

**IL PASTO ASSISTITO NEL TRATTAMENTO DEI DISTURBI  
DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE IN A.S.L. CN1  
THE MEAL ASSISTED IN THE TREATMENT OF EATING  
BEHAVIOR DISORDERS IN A.S.L. CN1**

Primo autore: Dott.ssa Anna Maria Pacilli, Responsabile Centro DAN Cuneo, Corso Francia 10

Dirigente Medico ASL CN1, Psichiatra Psicoterapeuta

Altri autori

Daniela Massimo, Psicologa Psicoterapeuta, Dirigente ASL CN1

Mara Olocco, Psicologa Psicoterapeuta, Borsista ASL CN1

Veronica Balbo, Infermiera ASL CN1

Silvia Dalmasso, Operatrice Socio-sanitaria

**Introduzione e obiettivo del lavoro**

Il pasto assistito rientra in un programma di riabilitazione psico-nutrizionale e prevede che il paziente affetto da disturbi del comportamento alimentare sia supportato durante i pasti da un operatore (il dietista, l'infermiere professionale o lo psicologo).

Nell'ambito del Centro Disturbi del Comportamento alimentare dell'Azienda Sanitaria Locale CN1, del quale noi rappresentiamo l'équipe terapeutica, la pratica è quella del pasto "osservato", non avendo sede nella stessa struttura la Dietologia, che, invece, fa parte dell'Azienda Ospedaliera Santa Croce e Carle.

La nostra struttura è anche l'unica in Piemonte che ha questo tipo di servizio territoriale.

Il momento della condivisione del pasto riveste un ruolo centrale all'interno di percorsi terapeutici ospedalieri, residenziali e semiresidenziali; riscontra inoltre applicazione a livello ambulatoriale e di day-service. L'obiettivo consiste nel favorire un adeguato apporto nutrizionale, coadiuvando il paziente nel progressivo superamento della paura nei confronti del cibo e nell'abbandono dei rituali inappropriati che ne ostacolano l'assunzione.

**Materiali e metodi** – Lo studio è di tipo descrittivo, prendendo in considerazione le

varie figure professionali che sono coinvolte in questo tipo di attività riabilitativa e l'importanza che ognuna di esse riveste in essa.

**Risultati** – Le testimonianze da parte degli utenti del Servizio dimostrano l'importanza del pasto assistito e di quanto, seppure con differenze tra i diversi tipi di quadri psicopatologici, dopo un percorso di cura più o meno lungo, tutti gli utenti ne hanno ravvisato non solo l'utilità ed i benefici nel loro percorso di cura, ma anche la possibilità di promuovere un ampliamento della rete di relazioni sociali e la soddisfazione rispetto al supporto ricevuto da parte del personale sanitario. Per la sua valenza terapeutico-riabilitativa, il momento del pasto “osservato”, al quale seguono altre attività terapeutico-riabilitative nel *post-prandium*, è stato mantenuto anche nella fase pandemica da Covid-19, seppur nel rigoroso rispetto del distanziamento interpersonale e dell'utilizzo dei DPI.

**Analisi** – Dalle testimonianze finora raccolte è emersa la difficoltà da parte degli utenti lavoratori ad integrare il trattamento all'interno della propria routine quotidiana, mentre anche i pazienti affetti da Anoressia Nervosa, uno dei quadri psicopatologici più gravi, hanno riferito di giovare di tale metodica terapeutica, sebbene spesso comporti una grossa fatica da parte loro riuscire a terminare tutto il “vassoio” consigliato dai dietisti.

**Discussione e conclusione** – L'osservazione condotta finora ha dimostrato come l'attitudine generale degli intervistati rispetto al servizio sia decisamente positiva. L'obiettivo che ci poniamo è quello di ampliare ulteriormente il campione per integrare i dati attualmente ottenuti con quelli futuri.

Lo studio ha inoltre evidenziato, finora, le difficoltà nella partecipazione al servizio da parte degli utenti lavoratori; risulterebbe utile discutere delle avversità e ove possibile coadiuvare i pazienti nell'adozione di nuove strategie organizzative.

**“Lasciate che il cibo sia la vostra medicina  
e la vostra medicina sia il cibo”**

**Ippocrate di Coo ( 460 a.C.-370 a.C.)**

## **PREMESSA**

Nutrirsi rappresenta un atto fisiologico, uno dei primi, anzi il primo, essenziale nella nostra vita. Infatti già il ventre materno è stato predisposto dalla natura non solo per il contenimento del feto, ma anche per la sua nutrizione.

Sarebbe semplicistico ridurre la nutrizione alla semplice alimentazione, perchè essa rappresenta anche il gesto con cui la nostra prima figura di riferimento, la madre, ci ha accolti prima dentro di sé, poi, dopo la nascita, ha iniziato a prendersi cura di noi, sia nutrendoci che accudendoci.

Con il passare degli anni abbiamo dovuto imparare, separandoci da nostra madre, a conoscere il nostro corpo ed a nutrirlo in base alle sue esigenze. Abbiamo, così, imparato a selezionare gli alimenti e quali siano gli orari più adatti per consumarli, anche in base agli impegni scolastici, prima, e lavorativi, poi. Abbiamo imparato a gestire il senso di fame e di sazietà ed a rispondere ad essi in modo adeguato. Abbiamo imparato che al nostro corpo giova l'attività fisica, da svolgere ognuno secondo le proprie possibilità.

Tutto questo è ciò che accade nei processi fisiologici, ma quanto appare così normale viene sconvolto nelle patologie del comportamento alimentare.

Questi disturbi, come vedremo, sono in costante aumento non solo quantitativamente, ma anche per quanto riguarda le tipologie, essendo negli ultimi tempi sempre più rappresentati anche nel sesso maschile, mentre fino a qualche tempo fa erano appannaggio quasi esclusivo del sesso femminile.

Durante l'adolescenza i Disturbi del Comportamento Alimentare (conosciuti anche con l'acronimo DCA o, più recentemente, DAN), compromettono un regolare e sereno percorso di vita in giovani uomini e donne. Il pasto assistito rappresenta uno dei capisaldi del percorso di riabilitazione nutrizionale, che si inserisce all'interno delle loro vite, senza necessariamente stravolgerle o modificarle. Presso il Centro dei Disturbi del Comportamento Alimentare dell'ASL CN1, di cui chi scrive rappresenta l'èquipe terapeutica, gli utenti sono supervisionati prima, durante e dopo il pasto, da un'infermiera, a sua volta supportata da una operatrice socio sanitaria. Il pasto assistito evidenzia la coesistenza della natura tecnica, relazionale ed educativa propria di ogni figura sanitaria che decida di fare parte dell'èquipe multidisciplinare per la presa in carico e la cura dei DCA (Dalle Grave, R., Banderali, A. Cappelletti, M et al. 2013).

Questo necessita del raggiungimento di un alto grado di coesione tra i vari membri dell'èquipe, affatto scontata, ma costruita nel tempo, nell'ottica di raggiungere un equilibrio fondamentale, espressione dell'arte terapeutica e della complessità alla base di una buona pratica clinica. Mi pare opportuno puntualizzare che l'ambulatorio

del Centro per la diagnosi e la cura dei DCA è situato nell'ambito del Dipartimento di Salute Mentale dell'ASL CN1, in una dislocazione territoriale e non ospedaliera. L'ambulatorio di Nutrizione e Dietetica è invece situato nell'ambito dell'Azienda Ospedaliera Santa Croce e Carle di Cuneo, ma è presente "in loco" la figura di una dietista soprattutto durante il pasto.

## **INTRODUZIONE**

I disturbi dell'alimentazione implicano un'alterazione persistente dell'alimentazione o del comportamento ad essa relativo che modifica il consumo o l'assorbimento del cibo ed ostacola significativamente la salute fisica e/o il funzionamento psicosociale.

I disturbi dell'alimentazione comprendono:

- Anoressia nervosa;
- Disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo;
- Disturbo da alimentazione incontrollata;
- Bulimia nervosa;
- Pica;
- Disturbo da ruminazione.

