nell'indurre miglioramenti della pratica prescrittiva di test diagnostici e di farmaci; in genere si tratta di miglioramenti di entità modesta ed i risultati migliori si sono avuti quando tale intervento è stato indirizzato a medici che avevano scelto di automonitorarsi;
- l'uso di opinion leader locali (esperti cui vengono riconosciuti autorevolezza e prestigio) ha prodotto effetti misti (positivi in alcuni studi, negativi in altri);
- tranne rarissime eccezioni mancano studi italiani.

A tale scopo si segnala una delle poche iniziative italiane, realizzata in 33 centri oncologici italiani su un totale di 1956 pazienti con coordinamento a Perugia e volta a comparare differenti strategie di implementazione di linee guida sulla profilassi dell'emesi da chemioterapia ⁽⁸⁾.

Lo studio ha evidenziato come la combinazione della diffusione della linea guida e della "outreach visit" sia risultata più efficace della sola diffusione nel favorire l'applicazione nella pratica clinica delle raccomandazioni previste nella linea guida. Si tratta di un esempio che indica come tale tipo di ricerca sanitaria possa essere fattibile anche nella realtà italiana con risorse limitate (lo studio non era sponsorizzato e non era previsto alcun compenso per la compilazione delle schede raccolta dati) e sia in grado di fornire

informazioni utili per migliorare la pratica clinica e l'utilizzo delle risorse. E' auspicabile che, proprio in relazione alla consistente ricaduta che tali tipo di studi possono avere, anche nella nostra Regione vengano realizzate attività di implementazione e valutazione del grado di applicazione di linee guida, inclusa quella relativa alla diagnosi e trattamento dei disordini del comportamento alimentare.

1.1 Bibliografia

- (a) Effective Health Care. *Implementing clinical guidelines: can guidelines be used to improve clinical practice?* University of Leeds, 1994.
- (b) Effective Health Care ediz. Italiana, 1998; 2 (5).
- (c) Lomas J. Retailing research: *increasing the role of evidence in clinical services for child birth*. Milbank Q. 1993; 71: 439-475.
- (d) Liberati A., Apolone G., Nicolucci A., et al. *The role of attitudes, beliefs and personal characteristics of italian physicians in the surgical treatment of early breast cancer*. Am. J. Public Health 1990; 81 (1): 38-42.
- (e) Grilli R., Apolone G., Marsoni S., et al. *The impact of patient management guidelines on the care of breast, colorectal, and ovarian cancer patients in Italy*. Medical Care 1991; 29 (1): 50-63.
- (f) O'Connor G., Quinton H. B., Traven N.D., et al. *Geographic variation in the treatment of acute myocardial infarction*. The Cooperative Cardiovascular Project. JAMA 1999 ; 281 (7): 627-633.
- (g) Ferris G., Roderick P., Smithies A., et al. *An epidemiological needs assessment of carotid endarterectomy in an English health region. Is the need being met ?* BMJ 1998; 317: 447-451.
- (h) Cabana M.D., Rand C.S., Powe N.R., et al. *Why don't physicians follow clinical practice guidelines*. JAMA 1999; 282 (15): 1458-1465.
- (i) Effective Health Care (NHS Centre for Reviews and Dissemination). *Getting evidence into practice* 1999; 5 (1): 1-16.
- (j) L. Patoia *L'implementazione dei risultati della ricerca* in: E. Ballatori, V. De Angelis, L. Patoia, F. Roila *Appropriatezza ed efficacia in oncologia – il ruolo della farmacoepidemiologia*. pag 85-108. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, Giugno 2000.
- (k) Bero L.A., Grilli R., Grimshaw J.M., et al. *Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings* BMJ 1998; 317: 465-468.
- (l) De Angelis V., Roila F., Patoia L., et al. *Impact on Antiemetic Prescription of the Consensus Conference (CC) and of an Expert's visit to Oncological Centers*. Proceedings of American Society of Clinical Oncology Meeting (ASCO Meeting) 2000, Ab 2386.

Parte II

Capitolo 2

LE LINEE GUIDA SUI DISORDINI DEL COMPORAMENTO ALIMENTARE



2 Le Linee Guida sui Disordini del Comportamento Alimentare

2.1 Sintesi dei contenuti

Definizione e classificazione dei disordini del comportamento alimentare

La definizione e classificazione più accreditata dei DCA è stata fornita nel 1994 dall'*American Psychiatric Association* nella quarta edizione del "*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*", DSM-IV . Sotto la denominazione comune "Disordini del Comportamento Alimentare" (DCA) si raccolgono cinque quadri clinici d'interesse psichiatrico ed internistico: anoressia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN), disordini del comportamento alimentare non altrimenti specificati (o atipici, o parziali o subliminali o DCA-NAS), pica e mericismo. In questa linea guida saranno presi in considerazione solo l'Anoressia Nervosa e la Bulimia Nervosa. AN e BN sono due sindromi che la sistematica clinica psichiatrica più recente tiene distinte: i criteri diagnostici sono tali che la diagnosi di stato attuale può essere solo o l'una o l'altra. Secondo i criteri diagnostici del DSM-IV la diagnosi di AN richiede la presenza di quattro criteri diagnostici (*vedi Allegato I*) :

1. Rifiuto di mantenere il peso corporeo al di sopra o al peso minimo normale per l'età e la statura.
2. Fobia dell'aumento di peso.
3. Alterata percezione corporea.
4. Amenorrea.

Sempre secondo il DSM-IV per la diagnosi di BN sono necessari i seguenti criteri (*vedi Allegato II*):

1. Abbuffate compulsive.
2. Intensa preoccupazione per il peso e le forme corporee.
3. Comportamenti di compenso.
4. Le abbuffate e le condotte compensatorie si verificano entrambe, in media, almeno due volte alla settimana per almeno tre mesi.
5. L'alterazione non si manifesta esclusivamente nel corso di episodi di anoressia nervosa.

La diagnosi sugli assi I (sindromi cliniche) e II (disturbi di personalità) del DSM, che più spesso accompagnano quella di AN e BN sono: disturbo affettivo e disturbo borderline di personalità.

Epidemiologia

Gli studi epidemiologici internazionali stimano, con buona concordanza, la prevalenza dell'AN intorno allo 0.2-0.8%, quella della BN intorno allo 0.5-1.5% (con picchi in alcuni studi fino al 4.2%), del Disturbo di Alimentazione Incontrollata (DAI) dell'1% nella popolazione generale e del 3% tra i soggetti obesi, e i DCA- NAS del 3.7-



6.4%. Tali valori si riferiscono a popolazioni di sesso femminile, il rapporto maschi/femmine è stato stimato pari a 1:9. L'incidenza dell'AN è di 4-8 nuovi casi per anno su 100.000 individui, e di 9-12 per la BN. Numerosi studi indicano un aumento dell'incidenza dei DCA negli ultimi anni, soprattutto della BN. Mancano dati epidemiologici nazionali e regionali, ma non esistono ragioni per presumere differenze sostanziali nei tassi di incidenza e di prevalenza rispetto ai dati internazionali.

Quadro assistenziale regionale

In relazione alle indicazioni della "Commissione di Studio Ministeriale per l'Assistenza ai Pazienti affetti da Anoressia e Bulimia Nervosa", la situazione assistenziale attuale nella Regione Umbria non appare, complessivamente, soddisfacente, sia per la disomogeneità delle prestazioni erogate che per la inadeguatezza delle risorse disponibili rispetto alle necessità assistenziali. In particolare, sono assenti, a livello dell'intera regione, strutture idonee per il trattamento terapeutico e riabilitativo in regime di residenzialità e semiresidenzialità.

Prevenzione

Allo stato attuale esistono poche evidenze scientifiche che dimostrino in modo chiaro l'efficacia di programmi di prevenzione nel ridurre la morbilità o la mortalità da DCA. Nell'allegato 4 sono trattati più diffusamente alcuni aspetti relativi a questo importante tema.

Ai fini di una diagnosi precoce del disturbo, può essere opportuno l'invio di una paziente allo specialista anche in presenza di una sola delle condizioni necessarie per soddisfare la diagnosi, se il soggetto è di sesso femminile e di età compresa tra 12 e 25 anni.

Valutazione diagnostica

La valutazione iniziale deve includere tutte le informazioni utili a definire le prospettive terapeutiche.

Valutazione psicopatologica

I primi incontri con una paziente affetta da DCA sono determinanti in quanto non solo si effettua la valutazione psicopatologica ma si pongono le basi per un rapporto di collaborazione e di fiducia. Il primo colloquio dovrebbe prevedere una fase libera e una fase più strutturata.

Valutazione internistico-nutrizionale

In considerazione delle particolari caratteristiche psicopatologiche e di complessità del disturbo appare fondamentale l'importanza del primo contatto con la paziente per stabilire una buona relazione terapeutica, per cui anche il nutrizionista deve modulare il suo intervento con la cautela e la sensibilità necessarie. E' inoltre determinante, già nella fase del primo contatto, che sia garantita l'integrazione dei due livelli (internistico e psicologico). Il protocollo diagnostico internistico-nutrizionale comprende la valutazione clinico-anamnestica, la valutazione dello stato nutrizionale, della condotta alimentare

e della spesa energetica.

Il programma terapeutico

Per stabilire il protocollo di trattamento più appropriato alla situazione clinica è molto importante una corretta diagnosi del tipo e della gravità del disturbo presente nella paziente. Questo permetterà di definire la strategia terapeutica e di valutare se il trattamento potrà essere effettuato presso una struttura ambulatoriale, una struttura residenziale o semiresidenziale, o se esistono le condizioni per un ricovero ospedaliero.

La terapia ambulatoriale rimane l'approccio di elezione ai DCA, per ragioni cliniche ed anche economiche. L'approccio terapeutico ambulatoriale ai DCA deve prevedere in tutti i casi l'utilizzazione combinata e contemporanea del trattamento nutrizionale e psicoterapeutico rivolto alla paziente ed un trattamento di supporto o terapeutico per i familiari. Nella pratica clinica, uno dei criteri più utilizzati, per passare ad un livello di cura più intenso, è la mancata risposta al livello di trattamento in atto.

I criteri di selezione delle pazienti per l'accesso ad una struttura residenziale o semiresidenziale sono riportati nell'Allegato III. Il trattamento all'interno di una struttura residenziale costituisce un presidio terapeutico da connettere con le altre parti della rete assistenziale; l'invio e la dimissione dalla stessa struttura quindi devono essere concordati dall'intera équipe che si occupa del caso. Una struttura residenziale dedicata ai DCA dovrebbe essere in grado di fornire un intervento nutrizionale e psicologico integrato analogo a quello praticato in ambulatorio, ma con un maggiore livello di assistenza, inclusa l'assistenza ai pasti. L'utilizzazione di un trattamento residenziale deve essere attentamente valutata sul piano dei costi-benefici anche se mancano per l'Italia analisi di costo-efficacia.

Il trattamento semiresidenziale nei DCA può essere attuato come prima proposta terapeutica oppure come prosecuzione del trattamento ospedaliero e residenziale. Gli interventi e il percorso riabilitativo non si discostano, in sostanza, da quelli effettuati in regime di residenzialità. Ove possibile, i trattamenti in regime di semiresidenzialità e residenzialità risultano i più efficaci a medio e lungo termine.

I criteri medici più importanti per il ricovero in degenza ospedaliera sono lo stato di nutrizione, le condizioni cardiocircolatorie e metaboliche della paziente. Gli obiettivi del ricovero in ospedale sono quelli di ripristinare condizioni fisiche compatibili con il proseguimento della terapia riabilitativa nutrizionale e psicologica da svolgersi in ambulatorio o presso una struttura residenziale o semiresidenziale.

L'Unità di ricovero ospedaliero di tipo medico deve avere caratteristiche di alta specializzazione e deve essere accreditata per il trattamento acuto e per la rialimentazione delle pazienti con DCA. Infatti, il personale medico e paramedico del reparto, ove viene effettuato il ricovero, deve essere adeguatamente preparato ad accogliere questo tipo di pazienti e a gestire sia il carico emotivo dovuto alla paziente, specie se anoressica, sia il contesto familiare. In ogni caso, la modalità di relazione tra la paziente ed i suoi familiari, durante il ricovero, deve rientrare in una precisa strategia stabilita a priori ed esplicitamente concordata.

La durata del ricovero ospedaliero deve essere modulata in relazione alle condizioni cliniche della paziente e deve essere protratta solo per il tempo necessario a garantire il



superamento della fase acuta e il ripristino di condizioni medico-psichiatriche, tali da consentire la ripresa del trattamento in ambiente extraospedaliero. Un trattamento sanitario obbligatorio è necessario raramente ma diventa inevitabile in presenza di grave rischio per la vita della paziente. E' evidente che il programma terapeutico di una paziente con DCA richiede una rete assistenziale ed organizzativa complessa e di alta specializzazione.

I trattamenti psicoterapeutici

Il trattamento psicoterapeutico costituisce il fondamento della terapia per i pazienti con disordini del comportamento alimentare e dovrebbe essere messo in atto in tutti i pazienti, in combinazione con il trattamento nutrizionale e psicosociale familiare. Le condizioni mediche della paziente e la sua motivazione al trattamento sono i due aspetti fondamentali da considerare prima di iniziare un trattamento psicoterapeutico.

Nel caso in cui le condizioni fisiche della paziente siano giudicate troppo compromesse sarà opportuno rimandare l'inizio della psicoterapia fino al raggiungimento di condizioni adeguate. L'efficacia del trattamento psicoterapeutico sul recupero nutrizionale, durante la fase acuta, non è chiara. Nel caso di iniziale assenza di motivazione al trattamento è opportuno intraprendere iniziative volte ad incrementare la motivazione. Nella fase della motivazione alla terapia può essere efficace l'utilizzo dei gruppi di auto-aiuto.

Superata la difficoltà di costruire una motivazione al trattamento, la scelta del tipo di psicoterapia è collegata alla fase del disturbo, alle caratteristiche di struttura della personalità, al grado di maturità ed alle risorse individuali della paziente. Nell'anoressia non esistono evidenze per affermare che gli effetti dei differenti trattamenti psicoterapeutici sono diversi, sia relativamente al decorso sia all'esito.

