



Documento del Tavolo Tecnico Regionale di indicazioni e raccomandazioni per il recepimento delle linee di indirizzo nazionali

Premessa

Le "Linee di indirizzo nazionali per la riabilitazione nutrizionale nei disturbi dell'alimentazione" nascono dalla necessità, in continuità con quanto fatto con i Quaderni del Ministero della Salute del 2013, di dare indicazioni e raccomandazioni basate su evidenze scientifiche o standard di 'best practice' per uniformare nel territorio nazionale le risposte terapeutiche in un'area clinica di grande rilevanza. I dati della letteratura riportano che nel mondo occidentale circa una ragazza ogni 6 o 7 soffre di un qualche tipo di Disturbo della Nutrizione e dell'Alimentazione (i dati in Italia riportano 1 ogni 10) e che l'anoressia nervosa rappresenta tra questi disturbi quello di più lunga durata e maggiormente disabilitante.

Il modello Veneto descritto nel documento "Indirizzi alle Aziende ULSS e Ospedaliere del Veneto in materia di Disturbi del Comportamento Alimentare (2012)" e successivamente nei "Quaderni del Ministero della Salute (2013)" costituisce un punto di riferimento nazionale in questo ambito, promuovendo l'organizzazione di una rete territoriale per il trattamento dei Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione che prevede diversificati livelli di assistenza e di intensità di cura e di riabilitazione.

La rete regionale veneta per i Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione è formata da tre Centri di riferimento provinciale e due Centri Regionali che devono garantire:

- A. una valutazione multidisciplinare in grado di fornire diagnosi e indicazioni al trattamento;
- B. livelli meno intensivi di cura (terapia ambulatoriale e, possibilmente, semiresidenziale o ambulatoriale intensiva);
- C. interventi di prevenzione e trattamento delle complicanze mediche;
- D. terapie psicoeducative e di supporto alla famiglia;
- E. invio e collaborazione con centri specialistici (anche convenzionati) che garantiscano i livelli di maggiore intensità di cura

La rete regionale per il trattamento dei Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione del Veneto ha anche funzione di coordinamento, di riduzione della mobilità passiva, di miglioramento delle pratiche di trattamento, di formazione del personale. I Centri Regionali hanno anche funzioni di gestione dei casi più complessi, coordinamento di progetti di ricerca scientifici ed osservatorio epidemiologico.

Le Linee di indirizzo nazionale descrivono i "Livelli di assistenza dei disturbi dell'alimentazione: coordinamento, integrazione e formazione delle figure professionali dell'equipe terapeutica" che riprendono le principali indicazioni di appropriatezza già descritte nei Quaderni del Ministero della Salute del 2013, in tema di modelli organizzativi e livelli di assistenza disponibili in Italia. Tali livelli sono sostanzialmente in linea con quanto disposto negli "Indirizzi alle Aziende ULSS e Ospedaliere del Veneto in materia di Disturbi del Comportamento Alimentare (DGR n. 94/2012)", che individuava 6 livelli, poiché venivano distinti i ricoveri ordinari di tipo internistico dai ricoveri per motivi psichiatrici.

I livelli di assistenza disponibili, anche nella la Regione del Veneto, sono pertanto 5 e sono rappresentati da:

- 1) medico di medicina generale o pediatra di libera scelta, che deve essere in grado di intercettare precocemente i casi e gestire la delicata fase dell'invio e può collaborare al monitoraggio dello stato di salute durante il trattamento e nelle fasi di follow-up;



f4586dbb



- 2) terapia ambulatoriale, che rappresenta il luogo ideale per il trattamento dei Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione poiché non interrompe la vita del paziente e promuove cambiamenti più duraturi;
- 3) la terapia semiresidenziale o ambulatoriale intensiva, per i casi che non rispondono al semplice trattamento ambulatoriale;
- 4) la riabilitazione intensiva residenziale, quando i precedenti livelli di cura non sono efficaci;
- 5) il ricovero ordinario e di emergenza per la gestione delle complicanze mediche o psichiatriche