## **I disturbi del comportamento alimentare in ASL CN1**

I disturbi del comportamento alimentare di cui ci occupiamo in modo precipuo sono rappresentati dalla Anoressia, in cui vengono adottate o la restrizione degli alimenti o

l'utilizzo di condotte compensatorie atte ad eliminare calorie, dalla Bulimia, con o senza condotte compensatorie, dal Disturbo da alimentazione incontrollata ( o Binge Eating Disorder), in cui non vengono messe in atto metodiche compensatorie per cui, se il disturbo si protrae nel tempo, il destino al quale vanno incontro i pazienti che ne sono affetti, è rappresentato quanto meno dal sovrappeso e, nei casi più gravi, dalla Obesità conclamata. Inoltre il nostro ambulatorio annovera tra le persone assistite quelle affette da Disturbo dell'Alimentazione non altrimenti specificato (NAS), cioè quei disturbi che non soddisfano i criteri diagnostici di nessuno dei disturbi precedentemente elencati.

Per inciso, ci sembra opportuno ricordare in questa sede che si assiste sempre più frequentemente nella terapia dei grandi obesi, ad interventi di chirurgia bariatrica, effettuati dalla nostra Azienda Sanitaria, che dovrebbero rappresentare *l'extrema ratio* a cui ricorrere dopo aver seguito inutilmente diete e metodiche terapeutiche che si sono rivelate fallimentari, e non certo una tra le prime scelte. ([http://www.disturbialimentarionline.it/images/documenti\\_2017/linee\\_guida\\_SICOB.pdf](http://www.disturbialimentarionline.it/images/documenti_2017/linee_guida_SICOB.pdf))

Si è visto, infatti, che, se è vero, da un lato, che un intervento chirurgico, più o meno invasivo, a seconda delle metodiche utilizzate, può far perdere peso, almeno inizialmente, dall'altro non modifica, evidentemente, le cause prime del problema, che sono situate non a livello periferico (nello stomaco), ma a livello centrale ( cerebrale, a livello del centro della fame e della sazietà). Infatti, se è presente una patologia psichica alla base del disturbo allora, oltre ai rischi connessi all'intervento

chirurgico ed al post intervento, si aggiunge la non risoluzione della problematica di fondo.

Spesso i disturbi alimentari rappresentano solo la punta di un iceberg, sotto al quale c'è tutto un mondo sommerso, dietro l'apparenza fisica c'è la difficoltà di esprimere a voce ciò che sembra solo corporeo, ma che non è solo corporeo. Psiche e soma viaggiano sempre di pari passo. E' vero che i mass media hanno la loro parte di responsabilità nel presentare un modello di donna efebica, androgina, come donna oggetto di desiderio sessuale, ma questi non sono certo gli unici fattori responsabili del problema: le culture occidentali danno sempre meno spazio alla espressione delle emozioni tramite il contatto e sempre più spazio alla espressione delle stesse tramite 'emoticons' che troviamo sui nostri smarphone, le faccette che spesso non sono interpretabili in modo univoco, ma con uno scambio di emozioni espresse in modo dubbio. La contraddizione evidente è che, accanto alle pubblicità di donne che indossano la taglia trentasei/ trentotto, si assiste alla pubblicità di catene di fast food che propongono una alimentazione del tutto scorretta a base di cibi grassi, fritti ed ipercalorici.

Come intercettare il problema alimentare? Ci riferiamo soprattutto alla Anoressia che rimane, tra i disturbi alimentari quello più grave, perché mette in serio pericolo la vita delle/ dei nostri pazienti, o sotto forma di lento suicidio, o con tentativi di suicidio realmente agiti.

Per le famiglie, anche quelle più attente alle problematiche adolescenziali, non è facile accorgersi del disagio all'esordio, per cui capita che spesso giungano al nostro

Centro di Cuneo pazienti già molto defedate, in cui il primo approccio non può essere quello ambulatoriale ma deve avvenire tramite un ricovero ospedaliero, diventando difficile, se non impossibile, una presa in carico solo di tipo ambulatoriale.

Qualche campanello di allarme può essere rappresentato dalla *ortoressia*, ([www.auxologico.it](http://www.auxologico.it)), ossia l'attenzione esagerata alle calorie, più caratteristica del sesso femminile o dalla *vigoressia* ([www.stateofmind.it](http://www.stateofmind.it)), con considerevole sviluppo della massa muscolare a scapito delle altre componenti corporee, più caratteristica del sesso maschile e che, di fatto, maschera, almeno fisicamente, il disturbo reale. In quest'ultimo caso per andare ad individuare il problema anoressico non è sufficiente il peso del soggetto e neppure solo il BMI, ossia il calcolo dell'indice di massa corporea, ma è necessario servirsi di metodiche più accurate, come la plicometria, per valutare esattamente in che percentuale sono rappresentate la massa grassa, quella magra e quella muscolare.

Nonostante le difficoltà fisiologicamente insite nel periodo adolescenziale e puberale, per lo più si cerca di stabilire un legame equilibrato tra quelli che sono i bisogni biologici di alimentazione e le ambizioni in fatto di immagine corporea.

Alcune persone però, non riescono a stabilire questo equilibrio, o forse esso per qualche ragione si è incrinato, spezzato, ed è in questi casi che è probabile riscontrare un disturbo del comportamento alimentare. Per tale motivo, da un punto di vista psicologico, sarebbe necessario individuare altri campanelli di allarme che non

riguardano solo il cambiamento nelle abitudini alimentari ma anche nello stile di vita, cambiamenti nelle relazioni sociali e disagi emotivi.

Nonostante i disturbi alimentari possano insorgere anche in età adulta, l'incidenza maggiore è individuata tra i 10 e 19 anni di età, periodo in cui i cambiamenti corporei innescano negli adolescenti forti crisi di accettazione ed autostima. ([www.studiocoradeschi.org](http://www.studiocoradeschi.org)).

Anche se la maggior parte delle implicazioni sono reversibili in seguito al riassetamento del peso corporeo e all'estinzione di condotte di abbuffata e compensazione, alcune conseguenze fisiche persistono nel tempo (Treasure, J., Claudino, A. M., Zucker, N. , 2010).

Quando si parla di DCA, si fa riferimento, s'è già detto, ad una serie di problematiche accomunate dalla presenza di un rapporto patologico con il cibo.

Le più comuni da noi trattate, sono l'Anoressia Nervosa (AN), la Bulimia Nervosa (BN) e il Disturbo da Alimentazione Incontrollata (DAI o BED) che sono classificati secondo i criteri diagnostici del DSM-5 (APA, 2013).

### **Percorsi di cura**

Non è facile delineare dei modelli unitari di percorsi terapeutici per i disturbi del comportamento alimentare. Questo perché, indipendentemente dal disturbo, per il quale un percorso può essere intrapreso, non è possibile non valutare la singola persona portatrice del corteo sintomatologico.

Distinguiamo, anzitutto, un trattamento ambulatoriale da un trattamento ospedaliero.

L'invio in ambulatorio può avvenire, e di solito avviene, tramite il Medico di Medicina Generale o il Pediatra di libera scelta, che formula un quesito diagnostico in caso di sospetto DCA o nei casi di disturbi già conclamati o alla psichiatria o alla psicologia o alla dietologia.

Il modello di trattamento utilizzato dal Centro Disturbi del Comportamento Alimentare dell'ASL CN1 prevede la presa in carico della persona da un'équipe multidisciplinare ed interservizi che vede la collaborazione tra S.C Dietetica e Nutrizione, Dipartimento di Salute Mentale e SSD Psicologia e Psicopatologia. Il protocollo prevede l'attivazione di uno o dei seguenti dispositivi terapeutici:

Pasti assistiti

Psicoterapia individuale (in collaborazione con la SSD Psicologia)

Terapia farmacologica

Attività riabilitative (artistiche, musicali, ricreative)

Inserimenti lavorativi risocializzanti

Gruppi di sostegno serale

Gruppi di sostegno post-prandium

Sostegno monofamiliare e plurifamiliare

Educazione sanitaria per le scuole

Il lavoro in équipe multidisciplinare consiste nella valutazione delle situazioni nel senso della diagnosi, della presa in carico, della prognosi e degli interventi terapeutici in un'ottica multidisciplinare in cui il paziente è valutato sia per quanto riguarda l'opportunità della assunzione di psicofarmaci di cui possa giovare la patologia che lo affligge, sia della valutazione dei parametri fisici da parte del dietologo e della formulazione di uno schema dietetico appropriato, sia della presa in carico da parte del servizio di psicologia. A proposito della terapia farmacologica, è opportuno precisare che molti dei farmaci utilizzati in questi quadri clinici sono 'off label', fuori scheda tecnica, ossia non è ancora al momento fruibile un farmaco specifico per il disturbo, ma esistono dei farmaci che vengono utilizzati mano a mano che i vari sintomi si presentano (Leombruni P., Amianto F., Mondelli V., Abbate Daga G., 2021)

Ricorrere a farmaci che aumentino l'appetito, come effetto collaterale, si è rivelato un approccio fallimentare, ed anzi addirittura controproducente, perché porta chi ne è affetto ad assumere un atteggiamento ancora più oppositivo alla cura, trovandosi a contrastare in modo più tenace lo stimolo alla fame che, contrariamente a quanto si pensa, è comunque conservato in questi disturbi. In molti casi, inoltre, il disturbo alimentare è comorbile con un disturbo di personalità soprattutto del cluster B e questo determina la necessità di adoperarsi per un tentativo di cura di entrambi i disturbi. Trascurarne uno condurrebbe inevitabilmente al fallimento della cura anche dell'altro.