Nel caso della bulimia non esistono evidenze sufficienti per affermare la superiorità di un approccio psicoterapeutico su un altro; peraltro, la psicoterapia cognitivo-comportamentale (CBT) è la terapia più studiata e per la quale esistono le maggiori evidenze di efficacia. La durata della psicoterapia dipende da molti fattori e, ai fini dell'efficacia, non è possibile dare indicazioni precise sulla durata del trattamento.

Interventi sulla famiglia

Gli interventi sulla famiglia costituiscono parte fondamentale del complesso sistema di intervento multifocale necessario a garantire un approccio terapeutico adeguato ai DCA.

Ad oggi, non esistono evidenze tali da poter affermare la maggiore o minore efficacia di un particolare tipo d'intervento terapeutico sulla famiglia.

Il trattamento psicofarmacologico

L'opportunità di iniziare un trattamento psicofarmacologico per i DCA deve essere sempre attentamente valutata, tenendo bene in considerazione il tipo di disturbo diagnosticato, poiché non tutti i DCA si giovano di tale approccio terapeutico. L'uso di psicofarmaci deve essere sempre associato alla psicoterapia, alla riabilitazione nutrizionale e al lavoro con la famiglia. Nelle pazienti al di sotto dei 14 anni il trattamento psicofarmacologico va riservato solo ai casi con grave comorbidità psichiatrica.

ANORESSIA

Gli psicofarmaci non devono costituire l'unica forma di trattamento o la forma di trattamento d'elezione nell'anoressia nervosa. Gli antidepressivi possono risultare efficaci per la prevenzione delle recidive una volta che si è raggiunto un peso soddisfacente o per il trattamento di comorbidità concomitanti quali depressione o disordini ossessivo-compulsivi.

BULIMIA NERVOSA

Nel caso della bulimia nervosa esistono evidenze sufficienti per supportare l'utilizzazione degli antidepressivi soprattutto nella fase iniziale del trattamento. L'associazione concomitante di un trattamento psicoterapeutico e antidepressivo riduce il numero delle pazienti che presentano episodi di abbuffate e, inoltre, la frequenza delle abbuffate in misura significativamente superiore a quanto si osserva con l'una o l'altra forma di terapia utilizzate singolarmente. Ci sono evidenze provenienti peraltro da un unico studio randomizzato in doppio cieco e controllato con placebo, circa l'efficacia dell'ondansetron, un antagonista selettivo dei recettori HT3, nel ridurre gli episodi di abbuffata e di vomito autoindotto.

Non esistono studi controllati sull'efficacia dei farmaci ansiolitici per dominare le abbuffate alimentari. Dal momento che i pazienti affetti da BN presentano un maggiore rischio di sviluppare dipendenza nei confronti dei farmaci e dell'alcool, è raccomandata molta cautela nella prescrizione di benzodiazepine od altri farmaci che possono facilmente indurre abuso; dovrebbe, comunque, sempre essere data la precedenza al trattamento non farmacologico degli stati acuti d'ansia.

Il trattamento nutrizionale

La riabilitazione nutrizionale del soggetto con anoressia nervosa presenta alcuni aspetti peculiari che lo differenziano dal trattamento delle altre condizioni di malnutrizione:

- Il programma di riabilitazione nutrizionale deve essere condiviso con il/i referenti psichiatrici che si occupano della paziente stessa;
- Il programma di riabilitazione nutrizionale è fondamentale per contrastare i sintomi da digiuno e permettere il recupero dell'equilibrio biologico necessario per modificare i problemi emotivi esistenti;
- Il rationale della terapia è il raggiungimento di un peso naturale che si può mantenere senza restringere l'alimentazione e che permette la normalizzazione del ciclo mestruale. Questo, attraverso la regolarizzazione dell'alimentazione e la pianificazione dei pasti.

La proposizione di uno schema dietetico autogestito, considerato di primaria importanza in altre situazioni di malnutrizione, ha scarse possibilità di successo nei soggetti con anoressia nervosa. Il programma di riabilitazione nutrizionale nella AN trova la sua indicazione per le pazienti che presentano un significativo sottopeso (indice di massa corporea < 18.5 o 85% del peso ideale). Il programma di riabilitazione alimentare nella AN, laddove ne sia indicata l'attuazione, deve essere sviluppato tramite incontri periodici tra nutrizionista/dietista e paziente.

Nella AN è di solito necessario iniziare con un apporto giornaliero di 30-40 kcal/kg di

peso corporeo (approssimativamente 1000-1600 kcal/die). Per le pazienti anoressiche ospedalizzate l'aumento di peso atteso deve essere di circa 0,9 – 1,4 kg/settimana mentre valori inferiori, circa 0,2 – 0,5 kg/settimana, possono essere l'obiettivo per le altre pazienti anoressiche in regime ambulatoriale o residenziale.

Durante la fase di rialimentazione è importante il monitoraggio clinico e degli elettroliti per cogliere alterazioni correlate alla sindrome da rialimentazione. Nel caso della Bulimia Nervosa gli obiettivi della riabilitazione nutrizionale devono focalizzarsi principalmente sulla riduzione delle abbuffate e degli atti purgativi, perché in queste pazienti il problema non è in genere il cattivo stato nutrizionale.

Il trattamento ormonale e sintomatico

La terapia sostitutiva estro-progestinica nell'amenorrea primaria e secondaria delle pazienti affette da AN non sembra essere opportuna. Riguardo gli altri farmaci, soprattutto i sintomatici (antiemetici, procinetici), devono essere prescritti solo se indispensabili e se accettati dalla paziente.

2.2 Versione estesa delle linee guida

2.2.1 Metodologia di compilazione delle linee guida

2.2.1.1 Introduzione

Secondo la definizione ormai ritenuta classica (Institute of Medicine Guidelines for clinical practice: from their development to use. Washington DC: Academic Press, 1992) le linee guida sono "raccomandazioni di comportamento clinico prodotte da un gruppo di lavoro multidisciplinare e basate sulle migliori evidenze scientifiche, con lo scopo di assistere medici e pazienti nel decidere quali siano le modalità assistenziali più appropriate in specifiche condizioni cliniche".

Le seguenti Linee Guida per la diagnosi, prevenzione e terapia dei disturbi del comportamento alimentare sono state prodotte da un gruppo di lavoro multidisciplinare costituito da medici professionisti di varie specialità (vedi elenco dei componenti del gruppo di lavoro) su commissione dell'Assessorato alla Sanità della Regione dell'Umbria.

2.2.1.2 Metodologia di lavoro

All'interno del gruppo di lavoro è stato individuato una équipe di redazione (Dott.ssa Laura Dalla Ragione, Dott. Lucio Patoia, Dott. Gabriele Perriello, Dott. Raffaele Ruocco), che ha elaborato una bozza delle linee guida sulla base di una revisione accurata della letteratura disponibile, inclusa la valutazione di linee guida prodotte sull'argomento da

organismi internazionali, aggiornata al luglio 2000.

La metodologia seguita per la ricerca bibliografica delle evidenze scientifiche è citata nel paragrafo “METODO PER LA RICERCA BIBLIOGRAFICA”. I lavori scientifici recuperati sono stati successivamente classificati secondo il livello di validità e rilevanza scientifica sulla base di criteri oggettivi e validati che sono riportati nel paragrafo “CRITERI PER LA SELEZIONE DELLE PUBBLICAZIONI SECONDO IL LIVELLO DI VALIDITA’ E DI EVIDENZA SCIENTIFICA”.

Sulla base di tali evidenze è stata elaborata una bozza di linee guida, sottoposta poi al gruppo di lavoro.

Il gruppo si è riunito per esaminare la bozza in alcune sedute, durante le quali sono stati discussi aspetti specifici ed effettuate le modifiche ritenute necessarie. Il documento opportunamente modificato è stato riesaminato e discusso in seduta plenaria, prima di essere licenziato.

Il documento è stato successivamente sottoposto alla valutazione dell’Assessorato alla Sanità della Regione dell’Umbria e poi ufficializzato. Il gruppo di lavoro definirà le modalità ed i tempi dell’aggiornamento di tali linee guida.

2.2.1.3 Composizione del gruppo di lavoro

Queste linee guida per il trattamento dei Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) sono state prodotte da un gruppo di lavoro multidisciplinare costituito da professionisti medici di varie specialità su commissione dell’Assessorato alla Sanità della Regione dell’ Umbria:

Coordinatore gruppo di lavoro
Esperto in epidemiologia clinica
Psichiatri
Psicologi
Internisti
Nutrizionisti
Medico di base

Tutte le Aziende Sanitarie Locali ed Aziende ospedaliere umbre hanno designato propri delegati aziendali (operatori che partecipano al gruppo con una delega esplicita della propria Direzione aziendale, esprimendo quindi posizioni ufficiali); il Gruppo di Lavoro è stato inoltre integrato con esperti di nomina regionale.

2.2.1.4 Metodo per la ricerca bibliografica

- Ricerca su Med-Line, Ricerca su banche dati di linee guida;
- Ricerca di revisioni sistematiche pertinenti pubblicate sulla Cochrane Library;
- Documenti forniti da componenti il Gruppo di redazione.



2.2.1.5 Criteri per la selezione delle pubblicazioni secondo il livello di validità ed evidenza scientifica

- 1. Revisione sistematica con analisi secondaria.** Una revisione sistematica ed analitica strutturata di dati esistenti, come ad esempio una met-analisi o un'analisi decisionale.
- 2. Trial clinico randomizzato.** Studio di un intervento nel quale i soggetti sono seguiti prospetticamente per tutto il periodo dello studio; è effettuato su un gruppo trattato e uno di controllo; i soggetti vengono assegnati ai due gruppi in modo randomizzato (casuale); entrambi i soggetti dello studio e gli investigatori non conoscono a quale gruppo sono assegnati.
- 3. Trial clinico.** Studio prospettico nel quale l'intervento effettuato ed i relativi risultati sono seguiti longitudinalmente; lo studio non soddisfa gli standard per un trial clinico randomizzato.
- 4. Studio longitudinale o di coorte.** Studio nel quale i soggetti sono seguiti prospetticamente durante tutto il periodo senza essere soggetti ad un intervento specifico e **studio caso-controllo**, studio nel quale un gruppo di pazienti e uno di controllo sono definiti al momento dello studio e le informazioni su di loro sono acquisite retrospettivamente.
- 5. Altro.** Libri di testo, opinioni di esperti, comunicazioni su casi clinici, revisione qualitativa e discussione di pubblicazioni precedenti senza un'analisi quantitativa dei dati.

2.2.1.6 Avvertenze

Le raccomandazioni contenute in queste linee guida vanno intese come indirizzi di comportamento, non come protocolli fissi che debbono essere obbligatoriamente seguiti. Le evidenze scientifiche su cui tali raccomandazioni sono basate sono di livello variabile; in una scala decrescente di attendibilità scientifica, al livello 1 ci sono le evidenze di massima attendibilità, in quanto derivanti da studi clinici con caratteristiche di rilevante valore scientifico, mentre al livello 5 appartengono le raccomandazioni frutto della opinione di professionisti autorevoli ed esperti nel settore.

Inoltre, le raccomandazioni delle linee guida si applicano ad un paziente medio, non ad un singolo e specifico paziente; rimane compito e responsabilità del medico valutare l'appropriatezza di un determinato trattamento per un determinato paziente. Le linee guida pertanto non possono sostituire in alcun modo né la valutazione clinica, né il bagaglio culturale, né l'esperienza professionale del medico, né una corretta ed esauriente informazione del paziente, né il suo consenso informato e cioè quanto in termini di prudenza, diligenza e perizia è richiesto al medico nel trattamento dello specifico paziente.

Pertanto, al medico curante rimane la responsabilità di verificare se le raccomandazioni formulate in tali linee guida siano valide e supportate dai dati disponibili nella letteratura medica, aggiornate rispetto al continuo avanzamento delle conoscenze medico-scien-

tifiche, appropriate per le condizioni cliniche del paziente specifico. Sempre al medico curante spetta la responsabilità di verificare se le dosi e/o le modalità di somministrazione dei farmaci o di altri presidi terapeutici, che fossero indicati in tali linee guida, siano corrette e appropriate alle condizioni cliniche del paziente specifico.

In sostanza, si tiene a ribadire che le linee guida non sono per il medico norme da seguire, né sono discriminanti della responsabilità professionale, stante la normativa in atto in cui l'operato del medico rimane gravato dal dovere di rispondere in termini di assoluta soggettività. Inoltre le linee guida non possono essere utilizzate nei confronti di chiunque (medico, paziente, organizzazione sanitaria), per obbligare, autorizzare o impedire la scelta di un trattamento.

Il gruppo che ha elaborato le linee guida declina pertanto ogni responsabilità per danni diretti o indiretti a persone o a cose che possano derivare dall'applicazione o meno delle raccomandazioni contenute in queste linee guida.

2.2.3 Definizione e classificazione dei DCA

I Disordini del Comportamento Alimentare (DCA) costituiscono un gruppo eterogeneo di condizioni patologiche, caratterizzate da un ampio spettro di disturbi psico-comportamentali, che sono definiti, in ogni classificazione psichiatrica, "severe mental illness" e che necessitano di trattamenti specializzati e ad alto livello di integrazione.^{11,21}

La definizione e classificazione più accreditata dei DCA è stata fornita nel 1994 dall'*American Psychiatric Association* nella quarta edizione del "*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*", DSM-IV⁽³⁾. In essa sono contenuti i criteri diagnostici che ottengono il maggior consenso da parte degli operatori sanitari impegnati nella cura dei DCA. La definizione ICD10 è sovrapponibile a quella del DSM-IV.

Sotto la denominazione comune "Disordini del Comportamento Alimentare" (DCA) si raccolgono cinque quadri clinici di interesse psichiatrico ed internistico: anoressia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN), disordini del comportamento alimentare non altrimenti specificati (o atipici, o parziali o subliminali o DCA-NAS), pica e mericismo. L'obesità non rientra, secondo DSM IV o ICD 10, tra i DCA, anche se spesso è esperienza comune ed evidenza crescente che può essere ad essa collegata.

In questa linea guida verranno presi in considerazione solo l'Anoressia Nervosa e la Bulimia Nervosa.