Aspetti delle linee di indirizzo oggetto di recepimento

Le "Linee di indirizzo nazionali per la riabilitazione nutrizionale nei disturbi dell'alimentazione", nell'introduzione, dopo aver descritto la classificazione di questi disturbi pubblicata nella quinta edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5) dell'American Psychiatric Association (2013), enfatizzano alcuni concetti fondamentali: l'importanza della continuità terapeutica nel passaggio dall'adolescenza all'età adulta dei casi con esordio precoce e che gli interventi nutrizionali costituiscono un aspetto molto importante di un trattamento più complesso multidisciplinare e tempestivo. Per quanto riguarda il primo punto, è importante ricordare che i Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione pur non essendo in aumento per quanto riguarda la loro incidenza (cioè il numero di nuovi casi per anno) colpiscono i giovani ad un'età sempre più precoce. Uno studio svolto a Padova su oltre 3,000 pazienti (di cui 1,800 con anoressia nervosa) dimostra che gli esordi sotto i 16 anni sono più che raddoppiati nelle generazioni più giovani (Favaro et al., 2009). Un esordio precoce ha potenziali conseguenze negative a lungo termine sulla crescita in statura, sulla mineralizzazione delle ossa (che non è completa fino ai 20-25 anni) e sulla maturazione dei neurocircuiti cerebrali (che viene completata solo dopo i 20 anni di età). A livello di Regione Veneto, nonostante venga riconosciuta da tutti i Centri provinciali e Regionali l'importanza di una azione terapeutica tempestiva ed in continuità tra servizi, esiste ancora una eterogeneità per quanto riguarda l'età di accesso ai Centri provinciali e regionali. Come dimostrato da diversi studi, interventi di trattamento precoci e appropriati sono fondamentali per ottenere una remissione completa e duratura; vanno quindi messe in atto strategie di riconoscimento precoce dei casi presenti nella comunità anche attraverso interventi di formazione dei medici di medicina generale e degli operatori scolastici.

Nel Capitolo 1 sono descritti in modo sintetico il contenuto delle principali linee guida internazionali, incluso le più recenti linee guida del *National Institute for Clinical Excellence* (NICE, 2017), e il contenuto di due documenti nazionali (Conferenza di consenso del 2012 e i Quaderni del Ministero della Salute del 2013).

Nel Capitolo 2 sono descritte in modo dettagliato le procedure per valutare e monitorare lo stato nutrizionale nei pazienti con Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione che includono la valutazione degli introiti alimentari, gli indici antropometrici e la spesa energetica, la determinazione del consumo energetico, la valutazione degli indici biochimici, i test fisici per la valutazione della *fitness* del paziente e lo studio dei compartimenti corporei.

La valutazione degli introiti alimentari è importante non solo nella fase di valutazione iniziale per identificare eventuali carenze nutrizionali specifiche, ma soprattutto per identificare i pattern alimentari patologici su cui lavorare nel corso della riabilitazione nutrizionale. Il monitoraggio degli introiti alimentari viene in genere effettuato, secondo le linee di indirizzo e come da pratiche messe in atto nei centri riconosciuti della nostra Regione, attraverso il diario alimentare o, quando il



monitoraggio è inserito in un contesto di terapia cognitivo-comportamentale, attraverso la scheda di monitoraggio.

Per quanto riguarda la valutazione degli indici antropometrici, le linee di indirizzo descrivono, oltre alla misurazione del peso e dell'altezza ed il calcolo dell'indice di massa corporea che sono da considerarsi necessari per il monitoraggio dell'andamento clinico, altre procedure di misurazione, dalle più classiche (plicometria) a quelle più avanzate tecnologicamente (bioimpedenziometria, calorimetria indiretta). Riguardo a tali ultime misurazioni, alcune delle quali possono essere di interesse in ambito di ricerca clinica, il Tavolo Tecnico per i Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione non raccomanda l'uso sistematico di questo tipo di misurazioni in ambito clinico per i limiti intrinseci di ognuna di esse (per esempio, la bioimpedenziometria nei soggetti malnutriti ha scarsa affidabilità nella misurazione della composizione corporea, mentre può essere utile nella valutazione dello stato di idratazione) e per la loro limitata utilità clinica, non avendo ancora dimostrato di possedere maggiore potere predittivo prognostico e di valutazione degli esiti del trattamento rispetto alla misurazione del peso e dell'altezza e alla valutazione degli introiti alimentari.