Generalmente nel trattamento ambulatoriale dell'anoressia si utilizzano farmaci antidepressivi e/o ansiolitici a basso dosaggio, per migliorare il tono dell'umore generalmente sottolivellato e ridurre la quota d'ansia quasi sempre presente in questi pazienti.

Nel trattamento farmacologico della bulimia l'impiego prevalente è anche quello di farmaci antidepressivi SSRIs (inibitori del reuptake della serotonina), alcuni dei quali riescono a contenere il craving per il cibo, oltre a migliorare l'umore.

Il disturbo da alimentazione incontrollata si avvale di un trattamento farmacologico simile a quello della bulimia. Esistono, poi, delle sindromi particolari definite 'Night eating syndrome', in cui le abbuffate avvengono nelle ore notturne ed in questi casi si è visto che il dosaggio della leptina (l'ormone della fame e della sazietà) e della melatonina ( l'ormone che regola il sonno), ha mostrato una inversione di tendenza, con livelli più alti di leptina nelle ore serali e di melatonina nelle ore diurne. Ripristinare i livelli ormonali, mediante una appropriata terapia, può essere già un buon inizio di cura. E' comunque utile ricordare che un qualsiasi tipo di trattamento farmacologico è di supporto anche per un trattamento psicoterapico e viceversa. Nei casi più gravi e/o non gestibili a domicilio, si ricorre al Day Hospital o al ricovero ospedaliero, in regime residenziale o semiresidenziale, preferibilmente in luoghi di cura specializzati per il trattamento di questi disturbi.

La difficoltà della cura (e questo riguarda sia il trattamento farmacologico che quello psicoterapico), risiede anche nella possibilità, molto frequente, che un disturbo di tipo anoressico possa shiftare in uno bulimico o viceversa, e con il mutare degli

scenari sintomatologici deve, inevitabilmente, mutare anche il nostro approccio terapeutico.

Come evidenziato dalle linee d'indirizzo nazionale per la riabilitazione e nutrizione dei disturbi dell'alimentazione promosse dal Ministero della Salute ([https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6\\_2\\_2\\_1.jsp?lingua=italiano&id=2636](https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=2636)) infine, è utile ricordare che la presa in carico della famiglia rappresenta un fattore decisivo nell'adesione al trattamento, la cui esclusione può comportare anche l'abbandono della terapia. Ai familiari dei pazienti, mediante un approccio psicoeducativo, è necessario fornire le informazioni sulla malattia, i sintomi, l'evoluzione, il trattamento, la prognosi e questo affinché i familiari si sentano partecipi del programma terapeutico.

Dall'esperienza decennale del lavoro con i nuclei familiari è nato a Cuneo lo stimolo di sostenere l'avvio dell'Associazione A-fidati (associazione di familiari impegnata nella sensibilizzazione e nel contrasto del disturbo alimentare) con la quale si è intrapreso un prezioso percorso di collaborazione per la promozione di eventi e azioni di sensibilizzazione della cittadinanza.

L'ambulatorio rappresenta il luogo ideale destinato al trattamento dei DCA poiché non 'interrompe' la vita del paziente, permettendo al contempo di affrontare i comportamenti disfunzionali, di monitorare il peso e la composizione corporea. L'ambulatorio svolge inoltre la funzione di filtro, al fine di garantire l'eventuale accesso del paziente ai successivi livelli di cura. Nonostante ciò, circa il 30% dei pazienti non risponde positivamente agli interventi assistenziali ambulatoriali e

dunque necessita di cure maggiormente intensive.(

<http://www.dallegrave.it/linee-guida-nice-2017-per-i-disturbi-dell'alimentazione-la-cb-t-ed-sviluppata-a-villa-garda-e-raccomandata-per-i-disturbi-dell'alimentazione-nell'adolescenza/>)

La terapia ambulatoriale intensiva è associata alla riabilitazione nutrizionale, la quale si concretizza attraverso il servizio del pasto assistito.

L'approccio riabilitativo a livello semiresidenziale o di day-hospital/day-service può essere attuato come prima istanza terapeutica oppure come prosecuzione del trattamento ospedaliero e residenziale: è indicato nei casi in cui il paziente, pur non rispondendo al trattamento ambulatoriale, manifesti una sufficiente motivazione al trattamento ed un buon controllo sui comportamenti psicopatologici.

L'unità di riabilitazione intensiva/estensiva ospedaliera/residenziale risulta appropriata quando gli interventi da mettere in atto sono numerosi ed è necessario che siano concentrati in tempi relativamente brevi secondo un progetto coordinato. Tale percorso assistenziale è indicato nel momento in cui siano presenti livelli di comorbidità elevati, un gravoso impatto della malattia sulla qualità di vita ed il precedente fallimento di trattamenti meno intensivi. Il criterio di accesso a questo livello di trattamento, se eseguito in strutture extra-ospedaliere è che l'IMC dei pazienti sia superiore a 13,5 kgm<sup>-2</sup> nel caso dell'anoressia nervosa o di altri disturbi dell'alimentazione associati a una condizione di sottopeso e inferiore a 45 kgm<sup>-2</sup> nel caso di BED o di altri disturbi dell'alimentazione associati a una condizione di obesità. Nelle strutture intensive riabilitative ospedaliere, invece, i pazienti possono

essere ricoverati a IMC inferiori a 13,5 kgm-2 e superiori a 45 kgm-2. Durante il ricovero riabilitativo residenziale è fondamentale mantenere uno stretto legame con i familiari e le figure di riferimento del paziente. Questi ultimi vengono aggiornati circa i progressi clinici ed informati sul progetto assistenziale post-ricovero, dalla pianificazione del pasto alle modalità di gestione delle eventuali crisi ad esso correlate.

Il ricovero ospedaliero garantisce la presa in carico in fase critica e acuta, rappresenta un momento privilegiato volto ad inserire il paziente in un percorso orientato alla guarigione e prepara l'assistito al passaggio ad un altro livello di trattamento. Le indicazioni per il ricovero includono: peso estremamente basso, pericolosi disturbi elettrolitici, grave diagnosi psichiatrica concomitante o mancato miglioramento in un programma di assistenza diurna o residenziale.

Gli obiettivi da raggiungere in caso di ricovero ospedaliero di un paziente affetto da anoressia nervosa o da un altro disturbo dell'alimentazione associato a una condizione di sottopeso sono la stabilizzazione delle funzioni vitali e degli esami ematochimici ed il raggiungimento di un IMC maggiore o uguale a 14 kgm-2. Quest'ultimo risulta compatibile con la prosecuzione della terapia in regime residenziale/semiresidenziale o ambulatoriale. Gli obiettivi da raggiungere in caso di ricovero ospedaliero di un individuo affetto da bulimia nervosa o da altri disturbi alimentari associati a una condizione di non sottopeso riguardano soprattutto la correzione degli squilibri idro-elettrolitici e dell'eventuale manifestarsi di alcalosi metabolica. In questi casi potrebbe essere necessario impostare una terapia volta a

contrastare possibili complicanze mediche: gastrite, ulcera gastrica, esofagite, sindrome di Mallory Weiss, polmonite 'ab ingestis' e stipsi cronica. Le unità di ricovero ordinario si realizzano all'interno di reparti internistici; possono avvenire in reparti psichiatrici al fine di gestire il rischio suicidario, la comorbidità psichiatrica e i trattamenti sanitari obbligatori (TSO).