AN e BN sono due sindromi che la sistematica clinica psichiatrica più recente tiene distinte: i criteri diagnostici sono tali che la diagnosi di stato attuale può essere solo o l'una o l'altra.

Secondo i criteri diagnostici del DSM-IV la diagnosi di AN richiede la presenza di quattro criteri diagnostici: (vedi Allegato I)

1. Rifiuto di mantenere il peso corporeo al di sopra o al peso minimo normale per l'età e la statura;
2. fobia dell'aumento di peso;



3. alterata percezione corporea;
4. amenorrea.

Sempre secondo il DSM-IV per la diagnosi di BN sono necessari i seguenti criteri:
(vedi Allegato II)

1. abbuffate compulsive;
2. intensa preoccupazione per il peso e le forme corporee;
3. comportamenti di compenso;
4. le abbuffate e le condotte compensatorie si verificano entrambe, in media, almeno due volte alla settimana per almeno tre mesi;
5. l'alterazione non si manifesta esclusivamente nel corso di episodi di anoressia nervosa.

Le idee disfunzionali nei confronti del peso e delle forme corporee sono i sintomi fondamentali comuni, essenziali per la diagnosi, condivise dalle due sindromi, cioè il fenomeno psicopatologico più evidente e specifico.

La diagnosi sugli assi I (sindromi cliniche) e II (disturbi di personalità) del DSM, che più spesso accompagnano quella di AN e BN sono: disturbo affettivo e disturbo borderline di personalità.

Altri fenomeni psicopatologici spesso concomitanti sono: fobie e attacchi di panico, pensieri magici e sintomi ossessivi coatti, difficoltà di concentrazione o di memoria, disforia, irritabilità, cleptomania, comportamenti compulsivi, autolesivi, abuso di droghe, alcool, farmaci. Le malattie psichiatriche con le quali si possono porre problemi di diagnosi differenziale sono: la schizofrenia, i disturbi affettivi, i disturbi ossessivi, i disturbi isterici.

La diagnosi differenziale tra AN di tipo bulimico e BN è fondata sui criteri amenorrea e peso: nell'AN le mestruazioni mancano da almeno tre mesi o non sono mai comparse (AN prepuberale o premenarcale) e il peso è gravemente inferiore a quello atteso.

L'AN maschile, che presenta anch'essa una variante bulimica, è molto più rara di quella femminile ma attualmente in aumento. 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 e giovani maschi possa essere interpretato come un equivalente, soprattutto maschile, dell'AN per certe analogie psicologiche. In effetti, questo sintomo può far parte di un quadro anoressico ma da solo non giustifica l'equivalenza.

2.2.4 Epidemiologia e quadro assistenziale Regionale

Epidemiologia

Gli studi epidemiologici internazionali stimano, con buona concordanza, la prevalenza dell'AN intorno allo 0.2-0.8%, quella della BN intorno allo 0.5-1.5% (con picchi in alcuni studi fino al 4.2%), del Disturbo di Alimentazione Incontrollata (DAI) dell'1% nella popolazione generale e del 3% tra i soggetti obesi ⁽⁴⁾, e i DCA-NAS del

3.7-6.4%⁽⁵⁻⁶⁾. Tali valori si riferiscono a popolazioni di sesso femminile: il rapporto maschi/femmine è stato stimato pari a 1:9. (*livello di evidenza 4*)

L'incidenza dell'AN è di 4-8 nuovi casi per anno su 100.000 individui e di 9-12 per la BN. Numerosi studi indicano un aumento dell'incidenza dei DCA negli ultimi anni, soprattutto della BN⁽⁷⁻⁸⁾. Mancano dati epidemiologici nazionali e regionali, ma non esistono ragioni per presumere differenze sostanziali nei tassi di incidenza e di prevalenza rispetto ai dati internazionali. L'età di esordio cade fra i 10 ed i 30 anni, con una età media di insorgenza a 17 anni, che tende progressivamente ad abbassarsi.

Il quadro clinico dei DCA ha subito una rapida e notevole modificazione negli ultimi decenni. Negli anni sessanta c'era una prevalenza assoluta dell'AN di tipo restrittivo, mentre sono venute affermandosi l'AN di tipo bulimico, negli anni settanta, e la BN negli anni ottanta. Negli anni novanta è diventata sempre più frequente la forma compulsiva della BN, di solito associata all'abuso di alcool, droghe, farmaci, autolesionismo, cleptomania e promiscuità sessuale.

In uno studio con un follow-up di sei anni la mortalità per BN è risultata pari all'1%; per l'AN, in una metanalisi di 42 studi condotti tra il 1920 ed il 1980, la mortalità è risultata pari allo 0.56% per anno, con valori maggiori nel caso di malattia di più lunga durata. Peraltro, i dati si riferiscono esclusivamente a pazienti ospedalizzate. I DCA che insorgono prima dell'inizio della pubertà e prima del menarca sono associati a gravi psicopatologie ed hanno una prognosi psichiatrica più sfavorevole⁽⁹⁾.

Quadro assistenziale regionale

Dalle informazioni direttamente acquisite tramite i componenti del gruppo di lavoro regionale risulta che attualmente la configurazione organizzativa dei servizi per la diagnosi e cura dei DCA è la seguente:

ASL 1 di Città di Castello e Gubbio

- Vengono erogati interventi di tipo ambulatoriale specialistico all'interno dell'attività del Dipartimento di Salute Mentale (nell'articolazione dei CSM di Città di Castello e Gubbio), con rapporti non formalizzati con specialisti internisti e nutrizionisti.

ASL 2 Perugia

- Il Dipartimento di Salute Mentale (DSM) nell'articolazione dei 6 Centri di Salute Mentale (Bellocchio, Centro, Magione, Ponte Valleceppi, Todi- Marsciano, Assisi-Bastia) eroga prestazioni di tipo ambulatoriale specialistico con rapporti di collaborazione non formalizzata ma continuativa con specialisti internisti e nutrizionisti.
- L'Associazione "Il Pellicano" composta da pazienti e familiari di pazienti con DCA ha stipulato un protocollo di intesa con la ASL n.2 e un rapporto di collaborazione strutturata con l'Azienda Ospedaliera di Perugia. All'interno di una struttura specifica, fornita dall'ASL 2 con sede a Perugia, un equipe composta da operatori di area psichiatrica di varia professionalità (psichiatri, psicologi, infermieri), del DSM, dell'ASL 2, e specialisti internisti e nutrizionisti dell'Azienda Ospedaliera di Perugia, eroga interventi specialistici in regime ambulatoriale e semi-residenziale.

ASL 3 di Foligno e Spoleto

- Vengono erogati interventi di tipo ambulatoriale di tipo specialistico all'interno del

l'attività del Dipartimento di Salute Mentale articolato su tre Centri di Salute Mentale (Foligno, Spoleto e Valnerina) e con rapporti non formalizzati con specialisti internisti e nutrizionisti.

ASL 4 Terni

- Struttura organizzativa di rete che prevede:
 - a) un ambulatorio integrato per la diagnosi, terapia e la prevenzione dei DCA (medico nutrizionista e psicologo);
 - b) ambulatori specialistici all'interno del DSM per interventi psicoterapeutici individuali, familiari e di gruppo.

Azienda Ospedaliera di Perugia

- Il Di.M.I.S.E.M. (Dipartimento di Medicina Interna e Scienze Endocrine e Metaboliche) dell'Università di Perugia propone un programma di ricerca e di terapia, con interventi sia in regime ambulatoriale che di ricovero, in collaborazione con i Dipartimenti di Salute Mentale delle diverse USL della Regione Umbria;
- L'Unità Operativa di Dietetica e Centro Antidiabetico dell'Azienda Ospedaliera di Perugia che opera in collaborazione con il Dipartimento di Salute Mentale della USL n.2 effettua attività specialistiche di tipo ambulatoriale.

Azienda Ospedaliera di Terni

- Presso l'Azienda Ospedaliera di Terni è operativo, con delibera n°490/98, un Centro per la diagnosi e cura dei DCA con struttura interdipartimentale e attivo tramite la collaborazione tra Servizio Dietetico e di Psicologia. Vengono erogati interventi di tipo integrato sia in regime ambulatoriale che in regime di ricovero.

Altre attività

- Esistono inoltre molte professionalità, soprattutto di ordine psicologico, che svolgono la loro attività a livello privato o libero-professionale e che si occupano di queste problematiche; non esiste però alcun sistema di riconoscimento e di accreditamento.

In relazione alle indicazioni della "Commissione di Studio Ministeriale per l'Assistenza ai Pazienti affetti da Anoressia e Bulimia Nervosa" ⁽⁴⁰⁾ la situazione assistenziale attuale nella Regione Umbria non appare complessivamente adeguata, sia per la disomogeneità delle prestazioni erogate che per la inadeguatezza delle risorse disponibili rispetto alle necessità assistenziali .

In particolare, sono assenti a livello dell'intera regione strutture per il trattamento terapeutico e riabilitativo in regime di residenzialità e semiresidenzialità.

Ciò determina una notevole "migrazione sanitaria" verso altre regioni, che, oltre ai costi elevati per il Sistema Sanitario regionale, espone le pazienti e i loro familiari a notevoli disagi e rende ancora più arduo il problema del coordinamento terapeutico.

2.2.5 Prevenzione e diagnosi precoce

Esistono poche e contrastanti evidenze scientifiche sull'efficacia di programmi di prevenzione nel ridurre la morbilità o la mortalità da DCA ⁽⁴¹⁾ (*livello di evidenza 1*), sono in corso tuttavia varie esperienze nazionali ⁽⁶⁰⁾ ed internazionali su questi temi. Data

l'importanza dell'argomento quindi si rimanda all'Allegato n.4 ove vengono discussi alcuni aspetti relativi alla prevenzione primaria e secondaria dei DCA e citati alcuni interventi altamente strutturati di educazione e di prevenzione primaria e secondaria effettuabili nelle scuole medie inferiori e nel biennio delle superiori.

Ai fini di una diagnosi precoce può essere opportuno l'invio di una paziente allo specialista anche in presenza di una sola delle condizioni necessarie per soddisfare la diagnosi, se il soggetto è di sesso femminile e di età compresa tra 12 e 25 anni. *(livello di evidenza 5)*

2.2.6 Modello organizzativo di riferimento

La presentazione clinica dei DCA necessita di un approccio interdisciplinare integrato per il trattamento di queste condizioni. ⁽²⁰⁻²¹⁾

La Commissione di Studio per l'Assistenza ai pazienti affetti da Anoressia e Bulimia Nervosa ha pubblicato nel 1998 alcune indicazioni specifiche in merito al trattamento di queste condizioni. ⁽²²⁾ Secondo le indicazioni di questo documento di esperti, la terapia dei DCA deve essere concepita in termini interdisciplinari ed integrati.

Sulla base delle caratteristiche di gravità dei DCA, assimilabili a quelle dei disturbi psichiatrici maggiori, la Commissione di Studio per l'Assistenza ai pazienti affetti da Anoressia e Bulimia Nervosa ha inoltre definito il modello organizzativo di riferimento secondo una rete di tipo dipartimentale che viene articolata nei seguenti livelli di trattamento:

- Unità ambulatoriali, necessarie per rispondere a circa il 70% della domanda di cura;
- Unità semiresidenziali, necessarie per il trattamento di circa il 20% delle pazienti;
- Servizi di degenza residenziale e riabilitativa, necessari per il 10% circa dei soggetti affetti di DCA;
- disponibilità di letti per i ricoveri in emergenza in Unità ospedaliera altamente specializzata per il trattamento dei DCA. Una stima ragionevole per l'intera Regione può essere fissata in 4 posti letto.

I criteri clinici per l'accesso ai vari livelli di trattamento sono riportati nell'Allegato III.

2.2.7 Valutazione diagnostica

La valutazione iniziale deve includere tutte le informazioni utili a definire le prospettive terapeutiche. *(livello di evidenza 4)*

La valutazione iniziale deve includere: il peso, lo stato metabolico, la funzionalità cardiaca, l'eventuale negazione della malattia, la valutazione della motivazione al trattamento, la capacità di collaborazione della paziente, la capacità di collaborazione dei genitori e la sussistenza delle condizioni logistiche ed ambientali che rendono possibile



il trattamento.

2.2.7.1 Valutazione psicopatologica

I primi incontri con una paziente affetta da DCA sono determinanti in quanto non solo si effettua la valutazione psicopatologica ma si pongono le basi per un rapporto di collaborazione e di fiducia. (*livello di evidenza 5*)

Infatti, la costruzione della motivazione alla terapia costituisce, come per tutte le patologie psichiatriche gravi, una componente importante della terapia stessa, nel senso che quando la paziente giunge ad accettare il trattamento e, quindi, alla consapevolezza di essere ammalata, possiamo affermare che ha percorso già una parte del cammino terapeutico e che questa consapevolezza, che consente la costruzione dell'alleanza terapeutica, costituisce senz'altro fattore un prognostico positivo.

Il primo colloquio dovrebbe prevedere una fase libera e una fase più strutturata (livello di evidenza 5). Nella fase libera (come in ogni colloquio psichiatrico) l'iniziativa su come condurre il discorso è lasciata alla paziente cui viene chiesto di esprimere spontaneamente il disagio psichico che sperimenta e il vissuto soggettivo che ha dei propri problemi. Dalla reticenza e dalla capacità di chiedere aiuto, dalle aree di contenuto che la paziente sceglie di prendere in considerazione, dalla qualità delle comunicazioni verbali e non verbali e dalla modalità di interagire con il terapeuta, è possibile ottenere informazioni fondamentali sugli atteggiamenti affettivi, sulla capacità di stabilire una relazione, sulla consapevolezza di malattia, sulla presenza di motivazione "intrinseca" al trattamento e sulla possibilità di costruire un'alleanza terapeutica. La necessità di indagare con accuratezza i sintomi psicologici e le abitudini alimentari della paziente che tende a negare il suo problema, può richiedere una parte del colloquio più strutturata attraverso l'utilizzazione di interviste strutturate o semistrutturate.