A proposito dei TSO nel caso dei disturbi del comportamento alimentare, questa procedura di ricovero rappresenta un argomento molto dibattuto e discusso, in cui non c'è, ancora oggi, uniformità di pensiero, ma che, seppure poco applicato, si può rendere necessario nelle forme anoressiche gravi, quelle internisticamente in pericolo di vita, oppure in quelle forme in cui il disturbo psichiatrico comorbile non possa essere trattato ambulatorialmente ed il paziente rifiuti ogni tipo di cura.

Le linee di indirizzo nazionali per la riabilitazione nutrizionale nei disturbi dell'alimentazione, emanate dal Ministero della Salute, sostengono che il programma terapeutico dovrebbe essere impostato secondo un'attenta valutazione clinica che prenda in considerazione:

- Il tipo di disturbo dell'alimentazione, la sua durata e gravità;
- L'età del paziente;
- Le condizioni fisiche generali del paziente e le eventuali alterazioni degli indici di funzionalità organica;
- Il profilo psicopatologico e personologico del paziente (compresa la prevedibile aderenza alla cura);

- L'eventuale coesistenza di altre patologie psichiatriche e/o mediche;
- La storia di trattamenti precedenti;
- La situazione socio-ambientale e la collaborazione con i familiari o con le altre persone significative.

Negli ultimi anni la maggior parte dei pazienti intraprende il trattamento ambulatoriale, a meno che sia presente un grave stato di malnutrizione o comunque un elevato rischio medico o emotivo. Se un paziente mostra precoci segni di stabilizzazione seguiti da miglioramento, il trattamento può procedere senza interruzioni. Per i pazienti che peggiorano o non riescono a progredire deve essere considerato un livello di cura più elevato.

I livelli di assistenza sono tutti necessari e l'uno non esclude l'altro poiché la presenza di una rete completa, caratterizzata dalla correlazione tra le varie fasi del trattamento all'interno delle strutture del circuito e dalla comunicazione costante con i servizi territoriali /ospedalieri, garantisce la presa in carico globale del paziente e della famiglia.

## **Materiali e metodi**

### **L'équipe multidisciplinare integrata**

La complessità dei quadri clinici nell'ambito dei disturbi del comportamento alimentare ha reso necessario in modo evidente delineare linee di intervento integrato

che prevedano la collaborazione e l'integrazione di diverse figure professionali. In questo senso la letteratura scientifica e le linee di indirizzo internazionali, nazionali e regionali sono concordi nell'identificare l'équipe multiprofessionale integrata come modello di riferimento per il trattamento dei disturbi del comportamento alimentare nei diversi livelli di intervento (ambulatoriale, semi-residenziale, residenziale).

Nell'ottica di un trattamento efficace sono molteplici le competenze e le professionalità che intervengono nella presa in carico e nel trattamento in relazione alla varietà dei bisogni che i pazienti presentano nelle specificità delle loro storie di vita e del disturbo.

Il percorso diagnostico-terapeutico-riabilitativo dei pazienti con DCA, quindi, deve includere sia gli aspetti psicologici e psicopatologici, sia quelli clinico-nutrizionali, metabolici e fisici, sia quelli socio ambientali. Appare conseguentemente necessario che nel team multidisciplinare integrato con esperienza specifica nei DCA siano stabilmente coinvolte le figure professionali in grado di affrontare gli aspetti di criticità che emergono in ogni singola storia clinica (APA 2006 livello I).  
[http://www.disturbialimentarionline.it/images/Documenti/\\_linee%20guida%20emilia%20romagna\\_1.pdf](http://www.disturbialimentarionline.it/images/Documenti/_linee%20guida%20emilia%20romagna_1.pdf)

Nei diversi livelli di assistenza dei disturbi del comportamento alimentare, che vengono valutati in relazione alla gravità della sintomatologia e alla specificità dei fattori che emergono in ciascun caso, la riabilitazione nutrizionale si deve svolgere all'interno di un trattamento multidisciplinare integrato, che prevede l'associazione del trattamento psichiatrico/psicoterapeutico con quello nutrizionale. Durante il trattamento bisogna costantemente tenere conto del fatto che la malnutrizione e le

sue complicanze, se presenti, contribuiscono a mantenere la psicopatologia del disturbo dell'alimentazione e ostacolano il trattamento psichiatrico/psicoterapico e, viceversa, se al recupero del peso e all'eliminazione della restrizione dietetica calorica non si associa un miglioramento della psicopatologia ci sono alte probabilità di ricaduta.

Risulta quindi fondamentale il ruolo dell'équipe multidisciplinare. La presenza di clinici con competenze multiple può facilitare la gestione di pazienti complessi con gravi problemi medici e psichiatrici coesistenti con il disturbo dell'alimentazione. Inoltre, con questo approccio è possibile affrontare contemporaneamente e in modo appropriato la psicopatologia del disturbo dell'alimentazione, la restrizione dietetica calorica e cognitiva e le complicanze somatiche, psichiatriche e nutrizionali eventualmente presenti.

Inoltre, è fondamentale che i terapeuti, pur mantenendo i loro ruoli professionali specifici, condividano il medesimo impianto metodologico e utilizzino un linguaggio comune con i pazienti. È anche consigliabile che siano specificati chiaramente i ruoli e le aree d'intervento di ogni membro dell'équipe e che siano realizzati incontri periodici di revisione tra i pazienti e i membri dell'équipe per discutere i vari elementi del trattamento e la loro relazione reciproca. Questo consente a tutti i membri dell'équipe di avere un quadro completo del disturbo di ciascun paziente e di non inviare al paziente ed i caregiver messaggi contraddittori in relazione al programma terapeutico.

L'integrazione fra le varie figure professionali che compongono l'équipe si avvale di alcuni fondamentali strumenti, che possono inoltre prevenire e gestire le criticità che emergono:

- la cartella clinica del paziente, su cui vengono registrati tutti gli interventi effettuati dagli specialisti che hanno in cura il paziente a livello individuale;

- la riunione d'équipe che si svolge regolarmente ed in ogni livello di trattamento. La riunione è lo strumento per condividere e stilare il progetto terapeutico, valutarne l'andamento secondo i diversi punti di vista clinici (percorso psicologico, terapia farmacologica, quadro clinico-nutrizionale, progressi o criticità rispetto al trattamento, elementi del contesto sociale e familiare);

- la supervisione tra pari e la supervisione esterna dell'équipe multidisciplinare che permette di offrire uno spazio di condivisione e di elaborazione per i vissuti dei singoli operatori, di garantire continuità e coerenza ai progetti di cura, e di valutare e discutere gli esiti dei percorsi in carico.

Nel contesto del Centro per i Disturbi del Comportamento Alimentare dell'ASL CN1 il trattamento prevede l'intervento ambulatoriale con il possibile inserimento nel percorso di riabilitazione con lo strumento dei pasti assistiti. Tale trattamento non interrompe la vita sociale e familiare del paziente, ma offre un percorso integrato che permette di lavorare clinicamente sui diversi aspetti che concorrono alla

manifestazione del disturbo patologico. L'obiettivo di questo intervento è la riduzione della sintomatologia, evitando di dover ricorrere al ricovero, e favorire le condizioni mediche e motivazionali necessarie per costruire un percorso psicoterapeutico efficace orientato al cambiamento e al benessere.