I questionari più accreditati in letteratura sono:

- 1) Eating Attitudes Test (EAT-40) di DM Garner e PE Garfinkel, 1979 ⁽²⁴⁾ (versione italiana validata da M. Cuzzolaro e A. Petrilli, 1988);
- 2) Eating Disorders Examination (EDE 12.OD) di CG Fairburne e Z. Cooper, 1993 ⁽²⁵⁾ (versione italiana validata da V. Ricca e E. Mannucci);
- 3) Structured Clinical Interview for DSM IV SCID, First et al. 1995 ⁽²⁶⁾ (Intervista strutturata dal DSM IV - Ed. italiana).

Nell'intervista semistrutturata, l'incontro è gestito dal terapeuta che ne scandisce i tempi, i contenuti e gli sviluppi, ponendo alla paziente domande specifiche sulla storia del peso, sulle abitudini alimentari e sugli atteggiamenti riguardo al vissuto corporeo, sul significato del sintomo nella storia psicologica della paziente e sulla strutturazione della personalità della stessa; vengono anche indagati i dati necessari per valutare se sono soddisfatti i criteri diagnostici per AN e BN ed anche la distinzione dei vari sotto-tipi delle sindromi, distinzione importante per il significato clinico e prognostico.

Poiché spesso le pazienti con DCA negano o sottovalutano i propri sintomi, nella raccolta delle prime informazioni si rende necessario un breve contatto con i familiari o con il medico curante o comunque con una figura di contesto.

Nella fase valutativa, comunque, per le pazienti che convivono con la famiglia, è necessario almeno un incontro con lo psichiatra o lo psicologo che si occupa specificamente dei problemi familiari per l'esplorazione delle dinamiche familiari.

2.2.7.2 Valutazione internistico-nutrizionale

In considerazione delle particolari caratteristiche psicopatologiche e di complessità del disturbo appare fondamentale l'importanza del primo contatto con la paziente per stabilire una buona relazione terapeutica, per cui anche il nutrizionista deve modulare il suo intervento con la cautela e la sensibilità necessarie.

E' inoltre determinante, già nella fase del primo contatto, che venga garantita l'integrazione dei due livelli internistico e psicologico. *(livello di evidenza 4)*

Il protocollo diagnostico internistico-nutrizionale comprende la valutazione clinico-anamnestica, la valutazione dello stato nutrizionale, della condotta alimentare e della spesa energetica. *(livello di evidenza 5)*

La valutazione clinico-anamnestica è costituita da:

1. Anamnesi fisiologica, familiare e patologica con particolare riferimento a:
 - storia del peso corporeo, con particolare riferimento a fluttuazioni ponderali recenti;
 - valutazione dell'andamento della patologia nel tempo con ricerca di comportamenti compensatori passati e/o in atto (vomito autoindotto, uso di lassativi e/o diuretici, iperattività fisica);
 - valutazione di eventuali disturbi del ciclo mestruale.
2. Esame obiettivo mirato all'evidenziazione di condizioni patologiche associate e/o complicanze.

In particolare, per la Bulimia andranno escluse altre cause di vomito e ricercata la presenza di: ipertrofia delle parotidi causata dal vomito, erosione dello smalto dentale causata dalla cronica esposizione agli acidi di origine gastrica ed il segno di Russell (callo al polpastrello delle dita con cui la paziente si provoca il vomito).

La valutazione dello stato nutrizionale è possibile attraverso il calcolo dell'Indice di Massa Corporea (IMC) o l'uso di tabelle auxologiche, previa misurazione del peso e della statura. E' consigliabile evitare ulteriori misure per la valutazione dello stato nutrizionale, giacché si potrebbero favorire comportamenti di regressione e di scissione che tendono al mantenimento della sintomatologia.

Tali indici sono sufficienti per definire lo stato nutrizionale all'esordio e per seguirne l'evoluzione nel tempo. *(livello di evidenza 5)*

La valutazione della condotta alimentare e della spesa energetica comprende:

- descrizione delle abitudini alimentari con particolare riguardo agli eventi antecedenti (stato emotivo, punteggio di fame);
- strutturazione quantitativa e qualitativa del pasto;
- il monitoraggio dell'attività fisica e degli atteggiamenti compensatori.

Per la valutazione della condotta alimentare e della spesa energetica può essere utile l'utilizzazione di un diario alimentare.

La valutazione dei parametri ematobiochimici nella fase ambulatoriale può essere con-

sigliata nei DCA e possono essere raccomandate anche indagini mirate a quesiti specifici e su base individuale per una valutazione delle complicanze della malnutrizione. (*livello di evidenza 5*)

Spesso la emoconcentrazione determina nell'AN una "apparente" normalità dei parametri in esame per cui è importante porre l'attenzione in particolare sulle eventuali anomalie elettrolitiche conseguenti allo stato di denutrizione, al vomito, all'uso di lassativi e diuretici.

2.2.8 Il programma terapeutico

Per stabilire le modalità di trattamento più appropriate alla situazione clinica ed alla gravità della patologia è di fondamentale importanza la valutazione iniziale della paziente. (*livello di evidenza 4*)

Nella scelta della strategia terapeutica – da effettuare in stretta integrazione con il medico di medicina generale e la famiglia - è necessario valutare inizialmente se il trattamento può essere effettuato presso la **struttura ambulatoriale**, presso una **struttura residenziale o semiresidenziale**, o se il caso necessita di un **ricovero ospedaliero**.

Struttura ambulatoriale

La terapia ambulatoriale rimane l'approccio di elezione ai DCA, sia per ragioni cliniche che economiche. (*livello di evidenza 4*)

Infatti, il trattamento ambulatoriale consente di mettere in atto il programma terapeutico senza modificare l'assetto di vita della paziente.

L'approccio terapeutico ambulatoriale ai DCA deve prevedere in tutti i casi l'utilizzazione combinata e contemporanea del trattamento nutrizionale e psicoterapeutico rivolto alla paziente ed un eventuale trattamento di supporto o terapeutico per i familiari. (*livello di evidenza 5*)

L'associazione del trattamento psicoterapeutico con quello nutrizionale trova la sua ragione poiché questi disturbi sono il risultato di condizioni disfunzionali multidimensionali in cui operano diversi fattori fisici e psichici predisponenti, precipitanti e perpetuanti (secondo il modello cognitivo-comportamentale). Il trattamento combinato evita inoltre il rischio delle guarigioni sintomatiche, evenienza frequente se al cambiamento del comportamento alimentare patologico non corrisponde un cambiamento degli atteggiamenti psicologici profondi.

Nella pratica clinica uno dei criteri utilizzati più frequentemente, per passare ad un livello di cura più intenso, è la mancata risposta al livello di trattamento in atto. (*livello di evidenza 4*)

Struttura residenziale

I criteri di selezione delle pazienti per l'accesso ad una struttura residenziale sono

riportati nell'Allegato III.

La Commissione di Studio per l'Assistenza ai pazienti affetti da Anoressia e Bulimia nervosa (vedi Bibliografia) individua la necessità, per i casi gravi e resistenti, di un trattamento residenziale e semiresidenziale a carattere riabilitativo a medio termine (da un mese a un anno). Non si dovrebbe però ricorrere a questo trattamento quando:

1. non vi sia una adeguata consapevolezza e motivazione alla cura da parte della paziente;
2. non vi sia stato in precedenza un adeguato approccio ambulatoriale;
3. non sia stato organizzato un programma terapeutico dopo la dimissione della paziente;
4. non vi sia sufficiente chiarezza e condivisione degli obiettivi nell'équipe e nei familiari.

Il trattamento all'interno di una struttura residenziale costituisce un presidio terapeutico da connettere con le altre parti della rete assistenziale; l'invio e la dimissione dalla stessa struttura quindi devono essere concordati dall'intera équipe che si occupa della paziente. *(livello di evidenza 5)*

La riabilitazione nutrizionale, la rieducazione del comportamento alimentare e gli interventi psicologici mirati devono procedere nel corso del soggiorno residenziale con sintonia ed armonia e vanno modulati sulla base delle condizioni generali e della capacità di collaborazione della paziente. L'insieme di questi interventi, compiuti in una logica integrata, viene definito riabilitazione psiconutrizionale. ⁽²⁰⁾

Una struttura residenziale dedicata ai DCA dovrebbe essere in grado di fornire un intervento nutrizionale e psicologico integrato analogo a quanto effettuato a livello ambulatoriale ma con un maggiore livello di assistenza, inclusa l'assistenza ai pasti. *(livello di evidenza 5)*

Poiché i tempi di trattamento possono essere abbastanza lunghi, la struttura dovrebbe avere una buona qualità e spazi adeguati per momenti ricreativi ed attività occupazionali.

Con il termine assistenza ai pasti si fa riferimento alla presenza di personale specializzato durante i pasti principali, generalmente una dietista, che cerchi di mantenere le disposizioni generali e specifiche rispetto al programma concordato e riesca altresì a raccogliere le ansie e le paure delle pazienti nei confronti del cibo e del peso corporeo.

I pasti possono essere consumati in comune tra le varie ospiti con delle regole precise che sono concordate con la paziente al momento del suo inserimento. Se la paziente presenta delle importanti difficoltà alimentari possono essere necessari pasti assistiti individualizzati. ^{(21) (22)}

Gli interventi utilizzati nel trattamento residenziale, oltre a quelli della valutazione internistica e dei pasti assistiti, sono gruppi di carattere psicoterapeutico e self-help, gruppi psicoeducazionali, terapie di mediazione corporea ed altre tecniche a seconda della disponibilità delle diverse strutture residenziali.

L'utilizzazione di un trattamento residenziale deve essere attentamente valutata anche sul piano dei costi-benefici, anche se mancano per l'Italia analisi di costo-efficacia.



(livello di evidenza 5)

Struttura semiresidenziale

Il trattamento semiresidenziale nei DCA può essere attuato come prima istanza terapeutica oppure come prosecuzione del trattamento ospedaliero e residenziale. *(livello di evidenza 5)*

Gli interventi e il percorso riabilitativo non si diversificano in sostanza da quelli del trattamento residenziale. *(livello di evidenza 5)*

La struttura diurna extraospedaliera dovrebbe essere collocata in un luogo con caratteristiche di buona accessibilità e possedere requisiti di buona qualità alberghiera con spazi adeguati all'offerta di attività riabilitative differenziate.

La differente situazione logistica richiede, da parte della paziente, una maggiore capacità di autonomia e migliori capacità di autogestione. Qualora la struttura semiresidenziale rappresenti il prosieguo di un trattamento residenziale, il motivo del ricorso a tale opzione sarà soprattutto quello di consolidare i risultati e verificare le abilità acquisite in condizioni di maggiore protezione.

Il protocollo all'interno della struttura semiresidenziale è orientato al trattamento intensivo e integrato dei pazienti affetti da DCA attraverso l'effetto sinergico: ⁽²³⁻²⁴⁻²⁵⁻²⁶⁾

- del lavoro psicoterapeutico e riabilitativo in gruppo;
- della psicoterapia individuale della riabilitazione nutrizionale (pasti assistiti; collettivi e individuali);
- della eventuale terapia farmacologia;
- del monitoraggio costante delle condizioni fisiche;
- del supporto alle famiglie o ai partner;
- di terapie di mediazione corporea ed espressiva.

Per rendere praticabile l'intero programma terapeutico di una paziente con DCA è necessaria una rete assistenziale ed organizzativa completa. *(livello di evidenza 5)* L'assenza di una parte della rete assistenziale (ad esempio la struttura residenziale o quella semiresidenziale) rende di fatto impraticabile l'intero programma terapeutico.

Ricovero ospedaliero

I criteri medici più importanti per il ricovero in degenza ospedaliera sono lo stato di nutrizione, le condizioni cardiocircolatorie e le condizioni metaboliche della paziente. *(livello di evidenza 4)*

I criteri di accesso ai vari livelli di trattamento sono definiti nella tabella dell'Allegato III che fa riferimento alle Linee Guida dell'American Psychiatric Association sui DCA (gennaio 2000). ⁽¹⁴⁾ Il gruppo di lavoro le ritiene utili per la gestione delle pazienti anche nella realtà italiana, pur se si sottolinea la necessità per gli operatori di tenere sempre conto della diversità tra la realtà statunitense e quella italiana.

La decisione del ricovero è una decisione comunque traumatica per la paziente e per la famiglia e deve pertanto essere gestita con grande attenzione e in tutti i suoi aspetti. I casi che arrivano al ricovero presentano, oltre a caratteristiche di gravità clinica, un contesto familiare molto simile caratterizzato da intense reazioni di allarme, ansia, esasperazione e comportamenti reattivi tendenti a piegare la volontà della paziente con successive rea-

zioni che possono produrre una esacerbazione della sintomatologia. ⁽¹⁸⁾

Gli obiettivi del ricovero in ospedale sono quelli di ripristinare condizioni psico-fisiche compatibili con il proseguimento della terapia nutrizionale e psicologica da svolgersi in ambulatorio o presso una struttura residenziale o semiresidenziale (*livello di evidenza 5*).

L'Unità di ricovero ospedaliero di tipo medico deve avere caratteristiche di alta specializzazione e deve essere accreditata al trattamento acuto e alla rialimentazione delle pazienti con DCA. (*livello di evidenza 4*)

Infatti, in almeno uno studio di coorte i pazienti trattati in unità di ricovero ospedaliero specializzate hanno una prognosi migliore dei pazienti trattati in unità ospedaliere senza esperienza specifica.

Il personale medico e paramedico del reparto ove viene effettuato il ricovero deve essere adeguatamente preparato ad accogliere questo tipo di pazienti e a gestire sia il carico emotivo dovuto alla paziente, specie se anoressica, sia il contesto familiare. (*livello di evidenza 5*)

E' necessario ad esempio che il personale sappia gestire in maniera coerente con quanto deciso dall'équipe curante i problemi correlati all'alimentazione delle pazienti anoressiche ed il progressivo allontanamento dei genitori durante la degenza in ospedale, soprattutto durante i pasti.

In ogni caso, la modalità di relazione tra la paziente ed i suoi familiari durante il ricovero deve rientrare in una precisa strategia stabilita a priori ed esplicitamente concordata. (*livello di evidenza 5*) ⁽¹⁹⁾

La durata del ricovero ospedaliero deve essere modulata in relazione alle condizioni cliniche della paziente e deve essere protratta solo per il tempo necessario a garantire il superamento della fase acuta e il ripristino di condizioni medico-psichiatriche tali da consentire la ripresa del trattamento in ambiente extraospedaliero. (*livello di evidenza 5*)

Al momento della dimissione è necessario che la paziente possa avere accesso ad una rete di assistenza adeguata dove poter completare il percorso riabilitativo che ha dei tempi decisamente maggiori (mediamente 2/4 mesi) e che non è assolutamente praticabile in degenza ospedaliera.

Un trattamento sanitario obbligatorio, contro la volontà della paziente, è necessario raramente ma diventa inevitabile in relazione alla presenza di rischio grave per la vita della paziente. (*livello di evidenza 4*)

2.2.8.1 I trattamenti psicoterapeutici

Il trattamento psicoterapeutico costituisce il fondamento della terapia per i pazienti con disturbi del comportamento alimentare e dovrebbe essere messo in atto in tutti i pazienti, in combinazione con il trattamento nutrizionale e psicosociale familiare. (*livello di evidenza 1*)

Le condizioni mediche della paziente e la sua motivazione al trattamento sono i due aspetti fondamentali da considerare prima di iniziare un trattamento psicoterapeutico. (*livello di evidenza 5*)

Infatti, qualora lo stato fisico sia seriamente compromesso o addirittura ci si trovi in



condizioni di urgenza medica vengono a mancare le condizioni per affrontare vantaggiosamente gli aspetti intrapsichici. D'altro canto, in assenza di una consapevole accettazione della diagnosi da parte della paziente e della sua motivazione al cambiamento, il trattamento psicoterapeutico risulta inefficace.

Nel caso in cui le condizioni fisiche della paziente siano giudicate troppo compromesse sarà opportuno rimandare l'inizio della psicoterapia e iniziare il trattamento solo quando le condizioni fisiche si siano ristabilite. *(livello di evidenza 4)*

L'efficacia del trattamento psicoterapeutico sul recupero nutrizionale durante la fase acuta non è chiara. *(livello di evidenza 3)*

In effetti a tale proposito le evidenze, tutte non randomizzate, sono contrastanti. Nel caso di iniziale assenza di motivazione al trattamento è opportuno intraprendere iniziative volte ad incrementare la motivazione. *(livello di evidenza 4)*

Studi epidemiologici significativi confermano che una percentuale molto bassa di pazienti con DCA chiede direttamente un trattamento. ⁽²⁷⁻²⁸⁾

Per tale ragione, tutte le più qualificate strutture di trattamento dei DCA definiscono nella loro offerta d'intervento una serie iniziale di colloqui di motivazione che arrivano a rappresentare fino al 30% dell'intero percorso. ⁽²⁹⁾ In sintesi, è importante non sprecare mezzi con chi non ha ancora definito né di avere un problema, né di voler cambiare; piuttosto è utile aiutarlo a comprendere di avere un problema, comunicando per quali buone ragioni dovrebbe decidere di porre in atto un cambiamento. Una volta compiuto questo passo, il tempo dell'intervento può essere sensibilmente ridotto in quanto una persona motivata a cambiare è in grado di utilizzare al massimo quanto offertole.

Nella fase della motivazione alla terapia può risultare efficace l'utilizzo dei gruppi di auto-aiuto. *(livello di evidenza 4-5)*

Esistono numerose esperienze, peraltro non comparative, riportate in letteratura, sull'utilità di tali gruppi di auto-aiuto o gruppi di motivazione ⁽³⁰⁻³¹⁻³²⁾ composti da pazienti che hanno già superato le prime fasi del trattamento. In tali gruppi, che funzionano sul modello di quelli utilizzati per le dipendenze da alcool, le pazienti possono essere più facilmente convinte al trattamento dall'esperienza positiva di chi prima di loro ha vissuto lo stesso percorso, superato le stesse difese alla terapia, sopportato la stessa angoscia all'idea di recuperare peso. Questa area tematica appare come una delle più innovative e più in linea con un'idea del paziente e dei familiari considerati come interlocutori attivi dei servizi e delle politiche di programmazione della salute mentale. ⁽³³⁻³⁴⁾

Superata la difficoltà di costruire una motivazione al trattamento, la scelta del tipo di psicoterapia è collegata alla fase del disturbo, alle caratteristiche di struttura di personalità della paziente al grado di maturità e alle risorse individuali della paziente. *(livello di evidenza 5)*

Si ritiene opportuno ribadire come non esistano evidenze sufficienti per affermare la superiorità di un approccio psicoterapeutico e come in letteratura esistano indicazioni circa la potenziale utilità dell'integrazione di diversi tipi di intervento psicoterapeutico.

Per l'anoressia non esistono evidenze per affermare che gli effetti dei differenti trattamenti psicoterapeutici siano diversi, sia relativamente al decorso che all'esito. *(livello di evidenza 5)*

Questa affermazione tende a sottolineare che l'efficacia dei trattamenti psicoterapeutici

(cognitivi, psicoeducazionali, psicoanalitici, di terapia della famiglia), che usano tecniche e procedimenti differenti ottenendo effetti equivalenti, può dipendere da elementi comuni condivisi da tutti i trattamenti, i cosiddetti fattori aspecifici: il rapporto empatico terapeuta-paziente, il setting, la disponibilità ad uno schema concettuale di riferimento, la chiarezza delle procedure e il loro ruolo nelle varie fasi della terapia.

Nell'ultimo decennio abbiamo assistito, oltre ad un progressivo aumento delle psicoterapie disponibili per il trattamento dei DCA, anche al superamento del pregiudizio circa la possibile integrazione tra i differenti approcci terapeutici. ⁽³⁵⁾

Nel caso della bulimia non esistono evidenze sufficienti per affermare la superiorità di un approccio psicoterapeutico su un altro; peraltro, la psicoterapia cognitivo-comportamentale (CBT) è la terapia più studiata e per la quale esistono le maggiori evidenze di efficacia. ⁽⁶³⁾ (*livello di evidenza 1 e 2*) Due revisioni sistematiche hanno evidenziato come nei pazienti sottoposti a psicoterapia cognitivo-comportamentale migliorino in maniera significativa sia i sintomi "specifici" di bulimia nervosa (es. le abbuffate) che i sintomi "non specifici", quali la depressione, rispetto ai pazienti non sottoposti a psicoterapia. Inoltre, in due trial randomizzati e controllati di comparazione tra diverse forme di psicoterapia, la psicoterapia cognitivo-comportamentale si è dimostrata più efficace nel breve termine ma non a lungo termine.

Due revisioni sistematiche ed un trial randomizzato e controllato hanno evidenziato come, in pazienti sottoposti a psicoterapie di tipo diverso da quella cognitivo-comportamentale, si riducano gli episodi di abbuffate.

Va sottolineato inoltre che gli studi sono di qualità variabile, il campione è spesso di piccole dimensioni e il numero di pazienti che hanno ottenuto una remissione completa è variabile tra i vari studi. ^{(36) (54)}

La durata della psicoterapia dipende da molti fattori e, ai fini della efficacia, non è possibile dare indicazioni precise sulla durata del trattamento. (*livello di evidenza 4 e 5*)

Limitatamente al caso della terapia individuale sono in genere riportati periodi minimi di un anno, ma talora sono richiesti 5-6 anni di terapia.

2.2.8.2 Gli interventi sulla famiglia

Gli interventi sulla famiglia costituiscono parte fondamentale del complesso sistema di intervento multifocale necessario a garantire un approccio terapeutico adeguato al DCA. (*livello di evidenza 2 e 3*)

Le indicazioni per un intervento con la famiglia trovano fondamento nelle seguenti considerazioni:

1. non è possibile il trattamento di una patologia psichiatrica grave senza fare ricorso alla terapia congiunta del paziente e della sua famiglia. Non ci riferiamo ovviamente solo al tipo di intervento cosiddetto di terapia familiare *sistemica*, ma a tutti i modelli di intervento *con e sulla* famiglia che possono andare dal semplice intervento di supporto ad un lavoro più precisamente terapeutico, alla costituzione di gruppi di auto-aiuto, all'intervento su singoli membri del gruppo familiare, al lavoro di carattere psicoeducativo e ad ogni altro intervento che abbia come interlocutore la famiglia;

2. i DCA costituiscono, in prevalenza, una patologia dell'età evolutiva fortemente imbrigliata nelle comunicazioni patogene del gruppo familiare; il non affrontare tali legami significherebbe rallentare o addirittura rendere impossibile il cambiamento nella paziente ⁽³⁷⁾⁽³⁸⁾;
3. alcune evidenze sull'efficacia terapeutica dell'approccio multifocale provenienti da studi clinici.

Non esistono evidenze tali da poter affermare la maggiore o minore efficacia dell'uno o dell'altro tipo di intervento terapeutico sulla famiglia. *(livello di evidenza 5)*

Attualmente, si ritiene che vi sia una specifica indicazione al trattamento con una terapia familiare sistemica nel caso di pazienti molto giovani, ancora legate al nucleo familiare. ⁽³⁹⁾⁽⁴⁰⁾

Negli ultimi anni si sono affermati diversi tipi di programmi per i genitori che prevedono incontri di *counselling* con il nucleo familiare ed incontri di gruppo con coppie di genitori. ⁽⁴¹⁾

Tali programmi sembrano in grado di diminuire il carico familiare e con esso l'eccessivo coinvolgimento emotivo e il criticismo. Abitualmente gli incontri sono tenuti da professionisti diversi da quelli che curano la paziente; quest'ultima di solito non partecipa ma fin dall'inizio deve sapere che le notizie riportate dai genitori verranno utilizzate e discusse per migliorare i risultati della terapia, mentre non verrà riferito ai genitori il contenuto dei colloqui che ella ha con il suo terapeuta.

È necessario inoltre fornire informazioni ed accogliere il bisogno di essere ascoltati, da parte dei familiari, con la maggiore disponibilità possibile. Infatti, anche se c'è stata una maggiore attenzione da parte dei mass media, i DCA restano in larga parte incompresi anche nelle famiglie in cui si verificano. Le informazioni più richieste dai familiari riguardano in genere le "cause" dell'insorgenza del disturbo. In realtà, è utile spostare l'attenzione dalle cause d'insorgenza alle cause di mantenimento del disturbo per l'utilità di ridurre i rischi di cronicizzazione. Gli studi sugli interventi familiari dimostrano che un'esperienza particolarmente utile si è rilevata quella riferita a modelli di esperienze di auto-aiuto e auto-organizzazione dei familiari che oltre a fornire un supporto psicologico, legato al fatto di condividere esperienze simili, apporta un notevole rinforzo alle proposte di cambiamento all'interno delle famiglie. L'attuazione con successo di una strategia in uno dei nuclei familiari fornisce l'esempio pratico di come alcuni cambiamenti possano realmente verificarsi.

2.2.8.3 Il trattamento psicofarmacologico

L'opportunità di iniziare un trattamento psicofarmacologico per i DCA deve essere valutata sempre attentamente, tenendo bene in considerazione il tipo di DCA diagnosticato, poiché non tutti i DCA si giovano di tale tipo di trattamento. *(livello di evidenza 5)*

L'impiego di farmaci deve essere sempre associato alla psicoterapia, alla riabilitazione nutrizionale, al lavoro con la famiglia. ⁽⁴²⁾ *(livello di evidenza 5)*

Nelle pazienti al di sotto dei 14 anni il trattamento psicofarmacologico va riservato solo ai casi con grave comorbidità psichiatrica. *(livello di evidenza 5)*

L'utilizzazione degli psicofarmaci negli adolescenti è un atto medico particolarmente

delicato per le implicazioni psicologiche che coinvolgono la giovane paziente, ma anche la famiglia e lo stesso medico che fa la prescrizione. ⁽⁴³⁻⁴⁴⁾

ANORESSIA

Gli psicofarmaci non devono mai costituire l'unica forma di trattamento o la forma di trattamento più importante nell'anoressia nervosa. *(livello di evidenza 2)*

Infatti la farmacoterapia ha dato risultati deludenti. Sono stati effettuati solo pochi trials controllati e nella maggior parte di essi gli psicofarmaci sono risultati efficaci solo per il trattamento di eventuali comorbidità concomitanti, quali la depressione ed i disturbi ossessivi compulsivi. In uno studio controllato in pazienti ospedalizzati e severamente malnutriti, l'aggiunta di fluoxetina alla psicoterapia e alla riabilitazione nutrizionale non ha aumentato l'entità né accorciato i tempi del recupero di peso; inoltre, nei pochi studi comparativi, la combinazione di psicoterapia e terapia psicofarmacologica non è risultata superiore rispetto all'utilizzazione della sola psicoterapia. ⁽⁴⁵⁾

Gli antidepressivi possono risultare efficaci per la prevenzione delle recidive una volta che è stato recuperato peso o per il trattamento di comorbidità concomitanti quali depressione o disturbi ossessivo-compulsivi. *(livello di evidenza 3 e 5)*

L'osservazione che gli antidepressivi possano indurre un miglioramento dello stato depressivo riducendo l'ossessività e, in tal modo, le ricadute successive alla rialimentazione in pazienti affette da anoressia nervosa, è seducente ma deriva da pochi studi di qualità modesta e quindi necessita di ulteriori conferme attraverso studi controllati. L'intervento psicofarmacologico trova il suo razionale nella riduzione delle idee ossessive delle pazienti soprattutto successivamente alla diminuzione sintomatologica del disturbo alimentare, quando esso può lasciare il posto a serie difficoltà psicologiche quali depressioni, ossessioni, gravi alterazioni del tono dell'umore, fobie e psicosi.

La valutazione della indicazione al trattamento con antidepressivi deve essere comunque fatta solo dopo un recupero del peso, quando cioè gli effetti psicologici della malnutrizione si stanno risolvendo. Inoltre l'utilizzo di psicofarmaci può essere associato ad effetti collaterali non accettabili per questa popolazione già così compromessa fisicamente. Non esistono evidenze sull'efficacia dei neurolettici in questo tipo di disturbo.