Nelle reti territoriali, in un'ottica di multiprofessionalità, devono essere definite collaborazioni professionali interdipartimentali. E' importante valorizzare le interfacce psiche/soma, assicurando gli interventi internistici, nutrizionali e psicologici e/o psichiatrici in continuità terapeutica presso le varie sedi garantite dal territorio. Il percorso di cura, a livello del territorio, si basa su un principio 'di rete e multiprofessionalità' che deve garantire continuità terapeutica tra diversi livelli di assistenza ed appropriatezza (con possibilità di individuare, a seconda della struttura territoriale, indicatori di processo e di esito) con interventi mirati, a seconda delle condizioni del paziente. Nella riabilitazione nutrizionale, l'equipe terapeutica svolge un ruolo primario nella cura del paziente con disturbi dell'alimentazione a tutti i livelli di intervento effettuati sia sul territorio sia in centri di riferimento regionali e/o di eccellenza e specialistici. Nell'ambito dell'organizzazione dei servizi è inoltre di estrema importanza prevedere un sistema di monitoraggio delle attività e, ove possibile, degli esiti con gli obiettivi di garantire la migliore qualità possibile delle prestazioni, di promuovere le migliori condizioni in cui gli operatori possano esprimere la propria professionalità e di favorire un miglior utilizzo delle risorse; è pertanto auspicabile che le realtà territoriali definiscano un set di indicatori di tipo 'strutturale', di 'processo' e di 'esito'.

In coerenza con le indicazioni di una modalità di lavoro multidimensionale, interdisciplinare e multiprofessionale quale elemento essenziale nel percorso di diagnosi e cura, le diverse figure professionali che operano in modo integrato con competenze professionali, ruoli e compiti specifici sono:

- Medico specialista in Psichiatria o in Neuropsichiatria Infantile: è il principale responsabile della valutazione psicopatologica e della definizione della diagnosi psichiatrica; insieme agli specialisti dell'area internistico/nutrizionale e agli psicologi clinici definisce il programma di trattamento e svolge, con gli psicologi e i medici psicoterapisti, attività di psicoterapia. La valutazione diagnostica deve considerare le comorbidità psichiatriche, spesso associate ai disturbi dell'alimentazione, come i disturbi d'ansia e i disturbi dell'umore; l'anamnesi deve prevedere anche la raccolta di informazioni specifiche sulle abitudini alimentari, sulle regole dietetiche, sulle condotte di eliminazione e sulla storia del peso (nei pazienti di minore età, è opportuno che la raccolta delle notizie anamnestiche sia effettuata con la diretta collaborazione dei familiari). Nell'ambito della valutazione diagnostica e della conseguente programmazione terapeutica rientra anche l'indicazione alla chirurgia bariatrica in pazienti affetti da grave obesità che, in presenza di bulimia nervosa risulta sempre controindicata mentre, in presenza di disturbo da binge-eating va valutata caso per caso. Il progetto terapeutico condiviso tra l'area psichiatrica/psicologica e l'area internistico/nutrizionale deve tener conto di tale complessità psicopatologica, che influenza in modo decisivo il decorso del trattamento e la prognosi stessa.

- Il medico specialista in area Internistica o Pediatrica: l'internista (o il pediatra nei pazienti di età minore di 18 anni) ha il compito di valutare la presenza delle complicanze attraverso indagini cliniche strumentali e di laboratorio, di prescrivere i trattamenti farmacologici opportuni, di stabilire tempi e modalità dei controlli necessari per la valutazione periodica della loro evoluzione, con lo scopo di arrivare ad una stabilizzazione medica che possa consentire il percorso psicoterapeutico senza rischi per la salute fisica. Nelle situazioni critiche, spetta all'internista l'indicazione all'ospedalizzazione in un reparto internistico che viene comunque discussa con l'équipe terapeutica; in condizioni di stabilizzazione medica, l'internista condivide un piano di trattamento, in cui lo stato di salute fisica del paziente è tenuto in considerazione in tutti i suoi aspetti. In alcune situazioni cliniche e in alcune équipe terapeutiche il ruolo dell'internista può essere integrato o sostituito da altri specialisti.

- Il medico specialista in area nutrizionale: si occupa della valutazione e del monitoraggio delle condizioni mediche del paziente, con particolare riguardo alla definizione dei fabbisogni nutritivo-energetici e all'elaborazione di un programma di riabilitazione psico-nutrizionale.

- Il dietista è l'operatore sanitario competente per le attività finalizzate alla corretta applicazione dell'alimentazione e della nutrizione ed è inserito nel trattamento multidisciplinare dei DCA.

Egli collabora con i medici specialisti con competenze nutrizionali nella realizzazione del programma di riabilitazione psico-nutrizionale dei pazienti, si occupa di valutazione delle condotte alimentari, psico-educazione alimentare, raccomandazioni nutrizionali, supporto alla motivazione al trattamento ed elaborazione di strategie per gestire i momenti di criticità;

- Lo Psicologo/Psicoterapeuta: partecipa alla fase di valutazione diagnostica del paziente, anche attraverso l'uso di specifici strumenti psicometrici; insieme con gli altri specialisti, contribuisce a definire la diagnosi e il progetto terapeutico. Lo psicologo specialista in psicologia clinica ha una competenza specifica nel campo della psicoterapia, considerata strumento essenziale nel trattamento dei disturbi dell'alimentazione, opera a livello individuale e di gruppo. Lo psicologo si occupa, inoltre, del presa in carico dei famigliari o dei caregiver principali per percorsi psicoeducazionali, supportivi, psicoterapici.

- L'Infermiere: è l'operatore sanitario responsabile dell'assistenza infermieristica generale. L'infermiere partecipa alle cure all'interno dell'équipe terapeutica e contribuisce in misura determinante alla realizzazione del programma di trattamento attraverso l'accoglienza del paziente e della famiglia, la promozione del dialogo e dell'ascolto, la creazione dell'alleanza terapeutica con il paziente e la famiglia, l'osservazione e il monitoraggio delle esigenze del paziente che accede al centro e usufruisce dei pasti assistiti.

- L'Operatore Socio Sanitario: che rappresenta un figura operativa di supporto all'infermiere nella gestione dei pasti assistiti, delle attività del centro e delle comunicazioni con i pazienti e le famiglie.

- Medici di medicina generale (MMG) e pediatri di libera scelta (PLS): negli ultimi anni è risultato sempre più chiaro che il ruolo del medico di medicina generale (MMG) e del pediatra di libera scelta (PLS) è cruciale nella rete per intercettare i casi, per eventuale primo sospetto di diagnosi e per la cura dei disturbi dell'alimentazione. L'intervento dei MMG e dei PLS viene considerato come il primo livello di intervento nella rete dei disturbi dell'alimentazione. Tale considerazione deriva dal fatto che, se i MMG e i PLS sono adeguatamente formati, essi sono in grado di identificare precocemente i nuovi casi di disturbi dell'alimentazione, fare diagnosi precoce e procedere con l'invio ai servizi specializzati. I MMG e i PLS possono essere i primi a percepire segnali d'allarme e sintomi prodromici del disturbi dell'alimentazione, accogliere le preoccupazioni dei familiari riguardo comportamenti a rischio, monitorare tali comportamenti, effettuare diagnosi differenziale, e procedere ad una valutazione del rischio fisico in presenza di un sospetto diagnostico, tramite esame obiettivo e la prescrizione di esami bioumorali e strumentali.

La relazione con tali professionisti viene costantemente mantenuta nelle varie fasi del trattamento.

Tutte le figure professionali coinvolte nella prevenzione, nella diagnosi e nel trattamento dei disturbi dell'alimentazione devono presentare una formazione

specialistica nel campo. Trattandosi di una équipe multidisciplinare, la formazione sarà specifica per ogni figura professionale, ma è opportuno che i professionisti sappiano lavorare in maniera integrata e utilizzino un linguaggio comune. Ogni professionista deve infatti attendere al proprio ruolo, ma deve conoscere anche il lavoro che svolgeranno i propri colleghi, affinché si sviluppi un lavoro sinergico e non vi sia uno sbilanciamento del trattamento sul versante psichico rispetto a quello clinico-nutrizionale, e viceversa. Dal nostro punto di vista, è necessaria una formazione continua sul campo. Ad esempio, uno psichiatra che lavori in un centro DCA deve acquisire conoscenze specifiche sulle caratteristiche fisiologiche e psicologiche di questi disturbi e, solo dopo una adeguata formazione, si possono mettere in atto interventi terapeutici che, a partire dalla pratica della Evidence Based Medicine, si applichino alla singola persona portatrice del disturbo. La valutazione del paziente non può fermarsi all'aspetto psichico della persona, ma deve allargarsi all'utilizzo di strumenti di screening e di richiesta di indagini di laboratorio per ogni paziente. La presa in carico e la cura, per essere globali, non possono prescindere da una valutazione complessiva del soggetto dal punto di vista clinico e relazionale.