BULIMIA NERVOSA

Nel caso della bulimia nervosa esistono evidenze sufficienti per supportare l'utilizzazione degli antidepressivi come una delle componenti della fase iniziale del trattamento. *(livello di evidenza 1 e 2)*

La combinazione di trattamento psicoterapeutico e psicofarmacologico, nella fase iniziale del trattamento della BN risulta più efficace rispetto al solo trattamento psicoterapeutico. ^(46-47-48,54)

Nella BN è stata ampiamente documentata l'efficacia a breve termine degli antidepressivi sia sugli aspetti comportamentali che psicologici del disturbo. Due revisioni sistematiche di studi controllati e randomizzati hanno evidenziato come gli antidepressivi riducano i sintomi tipici della bulimia a breve termine in maniera significativamente superiore al placebo e inducano anche una modesta riduzione dei sintomi depressivi. Le evidenze disponibili sono insufficienti a precisare la persistenza nel tempo degli effetti



degli antidepressivi e la efficacia comparativa tra i diversi tipi di antidepressivi. Pertanto la scelta del farmaco dovrebbe tenere conto del profilo di sicurezza e del rapporto costo/beneficio. Sulla base di tali considerazioni gli inibitori specifici del “reuptake” della serotonina potrebbero risultare i farmaci da preferire. ⁽⁴⁹⁻⁵⁰⁻⁵¹⁾ Il trattamento deve essere protratto per un periodo minimo di 6-12 mesi dopo la scomparsa o il miglioramento della sintomatologia. Alcuni pazienti possono tuttavia richiedere periodi più prolungati di terapia o, nel caso di una depressione maggiore, avere bisogno di una terapia di mantenimento per prevenire le ricadute. ⁽⁵²⁾

L’associazione di un trattamento psicoterapeutico e di un trattamento antidepressivo nella BN riduce il numero e la frequenza delle abbuffate in misura significativamente superiore a quanto si osserva con l’una o l’altra forma di terapia utilizzate singolarmente. *(livello di evidenza 2)*

In effetti, una metanalisi ha evidenziato una riduzione significativa del numero di episodi di abbuffate e dei sintomi depressivi ma non delle remissioni a breve termine rispetto all’uso dei soli antidepressivi. Al contrario, una seconda metanalisi ha evidenziato un maggior tasso di remissione a breve termine ed un miglioramento dei sintomi depressivi significativamente superiori rispetto alla sola psicoterapia, ma nessun effetto sul numero degli episodi di abbuffata. I tassi di sospensione del trattamento erano minori nelle pazienti trattate con la combinazione farmaco e psicoterapia, rispetto alle pazienti trattate con la sola terapia antidepressiva e maggiori nelle pazienti trattate con la combinazione rispetto alla sola psicoterapia, a ulteriore documentazione che la terapia antidepressiva si associa ad un maggior rischio di sospensione del trattamento.

Ci sono evidenze provenienti peraltro solo da un unico studio randomizzato, doppio cieco e controllato con placebo, circa l’efficacia dell’ondansetron, un antagonista selettivo dei recettori HT3, nel ridurre gli episodi di abbuffata e di vomito autoindotto. *(livello di evidenza 2)* Peraltro sono necessari ulteriori studi prima di precisare l’efficacia degli antagonisti dei recettori HT3. Non esistono studi controllati sull’efficacia dei farmaci ansiolitici nel controllare le abbuffate alimentari.

Dal momento che i pazienti affetti da BN presentano un maggiore rischio di sviluppare dipendenza nei confronti dei farmaci e dell’alcool, è raccomandata molta cautela nella prescrizione di benzodiazepine od altri farmaci che possono facilmente indurre abuso e dovrebbe, comunque, sempre essere data la precedenza al trattamento non farmacologico degli stati acuti d’ansia. *(livello di evidenza 5)*

2.2.8.4 Il trattamento nutrizionale

La riabilitazione nutrizionale del soggetto con anoressia nervosa presenta alcuni aspetti peculiari che lo differenziano dal trattamento delle altre condizioni di malnutrizione:

- il programma di riabilitazione nutrizionale va attivato precocemente;
- il programma di riabilitazione nutrizionale è fondamentale per contrastare i sintomi da digiuno e permettere il recupero dell’equilibrio biologico necessario per modificare i problemi emotivi sottostanti;
- il razionale della terapia è il raggiungimento di un peso compreso tra un BMI di 20-25, attraverso la normalizzazione dell’alimentazione e la pianificazione dei pasti.

Il programma di riabilitazione nutrizionale nella AN trova la sua indicazione per le pazienti che presentano un significativo sottopeso (indice di massa corporea < 18.5 o 85% del peso ideale). *(livello di evidenza 5)*

In questi casi infatti, la compromissione delle condizioni generali di salute secondaria al deficit nutrizionale, riduce di molto la possibilità di partecipare al trattamento psicoterapeutico o lo impedisce del tutto.

Il programma di riabilitazione alimentare nella AN, deve essere sviluppato tramite incontri periodici tra nutrizionista/dietista e paziente. *(livello di evidenza 5)*

La formulazione degli obiettivi relativi al peso, al comportamento alimentare e al controllo dei sintomi vanno confrontati con il livello di motivazione della paziente. E' necessario affrontare il tema dell'aumento di peso, dell'importanza del suo monitoraggio e stabilirne la gradualità, la determinazione di un valore da raggiungere, stabilire un range, pianificare i pasti.

La proposizione di un semplice schema dietetico, che può essere considerato utile in altre situazioni, ha scarse possibilità di successo nei soggetti con anoressia nervosa. *(livello di evidenza 5)*

Infatti questi tendono a svilirne il significato attraverso l'analisi, la scomposizione e la manipolazione del cibo, allo scopo di identificare ed eliminare gli alimenti a maggiore densità energetica e raggiungere un peso progressivamente sempre più basso. Invece la pianificazione rigida dei pasti (ora, quantità e qualità, luogo) e l'automonitoraggio sono un valido strumento per la normalizzazione dell'alimentazione e il recupero del peso. ⁽⁶³⁾

Nella AN è di solito necessario iniziare con un apporto giornaliero di 30-40 kcal/kg di peso corporeo (approssimativamente 1000-1600 kcal/die). *(livello di evidenza 5)*

Per le pazienti anoressiche ospedalizzate l'aumento di peso atteso deve essere di circa 0,9 – 1,4 kg/settimana, mentre valori inferiori, circa 0,2 – 0,5 kg/settimana, possono essere l'obiettivo per le altre pazienti anoressiche in regime ambulatoriale o residenziale. *(livello di evidenza 5)*

Durante la fase di rialimentazione è importante il monitoraggio clinico e degli elettroliti per cogliere alterazioni correlate alla sindrome da rialimentazione. *(livello di evidenza 5)*

La sindrome da rialimentazione costituisce una grave e frequente complicanza in qualsiasi soggetto cronicamente malnutrito o a digiuno da alcuni giorni, se la rialimentazione viene effettuata senza un apporto nutrizionale controllato ed un monitoraggio dei livelli serici di elettroliti. È pericoloso esercitare una eccessiva pressione in persone fortemente defedate, se non è per loro rapidamente disponibile un programma di rialimentazione accurato. Spesso, infatti, di fronte alla minaccia di un ricovero o del coinvolgimento dei familiari, alcune pazienti possono iniziare a alimentarsi caoticamente. Una rialimentazione rapida e non controllata è assolutamente da evitare in pazienti a rischio, in quanto a fronte di una massa ventricolare sinistra fortemente ridotta, un ripristino circolatorio conseguente alla rialimentazione può portare a collasso cardiocircolatorio. Questo rischio è molto elevato nelle prime due settimane di rialimentazione e si riduce fortemente impostando una rialimentazione lenta, un opportuno introito di fosforo ed una ridotta assunzione di sodio. Le complicanze più frequenti della sindrome da rialimentazione sono costituite da disturbi elettrolitici, edemi, scompenso cardiaco, disturbi gastroenterici.

Nel caso della Bulimia Nervosa gli obiettivi della riabilitazione nutrizionale devono focalizzarsi principalmente sulla riduzione delle abbuffate e degli atti purgativi in quanto in queste pazienti il problema non è in genere il cattivo stato nutrizionale (livello di evidenza 5). Il rationale della terapia è la regolazione dell'alimentazione e un intervento educativo sui temi del peso e della sua regolazione, sugli effetti fisici delle abbuffate, del vomito auto-indotto, dei lassativi e dei diuretici, sull'inefficacia di queste soluzioni per il controllo del peso e sugli effetti della dieta.

Ad oggi c'è l'evidenza che programmi di trattamento che includano consigli dietetici ed educazione alimentare risultano più efficaci di programmi che escludono quest'ultimo aspetto.

2.2.8.5 Il trattamento farmacologico ormonale e sintomatico

La terapia sostitutiva estro-progestinica nell'amenorrea primaria e secondaria delle pazienti affette da AN non sembra essere opportuna. *(livello di evidenza 4)*

L'amenorrea rappresenta il sintomo "funzionale" nella malnutrizione calorico-proteica ed, in genere, i cicli mestruali ricompaiono dopo il recupero del peso corporeo. Infatti, sulla base degli studi presenti in letteratura, al recupero del 90% del peso ideale in rapporto alla statura si associa il ritorno delle mestruazioni nell'86% delle pazienti. ⁽⁵³⁾ Per ciò che riguarda l'osteoporosi, la somministrazione di estrogeni non sembra avere un impatto significativo sulla densità ossea.

Per quanto riguarda gli altri farmaci, soprattutto i sintomatici (antiemetici, procinetici), devono essere prescritti solo se indispensabili e previa verifica della disponibilità della paziente ad assumerli. *(livello di evidenza 5)*

È da notare che il ricorso al farmaco, per risolvere un problema evidenziato dalla paziente, può privare una persona già fortemente resistente al cambiamento di un utile strumento di motivazione. Inoltre, è importante verificare, nel caso del ricorso al vomito autoindotto, che il farmaco non sia vomitato dopo poco tempo dalla assunzione.

2.2.9 Indicatori di processo e di esito

E' necessario premettere che la valutazione degli esiti dei trattamenti nei disturbi di natura psichiatrica non è ancora una prassi di routine e si realizza soprattutto in ambiti di ricerca. Peraltro, questo aspetto valutativo va assumendo progressivamente un interesse crescente. La valutazione degli esiti in psichiatria richiede diverse avvertenze dal punto di vista metodologico. Ne sottolineiamo due in particolare:

- la necessità di una valutazione multidimensionale;
- l'attenzione a molteplici prospettive.

Tenendo conto delle avvertenze metodologiche sopra accennate, gli indicatori proposti per una valutazione del grado di applicazione di tale linea guida (indicatori di processo)

sono:

- adesione dichiarata delle Aziende a tali linee guida;
- adesione dichiarata dei servizi e dei dipartimenti a tale linea guida;
- inserimento formale nei programmi di attività dei dipartimenti;
- numero di pazienti con DCA trattati in maniera integrata/numero pazienti con DCA totale;
- criteri appropriati per l'ospedalizzazione "in acuto";
- aumento del numero dei casi riferiti alle strutture specialistiche dai medici di medicina generale e dai pediatri di libera scelta per il sospetto di DCA.

Gli indicatori proposti per una valutazione degli esiti di salute secondari alla applicazione di tale linea guida (indicatori di esito) sono:

- riduzione dei casi persi al follow-up;
- riduzione morti per complicanze dell'anoressia;
- riduzione numero di ricoveri in reparti di emergenza/rianimazione;
- aumento numero pazienti con prima diagnosi di DCA in cui è ripreso il ciclo mestruale/numero totale pazienti con prima diagnosi di DCA/anno;
- aumento del numero di pazienti con AN che raggiungono un BMI³ di 18.5 /numero di pazienti totali con AN.

Inoltre si ritiene molto importante l'attivazione di un registro regionale dei DCA contenente almeno le seguenti informazioni:

1. rilevazione dei casi già diagnosticati;
2. rilevazione dei nuovi casi;
3. variazioni temporali di prevalenza/incidenza;
4. quantificazione della guarigione e remissione parziale;
5. dati sulla mortalità, recidive e cronicizzazione.



2.2.10 Bibliografia

- (1) GOLDBERG D. AND GOURNAY K., The general practitioner, the Psychiatrist and the burden of Mental Health Care, Maudsley Discussion Paper n.1, Institute of Psychiatry, 1997. Institute of Psychiatry, London, 1997.
- (2) TURBULL S. ET AL., *The demand for eating disorders care. An epidemiological study using the general practice research database*, in "British Journal of Psychiatry", 1996, 169, pp. 705-712.
- (3) AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA), *Diagnostic and statistic manual of mental disorders*. DC, Author, Washington, 1994 (4th ed.).
- (4) WILLIAMSON D. A., C. K. MARTIN, *Binge eating disorder: a review of the literature after publication of DSM-IV*, in "Eat & Weight Disorders", 1999, 4 (3), pp. 103-114.
- (5) ABRAHAM S. F., MIRA M., LLELLYN-JONES D., *A study of outcome*, in "Int J Eat Dis", 1983, 2, pp. 175-180.
- (6) HERZOG D. B., KELLER M. D., LAVORI P. W. OUTCOME, in "Anorexia nervosa and bulimia nervosa. A review of literature", J Ner Ment Disord, 1988, 176, pp. 131-143.
- (7) HERZOG D. B., KELLER M. B., LAVORI P. W, BRADBURN I. S, Ott I. L., *Course and outcome of bulimia nervosa. Bulimia nervosa, Basic research, diagnosis & therapy*. Ed. Fichter M M, Wiley, Chichester, 1990, pp.126-141.
- (8) HERZOG W., DETER H. C., VANDEREYCHEN W. (EDS). *The course of Eating Disorders*. Springer-Verlag, Berlin, 1992.
- (9) LASK B., BRYANT-WAUGH R., *Prepubertal eating disorders*, Garner M. G., Garfinkel P. E. (Eds.). *Handbook of treatment for eating disorders*. Guilford Press, New York, 1997, pp. 476-483.
- (10) MINISTERO DELLA SANITÀ, *Commissione di studio per l'assistenza ai pazienti affetti da anoressia e bulimia nervosa*, in "Annali della Sanità Pubblica" (Nuova Serie), 1998, Vol III, fasc. 1, 2, 3, pp. 9-20.
- (11) NICHOLAS B., BROADSTOCK M., CHRISTCHURCH, *Effectiveness of earl interventions for preventing mental illness in young people: a critical appraisal of the literature*. Health Technology Assessment, New Zealand, 1999 (NZHTA Report Volume 2 Number 3).
- (12) E. ABRAMSON, "Emotional eating: a practical guide to taking control", in "Positive Press", 1993.
- (13) PERRONE V., *L'organizzazione interdisciplinare: solo costi o anche vantaggi? Oltre la dieta*. Verona, 1992, pp. 103-107.
- (14) DM GARNER E PE E PE GARFINKEL, *Eating Attitude test (EAT -40)*, 1979, versione italiana validata da M. Cuzzolaro e A. Petrilli, 1988.
- (15) CG Fairburne e Z. Cooper EDE 12.OD, *Eating Disorders Examination*, 1993 (versione italiana validata da V.Ricca e E.Mannucci).
- (16) Structured Clinical Interview for DSM IV, SCID, First et al., 1995.