Un' adeguata attenzione alla qualità della vita può essere indispensabile quando si tratta di individui affetti da disturbi alimentari persistenti: promuovere il benessere e lottare contro lo stigma della malattia mentale sono elementi vitali del ruolo terapeutico e risultano particolarmente pertinenti per la pratica in questo settore.

I primi contatti con l'utente, la formulazione della diagnosi e la successiva presa in carico da parte dello psichiatra avviene in stretta collaborazione con il team multidisciplinare, in quanto compito dello specialista è anche quello di favorire una

cooperazione finalizzata allo svolgimento delle varie attività. Il modello multidisciplinare infatti, al fine di garantire l'efficacia e ridurre i tempi di trattamento, prevede l'interazione tra le diverse figure professionali. È stata inoltre evidenziata l'importanza del lavoro di squadra poiché in esso si rivelano fondamentali il trasferimento delle informazioni e la partecipazione attiva di ogni figura sanitaria al processo di cura, con la definizione di obiettivi personalizzati al singolo individuo.

Lo psichiatra responsabile del servizio, in un'ottica di 'governance clinica', guida le varie decisioni da prendere, alla luce di tutte le problematiche cliniche, assistenziali e sociali del paziente; monitora il processo di pianificazione dei servizi richiesti in modo tempestivo ed efficiente, preservando l'interesse della persona e la sostenibilità del sistema. Durante il percorso di cura, grazie ai briefing settimanali, si valutano i risultati raggiunti, si propongono soluzioni innovative e si mettono in discussione, se necessario, metodologie che, seppure consolidate, possano rivelarsi fonte di ostacoli.

L'équipe diventa per i pazienti un riferimento continuativo e coerente con gli obiettivi condivisi del loro percorso terapeutico. Il rinforzo dell'équipe multiprofessionale consente, inoltre, di migliorare gli interventi e la valutazione dei percorsi per risposte sempre più efficaci e efficienti.

Il tempo che si spende nel creare una relazione terapeutica è esso stesso tempo di cura.

## **Il pasto assistito**

Il progetto 'Pasto Assistito' all'interno del Centro Disturbi del Comportamento Alimentare dell'ASLCN 1 rappresenta un osservatorio privilegiato per cogliere l'evoluzione della sintomatologia dal ricorso allo sminuzzamento del cibo alle tecniche di evitamento di cibi 'fobici' (es. condimenti e carboidrati). Tali segnali possono essere precocemente intercettati anche all'interno delle dinamiche familiari dove però l'esordio strisciante e la difficoltà a consumare pasti insieme (per limiti connessi agli impegni scolastici e agli orari lavorativi) rappresentano i maggiori ostacoli alla rilevazione.

Alcuni di questi atteggiamenti permangono anche alla guarigione dalla malattia. Un rapporto sereno con il cibo è difficile da raggiungere, mentre è molto facile che queste diventino delle patologie croniche, cioè che durano, a fasi alterne tra remissioni e riacutizzazioni, per tutta la vita. Noi curanti incontriamo poi, durante il percorso di cura, spesso, il viraggio, ossia la trasformazione da una patologia all'altra. Ad esempio, dall'eccessivo controllo dell'anoressica si può passare alla perdita di controllo delle bulimica e viceversa. Il terrore dell'anoressica nella fase di riacquisizione del peso corporeo è proprio la possibilità di virare nella patologia di segno opposto, la bulimia con abbuffate, e spesso uno degli insuccessi terapeutici è rappresentato proprio da questa paura che frena la terapia, laddove il passaggio, al contrario, dalla bulimia all'anoressia conclamata o a sindromi anoressiformi rappresenta per il soggetto una vittoria sul cibo.

Un progetto terapeutico efficace si è mostrato quello di stipulare una specie di 'contratto' con l'utente, assicurandolo che non lo si porterà ad acquisire molto peso, ma ad imparare ad alimentarsi correttamente.

La condivisione del pasto, importante obiettivo del percorso terapeutico-riabilitativo, rappresenta, senza dubbio, il primo strumento attraverso cui agire un percorso di normalizzazione rispetto all'assunzione del cibo e si delinea come spazio fisico e temporale in cui fare esperienza di socializzazione e dove confrontare emozioni e pensieri. E' per la forte valenza terapeutica di questo strumento che il Centro Disturbi del Comportamento Alimentare dell'ASLCN1 ha adottato la metodologia dei pasti assistiti.

La funzione edonica connessa al cibo e che fa riferimento alla sensazione di gratificazione e di appagamento che segue i pasti e che, fisiologicamente, è piacevole, si pone come incoraggiamento alla ripetizione del comportamento di nutrizione, ma, purtroppo, diviene deficitaria nelle condizioni psicopatologiche.

Per tale motivo risultano compromessi sia l'atto nutritivo che quello socializzativo.

Non a caso i ragazzi cercano il più delle volte di mangiare in solitudine, sia che si tratti di una patologia del versante anoressico che di una patologia del versante bulimico.

Il cibo non è vissuto come un amico piacevole, ma come una sorta di persecutore.

I pasti assistiti sono stati per la prima volta introdotti nel 1985 dall'Unità di Riabilitazione Nutrizionale della Casa di Cura Villa Garda, divenendo

successivamente la procedura centrale di tutti i trattamenti riabilitativi ospedalieri dei disturbi dell'alimentazione operanti in Italia.

[\(http://www.dallegrove.it/strategie-e-procedure-per-affrontare-i-pasti-assistiti-nei-pazienti-affetti-da-disturbi dell'alimentazione/\)](http://www.dallegrove.it/strategie-e-procedure-per-affrontare-i-pasti-assistiti-nei-pazienti-affetti-da-disturbi-dell'alimentazione/)

Il pasto assistito prevede che il paziente sia supportato durante i pasti da un operatore (il dietista, l'infermiere professionale o lo psicologo): Ciò che l'alimentazione assistita tratta dipende dalla natura patologica del paziente; di solito affronta il non mangiare una quantità ragionevole di cibo e il non mangiare abbastanza spesso.

Il programma messo in opera è finalizzato a superare le difficoltà del paziente, e si basa su un'adeguata educazione sull'alimentazione, sulla nutrizione e sul bilancio energetico. Tale trattamento riveste un ruolo centrale all'interno di percorsi terapeutici ospedalieri, residenziali e semiresidenziali; riscontra inoltre applicazione a livello ambulatoriale e di day-service. L'obiettivo consiste nel favorire un adeguato apporto nutrizionale, coadiuvando il paziente nel progressivo superamento della paura nei confronti del cibo e nell'abbandono dei rituali inappropriati che ne ostacolano l'assunzione. I pasti vengono strutturati secondo schemi dietetici indirizzati al raggiungimento di un adeguato peso corporeo; al contempo è discussa e gestita la resistenza al cambiamento. A seconda delle necessità del setting terapeutico e di personalizzazione dell'intervento riabilitativo, il pasto assistito può essere rivolto ai gruppi oppure al singolo paziente. L'inserimento all'interno del percorso nasce da una salda collaborazione tra medico psichiatra e infermiere volta ad incentivare l'inizio di un trattamento capace di intersecarsi nella vita lavorativa o di studio del soggetto.

Nonostante le ricerche inerenti al pasto assistito risultino attualmente poco numerose, uno studio condotto tra il 2008 ed il 2009 su 52 individui ospedalizzati ed affetti da anoressia ha dimostrato come i soggetti sottoposti ad una supervisione del pasto abbiano manifestato un decorso clinico più positivo (supportato dall'aumento di peso in minor tempo) rispetto a coloro che si alimentavano totalmente in autonomia. (Kells M. , Schubert-Bob P. , Nagle K. e al. 2017).

Inoltre i pasti assistiti, inseriti in un programma che associ la terapia cognitivo-comportamentale, hanno dimostrato di favorire la normalizzazione del peso corporeo ( $BMI \geq 18,5$ ) nell'86% nei pazienti che hanno completato il trattamento (90%).