- (17) AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *Practice guideline for eating disorder*, January 2000.
- (18) BATENI M.COPPINI R.DE SALVO C., "Alleanze, circolarità, neutralità di un ricovero in una paziente con DCA", in "Neurologia, Psichiatria e Scienze Umane", 1995, Vol.XV, n.1.
- (19) GREEMBERG J.S.,GREEELEY J.R.,BENEDICT P., *Contribution of persons with serious mental illness to their family*, in "Hospital and community Psychiatry", 1994, 45, pp. 475-479.
- (20) OSTUZZI,R., *La riabilitazione nutrizionale dei DCA*, in "Quon", 1997, 4, pp. 13-16.
- (21) CARAS S., *Personal accounts : Disabled: One more label*, in "Hospital and Community Psychiatry", 1994, 45, pp. 323-324.
- (22) GELLER J. L.HARRIS M., *On the usefulness of the first-person account*, in "Hospital and Community Psychiatry", 1994, 45, pp. 323-324.
- (23) IN K.D.BROWNELL E C.G.FAIRBURN (EDS), *Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook*. Guilford Press, New york.
- (24) GEDINGHOFFM.,BACKMUND H.,FRANZEN U.GORZESKY B.,FENZEL T., *Structured day care therapy for eating disorders*, in "Psychotherapy, Psychosomatik, Medizinische psychologie", 1997, 47, (1), pp. 12-20.
- (25) KAPIAN S.A. OLMSTED M.P., *Partial hospitalization*, in "Handbook of treatment for eating disorder", Gamer DM,Garfinkel PE, 1998, pp. 350-360. Guilford Press, 1998.
- (26) MALFI G.ROVERA G.C., *Il trattamento in day-hospital*, in "I disturbi del comportamento alimentare", Caruso R.Manara F., pp. 199-205. Franco Angeli, Milano, 1997.
- (27) HOEK H.W., *The incidence and prevalence of anorexia nervosa and bulimia nervosa in primary care*, in "Psychological Medicine", 2, pp. 455-460, 1991
- (28) HOEK H.W., *Review of the epidemiological studies of eating disorders* in "Int.Rev. of Psychiatry", 5, pp. 61-74.
- (29) SANTONASTASO. P.E PANTANO, M., *Psicoterapia nei disturbi del comportamento alimentare*, in "Santonastaso P.(Ed) Manuale di psicoterapia". Masson, Milano, 1993.
- (30) POPEO A., BAUER B., *Vorrei e non vorrei: dall'ambivalenza alla decisione. Il processo motivazionale*, Bauer B., Ventura M. (Eds.) *Oltre la dieta. Una nuova cultura per I disturbi alimentari*. Centro Scientifico Editore, Torino, 1998, pp. 69-96.
- (31) PROCHASKA J. O., DI CLEMENTE C. C., *Stages and processes of self-change in smoking: toward an integrative model of change*, in "J Consult Clin Psychol", 1983, 5,pp. 390-395.
- (32) MILLER W., ROLLNICK S., *Il colloquio di motivazione*. Erickson, Trento, 1996
- (33) SCHMIDT,U.;TILLER J.E.,i TREASURE, *Self treatment of bulimia nervosa : A pilot study*, in "Int.J. of Eat.Disord", 13, pp. 237-277.
- (34) GLICK D., BURTI L.,OKONOJI K.,SAKS M., *Effectiveness in psychiatric car. III:Psychoeducational and outcome for patient with major affective disorder and their families*, in "British Journal Psychiatry", 1994, 164, pp. 104-105.
- (35) GARNER D.M.NEEDLEMAN L.D., *Sequencing and integration of the treatment*, Garner M.G.Garfinkel P.E.(Eds). Handbook of treatment for eating disorder. Guilford Press,

New York, 1997, pp. 50-63.

- (36) LEWADONSKY, LM.GEGING, TA, ANTHONY JL.O'BRIEN, WH. *Meta analysis of cognitive behavioral treatment studies for bulimia*, in "Clin. Psychol. Rev.", 1997, 17, p. 703.
- (37) CIRILLO S. DELLA MORA C., MAZZUCHELLI F., NOSENGO C., SELVINI M. SORRENTINO A.M., *Approccio psicodinamico individuale e approccio sistemico familiare in un servizio per adolescenti : integrazioni possibili*", in "Psicobiettivo", 1990, 10, 3.
- (38) MONTECCHI F., *Problemi psichiatrici in pediatria*. Borla, Roma, 1991.
- (39) M.SELVINI PALAZZOLI, S.CIRILLO, M.SELVINI, A.M.SORRENTINO, *Ragazze anoressiche e bulimiche*, Cortina, 1998.
- (40) R.A.GORDON, *Anoressia e bulimia*. Raffaello Cortina, 1991.
- (41) SCHULZE MONKING H., *Self help groups for families of schizophrenic patients : Formation and therapeutic impact*. Social, in "Psychiatry and psychiatric Epidemiology", 1994, 29, pp. 149-154
- (42) GARFINKEL P. E., GARNER D. M. (Eds.), *The role of drug therapies for the eating disorders*. Brunner/Mazel, New York, 1987.
- (43) JIMMERSON, DC, WOLFE, BE, BROTMAN, AW, METZGER, ED., *Medication in the treatment of eating disorders*, in "Psychiatr. Clin. North Am", 1996, 19, p. 739.
- (44) FISHER, M., GOLDEN, NH, KATZAM, DK, ET AL., *Eating disorder in adolescents: A background paper.*, in "J Adolescent Health", 1995, 16, p. 420.
- (45) KAYE, W.H. WELTZIN, HSU, LK, BULIK, CM., *An open trial of fluoxetine in patients with anorexia nervosa*, in "J.Clin.Psychiatry", 1991, 52, p. 664.
- (46) JIMMERSON, DC. WOLFE, BE, BROTMAN AW, METZGER, ED. *Medication in the treatment of eating disorder*, in "Psychiatric Clin. North Am.", 1996, 19, p. 739.
- (47) MITCHELL J.E., PYLE RL, ECKERT ED, HATSUKAMI D., ZIMMERMAN R., POMEROY C., *A comparison study of antidepressant and structured intensive group psychotherapy in the treatment of bulimia nervosa*, in ".Arch.Gen.Psychiatry", 1990, 47, pp. 149-157 (A).
- (48) AGRAS W.S., ROSSITER EM, ARNOW B., SCHNEIDER J.A., TELCH CF., RAE BURN SD, BRUCE B., PEARL M., KORAN LM., *Pharmacological and cognitive-behavioral treatment for bulimia nervosa : a controlled comparison*, in "Am J. Psychiatry", 1992, 149, pp. 82-87 (A).
- (49) FLUOXETINE BULIMIA NERVOSA COLLABORATIVE STUDY GROUP, *Fluoxetine in the treatment of bulimia nervosa. A multicenter, placebo-controlled, double blind trial*, in " Arch. Gen. Psychiatry", 1992, 49, p. 139.
- (50) FLUOXETINE BULIMIA NERVOSA COLLABORATIVE STUDY GROUP, *Fluoxetine in the treatment of bulimia nervosa*, in " Arch Gen Psych", 1992, 49, pp. 139-147.
- (51) GOLDSTEIN D. J., WILSON M. G., THOMPSON V. L., POTVIN J. H., RAMPEY A. H., *The fluoxetine Bulimia Nervosa Research Group: long-term fluoxetine treatment of bulimia nervosa*, 1995, 166, pp. 660-666.
- (52) LAESSLE RG, ZOETTLER C, PIRKE K., *Meta Analysis of treatment studies for bulimia*, in "Int J Eat Disord", 1987, 6, pp. 647-654 E..
- (53) KILBANSKI A. BILLER B. M. K., SCHOENFELD D. A., HERZOG D. B., SAXE V., *The effects of estrogen administration on trabecular bone loss in young women with anorexia nervosa*, in " J Clin End Metab", 1995, 80, pp. 898-904.

- (54) BARTON S. ED, *Clinical Evidence*, BMJ Publ. Group, London UK. December, 2000, pp. 511-518 (issue 4).
- (55) Hoek HW: *The distribution of eating disorders*; in “Brownell KD, Faiburn CG(eds)”: *Eating disorders and obesity. A comprehensive handbook*. Guilford Press, New York, 1995, pp. 207-211.
- (56) SANTONASTASO P., ZANETTI T., SALA A., FAVARETTO G., VIDOTTO G., FAVARO, A. *Prevalence of eating disorders in Italy : a survey on a sample of sixteen-years-old-female students*, in “Psychosom”, 1996, 65, pp. 158-162.
- (57) KILLEN JD, HAYWARD C, WILSON DM, TAYLOR CB, HAMMER LD, LITT I, SIMMONDS B., HAYDEL F., *Factors associated with eating disorders symptoms in a community sample of 6th and 7th grade girls*, in “Int. J. Eating disorders”, 1994, 15, pp. 357-367.
- (58) CARTER JC, STEWART DA, DUNN VJ, FAIRBURN CG., *Primary prevention of eating disorders : Might it do more harm than good?*, in “ Int J Eating disorders”, 1997, 22, pp. 167-172.
- (59) MANN T, NOLENHOEKSEMA S., HUANG K., BURGARD D., WRIGHT A., HANSON K., *Are two interventions worse than none: Joint primary and secondary prevention on eating disorders in college female*. Health Psychol!, pp. 215-225.
- (60) SANTONASTASO P., FERRARA S., FAVARO A., *Disturbi dell'alimentazione nella popolazione generale femminile. Prevalenza e caratteristiche cliniche. Relazione al XLI Congresso della Società Italiana di psichiatria*, Bari, 25-29 Aprile 1999. Atti, 1999, pp. 304-306.
- (61) DALLE GRAVE R. E DE LUCA, *Prevenzione dei disturbi dell'alimentazione*. Positive Press
- (62) DALLE GRAVE R. E DE LUCA, *Studio pilota controllato eseguito nella provincia di Lecce nel periodo 1998-1999*.
- (63) ABRANSON E., *Emotional Eating : a practical guide to taking control*. Positive Press, 1993.
- (64) Garner D. e R. Dalle Grave, *Terapia cognitivo-comportamentale dei disturbi dell'alimentazione*. Positive Press, 1999.

2.2.11 Allegati

Allegato n. 1

Criteria diagnostici DSM - IV, 1994 (cod. 307.1)

Anoressia Nervosa

- a) Rifiuto di mantenere il peso corporeo al livello minimo normale per l'età e la statura o al di sopra di esso (p.e.: perdita di peso che porta a mantenere il peso corporeo al di sotto del 85% di quello atteso; o, in età evolutiva, mancanza dell'aumento di peso previsto che porta a un peso corporeo inferiore all'85% di quello atteso).
- b) Intensa paura di aumentare di peso o di ingrassare, pur essendo sottopeso.
- c) Disturbi nel modo di sentire il peso e le forme del proprio corpo, influenza indebita del peso e delle forme del corpo sulla valutazione di sé, o diniego della gravità della perdita di peso attuale.
- d) Nelle donne che hanno già avuto il menarca, amenorrea, cioè assenza di almeno tre cicli mestruali consecutivi. (Si considera una donna amenorroica se i suoi cicli avvengono solo dopo somministrazione di ormoni, p.e. di estrogeni).

Specificare il tipo:

Tipo restrittivo

Durante l'episodio di Anoressia Nervosa la persona non presenta frequenti episodi di abbuffate o di comportamenti purgativi (p.e. vomito autoindotto o abuso-uso improprio di lassativi, diuretici o clisteri).

Tipo bulimico

Durante l'episodio di Anoressia Nervosa la persona presenta frequenti episodi di abbuffate compulsive o di comportamenti purgativi (p.e. vomito autoindotto o abuso-uso improprio di lassativi, diuretici o clisteri).

Allegato n. 2

Criteria diagnostici DSM – IV, 1994 (cod. 307.1)

Bulimia Nervosa

- a) Episodi ricorrenti di abbuffate compulsive. Un'abbuffata compulsiva è definita dai due caratteri seguenti (entrambi necessari):
 - Mangiare, in un periodo di tempo circoscritto (p.e., nell'arco di due ore), una quantità di cibo che è indiscutibilmente maggiore di quella che la maggior parte della gente mangerebbe nello stesso periodo di tempo in circostanze simili.
 - Un senso di mancanza di controllo sull'atto di mangiare durante l'episodio (p.e. sentire di non potere smettere di mangiare o di non poter controllare cosa o quanto si sta mangiando).
- b) Comportamenti ricorrenti impropri di compenso indirizzati a prevenire aumento di peso, come: vomito autoindotto; abuso-uso improprio di lassativi, diuretici, clisteri o altri farmaci; digiuno; esercizio fisico eccessivo.
- c) Abbuffate e contro misure improprie capitano, entrambe, in media almeno due volte a settimana per tre mesi.
- d) La valutazione di sé è indebitamente influenzata dalle forme e dal peso del corpo.
- e) Il disturbo non capita soltanto nel corso di episodi di Anoressia Nervosa.

Specificare il tipo

Tipo purgativo:

Durante l'episodio attuale di Bulimia Nervosa, la persona si è provocata frequentemente il vomito o ha usato frequentemente in modo improprio lassativi, diuretici, o clisteri.

Tipo non purgativo:

Durante l'episodio attuale di Bulimia Nervosa, la persona ha usato altri comportamenti impropri di compenso, come il digiuno o l'esercizio fisico eccessivo, ma non si è provocata frequentemente il vomito né ha usato frequentemente in modo improprio lassativi, diuretici o clisteri.