(<http://www.dallegrave.it/un-modello-di-gestione-clinica-dei-disturbi-dell'alimentazione/>)

### **Lo standard gestionale del pasto assistito**

Lo standard gestionale prevede che il pasto venga consumato in gruppo con altri pazienti e supervisionato da parte di un operatore, lo psicologo, il dietista, il terapeuta della riabilitazione psichiatrica, l'infermiere. Il tempo per consumare le portate fornite è limitato e, nel caso del pranzo, è raccomandato un periodo di 40-60 minuti. Al termine del pasto, i pazienti hanno un periodo di riposo di 1-2 ore (a discrezione) durante il quale devono essere sorvegliati affinché non pratichino esercizio fisico e non usino i servizi sanitari, i quali devono rimanere chiusi per tutta la durata del riposo. Se i soggetti hanno storia di comportamenti di compensazione il periodo di

riposo raccomandato sarà di minimo 2 ore. Qualora il pasto non venga consumato interamente, i pazienti dovranno assumere una dose di integratore alimentare sotto osservazione diretta.

### **La preparazione dei pazienti**

I pazienti concordano assieme agli operatori gli obiettivi parziali e globali da raggiungere durante il percorso di riabilitazione psiconutrizionale. Gli obiettivi riguardano: il miglioramento della qualità e quantità dei pasti consumati, la graduale normalizzazione del peso corporeo e la capacità di mettere in atto strategie volte a superare eventuali difficoltà riscontrate durante il processo di alimentazione. Condividere con i pazienti le linee di indirizzo del trattamento consente loro di prevedere ciò che accadrà al peso ed alle abitudini alimentari, riducendo la possibilità di drop-out e l'ansia derivante dalla sensazione di perdita di controllo. (<http://www.robertacieri.it/2016/06/02/disturbi-alimentari-la-bulimia-e-la-perdita-di-controllo-sul-cibo/>)

Prima di accedere al servizio gli utenti effettuano una visita dietologica ed una dietistica: tralasciando l'utilizzo del termine 'calorie', vengono condivisi i fabbisogni dei macronutrienti e di energia. I vassoi che giungono agli utenti che accettano di consumare il pasto presso il nostro servizio sono personalizzati in base allo schema proposto dalla Dietologia. Successivamente, a seconda dell'andamento clinico, vengono programmati controlli da 1 a 4 mesi, durante i quali possono essere effettuate variazioni sulle quantità di nutrienti.

### **Il pre-pasto**

In ASL CN1 il cibo destinato al pasto assistito è preparato dalla cucina dietetica ospedaliera: alle ore 11 i vassoi, contrassegnati da un'etichetta indicante le iniziali degli utenti, vengono consegnati presso il Centro dei Disturbi Alimentari. L'infermiere si occupa di confrontare le schede nutrizionali con l'effettivo contenuto del pasto personalizzato, qualitativamente e quantitativamente. Alle ore 12 l'infermiere, supportato dall'operatore socio sanitario, accoglie gli utenti all'interno del salone comune o, durante la bella stagione, nel giardino antistante alla struttura, e chiude le porte dei bagni con lo scopo di evitare l'eventuale messa in atto di meccanismi di purging. Successivamente gli operatori e i pazienti si recano in cucina; questi ultimi controllano il cibo e lo scaldano autonomamente all'interno di piccoli forni a microonde. Tale scelta nasce dalla necessità di verificare che gli utenti non disperdano il contenuto dei vassoi e dalla volontà di privilegiare la dimensione conviviale del pasto sin dagli istanti immediatamente precedenti alla sua assunzione. Durante questa fase i pazienti potrebbero manifestare insoddisfazione nei confronti del cibo e comunicare la volontà di modificare il piano nutrizionale, per lo più in relazione a personali gusti alimentari. L'infermiere annota tali preferenze e le comunica al dietista che provvederà, ove possibile, a contattare la cucina dietetica ospedaliera al fine di attuare tali sostituzioni.

### **Il pasto assistito**

I pazienti accedono al salone comune ed iniziano a mangiare. In ASL CN1 gli utenti hanno realizzato un cartellone volto ad illustrare le principali regole del pasto assistito. Durante il pranzo non possono essere utilizzati dispositivi cellulari, non è

concesso recarsi ai servizi igienici, è necessario cercare di finire tutto il contenuto del vassoio e non è consentito parlare di cibo. Lo scopo di tale intervento di riabilitazione nutrizionale è infatti quello di normalizzare l'attività di nutrimento, promuovendo il dialogo e la socializzazione. L'infermiere supporta i pazienti ed esercita un implicito controllo sugli argomenti di conversazione, partecipando attivamente e favorendo la comunicazione tra tutti i soggetti. Al tempo stesso egli si occupa di monitorare l'introito di ogni singolo paziente in quanto potrebbero manifestarsi rituali alimentari (mangiare molto lentamente, sminuzzare il cibo in piccoli pezzi e sparpagliarlo nel piatto, escludere i condimenti ecc.). L'operatore mette in atto specifiche competenze volte a favorire una riduzione dell'ansia nei confronti dell'alimentazione e ad incrementare la sensazione di controllo correlata al processo di normalizzazione del peso corporeo. Le procedure applicate scoraggiano l'alimentazione meccanica influenzata da segnali interni compromessi dall'alterazione del modello nutrizionale metabolico (fame, sensazione di pienezza). L'infermiere educa il paziente a nutrirsi senza subire gli effetti delle preoccupazioni sull'alimentazione poiché, secondarie al disturbo dell'alimentazione, anch'esse non rappresentano una buona guida per decidere quanto e quando mangiare.

### **Il post-pasto**

Caratterizzato dalla contraddizione tra l'aumento del senso di sicurezza ed il sentimento di colpa e scarsa fiducia, il periodo successivo al pasto costituisce un momento molto delicato.

Dopo aver eseguito il controllo dei vassoi, gli utenti e gli operatori si recano in cucina. Gli utenti sperimentano la collaborazione pratica riordinando insieme l'ambiente attraverso il lavaggio e l'asciugatura dei piatti. Dopodiché il gruppo raggiunge il salone comune e fino alle ore 15 si procede con lo svolgimento di alcune attività ricreative quali leggere, guardare la TV, ascoltare la musica, giocare a carte, disegnare, occuparsi del laboratorio fotografico, durante i mesi più freddi ed attività ricreative, come coltivare l'orto, scattare foto all'aperto durante piccole escursioni, nei mesi più caldi. L'obiettivo di queste attività è quello di distrarre il paziente, allontanandolo da potenziali pensieri intrusivi e preoccupazioni legati al cibo e al peso corporeo. Il periodo successivo al pasto costituisce un momento molto delicato poiché caratterizzato dalla contraddizione tra aumento del senso di sicurezza ed incremento di senso di colpa e scarsa fiducia. Le attività svolte in ASL CN1 propongono, oltre alle precedenti citate, un corso di fotografia e di scrittura creativa. Durante il periodo invernale inoltre, gli utenti si dedicano alla creazione di piccoli gadget che possono essere acquistati durante la Giornata Mondiale dei Disturbi Alimentari (15 marzo). Il ricavato viene interamente destinato all'organizzazione ed al finanziamento di alcune gite estive. Questi interventi possono avere un ruolo prezioso nel fornire abilità a lungo termine e nell'incoraggiare i pazienti a sviluppare le competenze che potranno utilizzare quando non saranno più assistiti durante e dopo i pasti.

### **La valutazione infermieristica**

Dopo aver congedato i pazienti, l'infermiere procede alla compilazione delle schede grafiche di monitoraggio quotidiana dei pasti le quali settimanalmente vengono inviate al servizio di nutrizione dietetica come flusso informativo. Per ogni giorno della settimana l'infermiere dovrà indicare quanto il paziente ha consumato di ogni portata, mentre il “Progetto Terapeutico Infermieristico Individuale” consiste nella valutazione trimestrale volta a verificare il peso corporeo, il rispetto delle regole e della frequenza ai pasti, il raggiungimento di tre obiettivi personalizzati parziali, la programmazione di tre nuovi obiettivi concretizzabili entro i successivi tre mesi.