_CRITERI DI ACCESSO AI VARI LIVELLI DI TRATTAMENTO

(da: American Psychiatric Association: Practice Guidelines for the treatment of patients with eating disorders, gennaio 2000, modificata)

| Caratteristiche | Livello1 Ambulatorio | Livello2 Strutture semiresidenziali |
|---------------------|--|---|
| Complicanze mediche | Condizioni stabili da un punto di vista medico | |



| | | |
|---|---|--|
| Tendenza suicida | Nessuna intenzione o progetto | |
| Peso espresso in % rispetto al peso ideale | > 80 % | |
| Motivazioni al trattamento inclusa la capacità collaborativa e l'attitudine a controllare pensieri ossessivi | Buona | Parziale pensieri egosintonici più di tre ore al giorno collaborative |
| Comorbidità psichiatrica (abuso di sostanza, depressioni, ansia, etc.) | La presenza di comorbidità può influenzare la si | |
| Necessità di struttura per l'assistenza ai pasti | Autosufficienti | Necessità di super costante de |
| Diminuzione della capacità di prendersi cura di sé e di controllare l'attività fisica | Capaci di effettuare attività fisica senza attitudine compulsiva | Necessità di controlli per prevenire l'eccesso compulsivo di attività fisica |
| Comportamenti purgativi (lassativi e/o diuretici) | Capacità di ridurre l'attitudine a comportamenti purgativi anche in ambienti non strutturati; nessun complicanza medica significativa che renda necessaria l'ospedalizzazione | |
| Stress ambientali | L'ambiente è in grado di provvedere ad un adeguato supporto emozionale e pratico | L'ambiente è in grado di provvedere ad un supporto emozionale pratico limitato |
| Accessibilità al trattamento | Risiedono vicino alle strutture deputate al trattamento ambulatoriale | |

Allegato n. 4

La prevenzione: alcune considerazioni

Raramente, la paziente con disturbo alimentare arriva subito all'attenzione dello specialista, psichiatra o nutrizionista, e di conseguenza può essere utile un consulto per confermare o smentire la diagnosi che in caso positivo sarebbe di conseguenza una diagnosi precoce. Peraltro, l'efficacia di una diagnosi e conseguentemente di un trattamento precoci nel ridurre la morbilità e la mortalità è presumibile solo su base teorica e sulla base di studi di coorte che hanno evidenziato come la prognosi sia relata ad una durata di malattia inferiore.

I DCA sono diventati negli ultimi anni oggetto di accresciuto interesse da parte della comunità scientifica nazionale e internazionale e un importante problema di sanità pubblica trattandosi di disturbi psichiatrici gravi, con alta comorbidità psichiatrica, con frequenti complicanze mediche e con una delle più alte percentuali di mortalità tra i disturbi psichiatrici.

Molti studi riportano che, a fronte di un numero sempre maggiore di persone che richiede un trattamento, è ancora molto bassa la percentuale di soggetti affetti da DCA che si rivolge a strutture sanitarie. In uno studio effettuato in Olanda⁽⁵⁵⁾ si evidenzia che solo il 40% dei soggetti con anoressia nervosa e il 10% di quelli affetti da bulimia nervosa sulla popolazione totale afferisce alle strutture sanitarie. Da uno studio svolto sulla popolazione di Padova⁽⁵⁶⁾ si riscontra che circa il 56% delle pazienti con anoressia nervosa ed il 29% delle pazienti con bulimia nervosa aveva manifestato l'esigenza di una qualche forma di trattamento per il problema alimentare.

Una riflessione su questi ed altri dati indica che sarebbero necessari interventi di prevenzione primaria e secondaria, interventi cioè che agiscano sia sui fattori di rischio e sui fattori scatenanti dei DCA sia sui fattori che impediscono o rallentano la richiesta di aiuto tempestiva una volta che il disturbo si sia manifestato. A livello europeo e negli Stati Uniti si sta dedicando un particolare interesse alla possibilità di formulare interventi di prevenzione da attuare nelle fasce di età a rischio, soprattutto nelle scuole per vari motivi ma fondamentalmente perché:

- il trattamento dei DCA è spesso lungo e costoso;
- nei casi di lunga durata della malattia spesso le terapie disponibili non sono sufficienti a guarire il disturbo e la cronicizzazione è difficilmente evitabile;
- un intervento precoce e l'uso di terapie specifiche sembra invece essere associato ad una prognosi positiva.

Al momento attuale però gli studi controllati che abbiano esaminato l'efficacia di interventi di prevenzione primaria sono molto pochi e con risultati poco incoraggianti. Più volte è stata anche messa in discussione l'utilità di questi interventi⁽⁵⁷⁾ e due studi in particolare evidenziano anche un effetto negativo dell'intervento.⁽⁵⁸⁻⁵⁹⁾ Bisogna rilevare però che nel primo studio non viene esaminato un gruppo di controllo e nel secondo l'intervento di prevenzione primaria e secondaria si rivolge a un campione di studentesse universitarie con limite d'età troppo avanzato. Si evince quindi la difficoltà dello studio stesso a valutare gli effetti dei due diversi interventi e se i peggioramenti osservati sono

in realtà legati ad un successo della prevenzione secondaria, ovvero ad una maggiore disponibilità a rilevare di soffrire di disturbi alimentari.

Queste scarse evidenze sull'efficacia di programmi di prevenzione specifici per i DCA, (livelli di evidenza E-F) nonché il parziale consenso o conferma definitiva su quale sia l'approccio metodologico migliore e quali le situazioni e gli ambiti ideali dove sviluppare un intervento preventivo strutturato, rafforzano ulteriormente la necessità di approfondire la ricerca e gli studi.

Alcune indicazioni suggeriscono che in tema di prevenzione primaria gli interventi siano svolti prima o all'inizio dell'età a rischio. Ma anche intervenire troppo precocemente potrebbe essere inutile perché ancora non sono iniziati i cambiamenti fisici e psicologici caratteristici dell'età adolescenziale e che sembrano innescare tutta una serie di problematiche legate al corpo che costituiscono il principale fattore di vulnerabilità per questi disturbi. Da qui l'esigenza di avviare degli interventi precoci e svolgere dei follow-up a più lungo termine proprio per osservare l'incidenza eventuale sull'evoluzione dello sviluppo psico-fisico in questi soggetti dopo la pubertà e durante l'adolescenza. La maggior recettività della fase adolescenziale sembra confermata in alcuni studi che evidenziano cambiamenti significativi in brevi periodi negli atteggiamenti alimentari e nei sintomi psichici in questa epoca di vita anche in soggetti che non hanno svolto alcun intervento preventivo.⁽⁶⁰⁾

Se si parte dal presupposto che la patologia anoressica e bulimica, pur certamente connessa a modelli culturali e di costume, affonda le sue radici nella difficile fase di transizione dall'età evolutiva verso l'età adulta, riteniamo che in linea generale la prevenzione dei DCA dovrebbe rientrare a pieno titolo in tutti i programmi di prevenzione primaria e secondaria per i disturbi gravi dell'età evolutiva.

Infatti è altamente riduttivo considerare ai fini sanitari ed educativi questi disturbi, che hanno un'origine multidimensionale e a presentazione eterogenea, come malattia alla moda o autoprovocate o esclusivamente secondarie a rapporti familiari conflittuali.

Se da una parte infatti un aspetto importante della componente patogenetica dei DCA può essere individuato nei messaggi trasmessi dai mass media, che idealizzano aspetti e costumi irreali e fuorvianti, dall'altra ci troviamo di fronte a un disturbo grave dell'età evolutiva, in cui l'aspetto culturale rinforza in modo patologico dinamiche psicologiche dell'adolescenza intervenendo come fattore scatenante sulla "vulnerabilità" psichica dei soggetti.

Uno studio eseguito nelle scuole superiori di Lecce⁽⁶¹⁾ ha evidenziato l'elevata correlazione esistente negli adolescenti fra autostima e percezione della propria immagine corporea. L'80 % circa degli intervistati infatti, su un campione di 800 individui circa, si è dichiarato insoddisfatto del suo peso e dell'aspetto fisico ed ha attribuito al peso e alla magrezza un valore molto alto in una scala di autostima. L'aspetto fisico assume poi particolare rilievo nell'adolescenza non solo perché lo sviluppo e l'accentuazione dei caratteri sessuali richiamano l'attenzione personale di ciascuno, ma perché l'identità fisica richiama l'attenzione degli "altri" e rafforza la sicurezza del proprio sé.

Alcuni studi hanno evidenziato inoltre che il controllo costante del proprio corpo (**ipervigilant body cecking**) in uno stato di tensione emotiva tipico dell'adolescenza, può amplificare la percezione delle imperfezioni corporee e condurre l'individuo a re-

stringere ulteriormente la dieta. Spesso il monitoraggio può diventare altamente avversivo per cui i soggetti evitano addirittura di guardarsi (**avoidance body cecking**) e questo atteggiamento contribuisce a mantenere il disturbo in quanto la mancata osservazione del proprio corpo non permette alcuna verifica sull'evoluzione del peso e delle forme e fa insistere dunque sulle eventuali restrizioni dietetiche.

L'enfasi alimentare non deve distogliere però l'attenzione dalle problematiche più profonde legate all'età evolutiva. Siamo di fronte a comportamenti che hanno il cibo come possibile ossessivo oggetto di riferimento ma che hanno radici altrove e che quindi non possono essere affrontati ed eventualmente risolti parlando solo di educazione alimentare. Non un progetto di educazione alimentare quindi in senso stretto ma un progetto educativo generale modulato sui vari livelli a partire eventualmente dalla scuola materna.

Alla luce di queste considerazioni siamo orientati a considerare un possibile intervento di prevenzione che si sviluppi secondo due principi:

- considerare il disturbo come espressione più ampia di disagio psichico adolescenziale e organizzare la prevenzione come progetto allargato per la diffusione del concetto di benessere psico-fisico secondo il concetto di promozione alla salute quale quello promosso dall'OMS;
- considerare questi disturbi come correlati e favoriti dal contesto socio culturale dei nostri giorni e muoversi quindi all'interno di un piano di prevenzione che tenga conto di queste influenze ma non centri l'intervento solo su questo tema.

Prevenzione primaria

Una programmazione di interventi possibili potrebbe essere stabilita attraverso una collaborazione tra le strutture sanitarie e quelle scolastiche sviluppando azioni di informazione ed educazione alla salute. E' fondamentale che l'intervento di prevenzione primaria sia precoce e rivolto essenzialmente alla fascia dell'età evolutiva, condotto da operatori altamente qualificati con uno strumento agile, semplice nel linguaggio e coinvolgente per i giovani interessati.

L'alta qualificazione degli operatori è un presupposto essenziale in quanto i ragazzi prestano molta attenzione all'operatore "effetto modellamento" e l'impatto degli argomenti affrontati può essere molto profondo in quest'epoca di vita. Il problema non è solo femminile e, in piccola percentuale peraltro in aumento, coinvolge anche i maschi il cui ruolo può essere importante nel ridurre la pressione sociale esercitata sulle donne dai modelli proposti dalla società. E' importante sfruttare le risorse umane dei giovani attraverso il loro coinvolgimento diretto nell'aiutare i coetanei affetti da DCA preparandoli ad una maggiore conoscenza del disturbo, ad azioni che riducano l'importanza attribuita al valore dell'aspetto fisico e ad atteggiamenti adeguati per aiutare in modo costruttivo le persone affette da questi problemi.

Gli obiettivi specifici di un possibile programma possono essere qui di seguito definiti:

1. Aiutare gli studenti ad evitare di sviluppare un DCA attraverso:

- riduzione dell'importanza che essi attribuiscono al peso e alle forme;
- accettazione delle modificazioni biologiche corporee indotte dalla pubertà;

- sviluppo di una filosofia di vita basata sull'autoaccettazione;
- il mantenimento di un comportamento alimentare ed uno stile di vita salutare.

2. Aumentare la conoscenza dello studente su:

- pressione socio-culturale sulla magrezza e la bellezza;
- distorsioni cognitive che possono predisporre ai DCA;
- effetti fisici e psicologici della dieta;
- i DCA.

Questo tipo di intervento informativo-educativo, ⁽⁶²⁾ finalizzato al rinforzo dell'autostima e a contrastare le influenze negative della cultura sulla salute in generale, si può inserire in modo più ampio all'interno di un discorso di prevenzione globale del disagio giovanile a cui spesso, soprattutto nel caso della bulimia, alcuni comportamenti possono essere strettamente correlati (abuso di alcool, sostanze stupefacenti, atteggiamenti autolesivi etc); è importante pertanto che questo genere di intervento educativo stimoli conoscenze, attitudini e comportamenti che promuovano autoaccettazione e benessere psico-fisico nell'adolescente e lo aiutino a comprendere meglio il rapporto stretto fra emozioni e cibo. ⁽⁶⁴⁾

Prevenzione secondaria

L'obiettivo specifico di un programma di prevenzione secondaria è quello di mettere in atto tutti i meccanismi che favoriscono una individuazione precoce dei casi di DCA e la diminuzione del periodo di tempo che intercorre tra diagnosi ed inizio del trattamento. L'importanza della prevenzione secondaria nei DCA è particolarmente elevata perché una breve durata della malattia dal momento dell'inizio del trattamento può essere associata ad una evoluzione più favorevole del disturbo.

A tale scopo si considera primario:

- un lavoro di formazione ed aggiornamento rivolto alle agenzie sanitarie non specialistiche (medicina di base, sportiva, pediatri di base, consultori, medici scolastici) che più frequentemente captano la domanda di cura di tali disturbi, con l'obiettivo di creare una maggiore sensibilità e attitudine diagnostica verso questa patologia;
- l'applicazione di un protocollo standard di rilevazione del fenomeno, di indirizzo terapeutico e riabilitativo;
- la valutazione periodica dei programmi di prevenzione e comunicazioni attraverso incontri con gli operatori in seminari e meeting.

Si ritiene inoltre utile ribadire, come già affermato in precedenza, che è opportuno indirizzare verso lo specialista una paziente che presenti anche una sola delle condizioni necessarie per soddisfare la diagnosi DCA.