### **COVID-19 e Pasti Assistiti Telematici**

Il pasto assistito telematico è nato presso l'ASL di Reggio Emilia durante l'emergenza sanitaria COVID-19 dalla necessità di garantire supporto ai pazienti affetti da disturbi del comportamento alimentare. (<https://www.ausl.re.it/pasto-assistito-tempo-di-covid-19-dca>)

L'esigenza è emersa dalla consapevolezza che la permanenza forzata in casa, le modifiche dello stile di vita e la maggiore esposizione a eventuali dinamiche familiari disfunzionali, tendono ad incrementare l'ansia e ad acutizzare il disturbo alimentare stesso. Il percorso del Pasto Assistito Telematico è stato svolto in smart working e mediante l'utilizzo di piattaforme informatiche al fine di facilitare di fruirla da parte degli utenti. Il nuovo approccio ‘digitale’ ( che, peraltro, ha coinvolto anche altri ambiti della psichiatria, quando non era possibile effettuare incontri *vis à vis* ‘) si è concretizzato attraverso videocchiamate con la dietista durante il processo

di alimentazione (della durata di circa 30 minuti) e con la psicologa prima o dopo il pasto. Il team del percorso Pasti Assistiti Telematici ha lavorato sincronicamente con l'équipe DCA territoriale di riferimento cercando di favorire la continuità assistenziale, intensificando il percorso di cura ed affrontando le problematiche internistico-nutrizionali del paziente. Entrare letteralmente all'interno del contesto quotidiano ha permesso agli operatori di intercettare eventuali dinamiche familiari disfunzionali. In questo modo sia gli utenti sia i familiari venivano stimolati a riprodurre le strategie funzionali sperimentate durante il Pasto Assistito Telematico durante gli altri pasti consumati in casa, anche quando non 'in rete'. Presso la nostra ASL di Cuneo è stato possibile, grazie alla presenza di ampi spazi, mantenere i pasti in presenza, che solitamente avvenivano attorno ad un tavolo di grandi dimensioni, utilizzando, in fase pandemica, tavoli più piccoli che potevano essere occupati al massimo da due persone, garantendo, così, il distanziamento interpersonale. Si è resa comunque indispensabile la parziale riduzione del numero degli utenti nella fase più acuta della pandemia.

## **Risultati**

Le testimonianze da parte degli utenti del Servizio dimostrano l'importanza del pasto assistito e di quanto, seppure con differenze tra i diversi tipi di quadri psicopatologici, dopo un percorso di cura più o meno lungo, tutti gli utenti ne hanno ravvisato non solo l'utilità ed i benefici nel loro percorso di cura, ma anche la possibilità di promuovere un ampliamento della rete di relazioni sociali e la soddisfazione rispetto al supporto ricevuto da parte del personale sanitario. Per la sua

valenza terapeutico-riabilitativa, il momento del pasto “osservato”, al quale seguono altre attività terapeutico-riabilitative nel *post-prandium*, è stato mantenuto anche nella fase pandemica da Covid-19, seppur nel rigoroso rispetto del distanziamento interpersonale. I pazienti affetti da anoressia nervosa hanno riferito di sperimentale, almeno nei primi periodi della frequentazione dei pasti un grosso disagio nell'alimentarsi in compagnia di altre persone (pazienti e operatori). Le fonti bibliografiche a supporto dello studio rivelano gli effetti favorevoli del trattamento per lo più in relazione all'anoressia nervosa. La mancanza di dati attendibili inerenti ai restanti disturbi del comportamento alimentare e l'esiguità del campione preso in esame non permettono di trarre conclusioni certe. Pertanto, in attesa di indagini volte a verificare l'efficacia del pasto assistito nei pazienti affetti da altri disturbi alimentari, potrebbe risultare utile continuare a monitorare la percezione degli utenti non solo riguardo al pasto in sé ma anche in vista di considerarlo una possibilità di relazione sociale.

E' emerso, infatti, dai colloqui che, spesso, la possibilità di uscire di casa, quando durante il lock down gli spostamenti erano autorizzati solo per determinate esigenze non procrastinabili, ha permesso agli utenti di poter prendere le “distanze”, anche solo per qualche ora, da famiglie a volte numerose e costrette a vivere in casa in modalità lavorative di smart working.

Il pasto assistito rappresenta, quindi, un progetto di riabilitazione nutrizionale in grado di intersecarsi all'interno delle vite dei pazienti.

## **Analisi**

Dalle testimonianze finora raccolte è emersa la difficoltà da parte degli utenti lavoratori ad integrare il trattamento all'interno della propria routine quotidiana, e a tal proposito, potrebbe essere utile discutere con gli utenti lavoratori delle difficoltà inerenti all'integrazione del pasto osservato nella vita quotidiana e ove possibile coadiuvare il paziente nell'adozione di nuove strategie organizzative.

### **Discussione e Conclusioni**

L'indagine ha permesso di effettuare un confronto tra lo standard gestionale del pasto assistito e la pratica clinica osservata nel contesto di riferimento, evidenziando il ruolo dell'équipe terapeutica multidisciplinare nel processo di cura dei pazienti affetti da disturbi del comportamento alimentare e le modalità organizzative più appropriate in cui quest'ultimo va ad inserirsi. La progettualità futura prevede l'ampliamento, fermo restando la possibilità di una implementazione del personale, dell'orario di apertura e la possibilità di inserire nel programma terapeutico riabilitativo anche il pasto serale.

### **BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA**

#### **Bibliografia**

- Dalle Grave, R., Banderali, A. Cappelletti, M., Calugi, S., Camporese, L., Faillaci, A. Filardo, D., Maria Rubeo, M.G., Sartirana, M. (2013). *Trattamento dei disturbi dell'alimentazione: equipe multidisciplinari o terapie basate sull'evidenza?* *Emozioni e Cibo*, 38, 1-3.
- APA (American Psychiatric Association) (2013). *DSM-5 Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Arlington: American Psychiatric Publishing
- Treasure, J., Claudino, A. M., Zucker, N. (2010). *Eating Disorders*. Seminar. *Lancet*, vol. 375, 583-593.

- Leombruni P, Amianto F, Mondelli V, Abbate Daga G, Trattamento farmacologico dei disturbi del comportamento alimentare, in Atti XXV Congresso Nazionale della Società Italiana di Psicopatologia 2021
- Kells M, Schubert-Bob P, Nagle K e al. Meal Supervision During Medical Hospitalization for Eating Disorders Clin Nurs Res 2017 Aug;26(4):525-537.

### **Sitografia**

- Linee guida sulla chirurgia bariatrica e metabolica in Italia

[http://www.disturbialimentarionline.it/images/documenti\\_2017/linee\\_guida\\_SICOB.pdf](http://www.disturbialimentarionline.it/images/documenti_2017/linee_guida_SICOB.pdf)

-Ortoressia in:

[www.auxologico.it](http://www.auxologico.it)

-Vigoressia in:

[www.stateofmind.it](http://www.stateofmind.it)

-Cambiamenti corporei, accettazione ed autostima:

[www.studiocoradeschi.org](http://www.studiocoradeschi.org)

-DCA in:

<https://www.istitutobeck.com/disturbi-nutrizione-alimentazione>

-Linee-guida 2017 DCA in:

<http://www.dallegrave.it/linee-guida-nice-2017-per-i-disturbi-dell'alimentazione-la-cbt-ed-sviluppata-a-villa-garda-e-raccomandata-per-i-disturbi-dell'alimentazione-nell'adolescenza/>

-Linee d'indirizzo nazionale per la riabilitazione e nutrizione dei disturbi dell'alimentazione del Ministero della Salute

[https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6\\_2\\_2\\_1.jsp?lingua=italiano&id=2636](https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=2636)

-Gestione clinica dei DCA

<http://www.dallegrave.it/un-modello-di-gestione-clinica-dei-disturbi-dell'alimentazione/>

-DCA in:

[http://www.disturbialimentarionline.it/images/Documenti/\\_linee%20guida%20emilia%20romagna\\_1.pdf](http://www.disturbialimentarionline.it/images/Documenti/_linee%20guida%20emilia%20romagna_1.pdf)

-Come affrontare i pasti assistiti

<http://www.dallegrave.it/strategie-e-procedure-per-affrontare-i-pasti-assistiti-nei-pazienti-affetti-da-disturbi-dell'alimentazione/>

-DCA in:

<http://www.robertacieri.it/2016/06/02/disturbi-alimentari-la-bulimia-e-la-perdita-di-controllo-sul-cibo/>

-Pasti assistiti e Pandemia

<https://www.ausl.re.it/pasto-assistito-tempo-di-covid-19-dca>