Per quanto riguarda, invece, gli esami ematochimici e la valutazione della densità minerale ossea attraverso la densitometria ad assorbimento a doppio raggio X (DXA), è raccomandabile la loro prescrizione in casi specifici identificati dai medici di ogni equipe a seconda della gravità del sottopeso (BMI<15), della durata di malattia (amenorrea secondaria > 6 mesi) e della presenza di comportamenti di eliminazione. Per esempio, va sempre effettuato un monitoraggio della ionemia nei pazienti con comportamenti di eliminazione (cioè vomito autoindotto, uso improprio di diuretici e lassativi) ed è raccomandata la densitometria ossea nei pazienti con anoressia nervosa con durata dell'amenorrea maggiore di 6 mesi. Altri esami di laboratorio, come la glicemia, la clearance della creatinina, l'ematocromo, le proteine plasmatiche, gli esami di funzionalità epatica e gli ormoni tiroidei, sono da considerarsi raccomandati in tutti i casi di anoressia nervosa, soprattutto se di lunga durata e se associati ad una perdita di peso molto rapida o molto ingente. La loro ripetizione o monitoraggio possono variare a seconda dell'andamento della situazione clinica e secondo il giudizio del medico.

Nel Capitolo 3 sono descritte le principali strategie e procedure della riabilitazione nutrizionale dei pazienti con Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione nei vari livelli di assistenza. Le linee di indirizzo sottolineano che l'introduzione della riabilitazione nutrizionale si è evoluta in associazione all'evoluzione delle tecniche specifiche utilizzate nei percorsi di psicoterapia cognitivo-comportamentale rivolti all'anoressia nervosa e alla bulimia nervosa. Tali procedure hanno un ruolo fondamentale nella gestione dei pazienti con Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione, non solo per la gestione dello stato di malnutrizione e delle complicanze ad essa associate, ma anche perché una parte della psicopatologia di questi pazienti è secondaria agli effetti della restrizione dietetica e calorica e del basso peso e si normalizzano solo con la normalizzazione dell'alimentazione e il raggiungimento di un peso corporeo salutare.

La riabilitazione nutrizionale quindi, in associazione agli interventi psicosociali, ha l'obiettivo generale non solo di affrontare la restrizione dietetica calorica e il sottopeso, ma anche la restrizione dietetica cognitiva (ossia la tendenza a limitare l'assunzione di cibo allo scopo di controllare il peso e la forma del corpo e a considerarla come un fattore positivo, indipendentemente dal fatto che esso produca un deficit energetico) perché causa un danno psicosociale e contribuisce a mantenere la psicopatologia del disturbo dell'alimentazione. Questa stretta interdipendenza tra fattori nutrizionali, introito calorico, comportamenti e psicopatologia spiega la stretta associazione tra le tecniche riabilitative nutrizionali e



le tecniche psicoterapiche e la necessità di un progetto terapeutico unitario tra le diverse discipline e figure professionali implicate.

Il Capitolo descrive le diverse strategie e procedure utilizzate nella riabilitazione nutrizionale, come i pasti assistiti, le tecniche educative da utilizzare ed i consigli per superare le difficoltà. Vengono anche descritte alcune tecniche specifiche di riabilitazione nutrizionale, come il Training di Familiarizzazione con il Cibo e la Riabilitazione Psiconutrizionale Progressiva®. E' da sottolineare che le principali strategie e procedure descritte dalle Linee d'indirizzo sono state sviluppate e implementate nei centri clinici della nostra regione.

Sono fornite anche indicazioni dettagliate sull'uso dei supplementi orali nutrizionali, del pasto assistito, della nutrizione artificiale, raccomandando di privilegiare la nutrizione enterale con sondino naso-gastrico rispetto alla nutrizione parenterale visto il maggior rischio di complicanze associate a quest'ultima procedura, i metodi per prevenire e gestire la sindrome da rialimentazione (*refeeding syndrome*), la gestione delle complicanze fisiche associate alla malnutrizione, la specificità degli interventi in infanzia e in adolescenza e la riabilitazione nutrizionale nella bulimia nervosa e nel disturbo da binge-eating. Si tratta di concetti importanti con valenza clinica rilevante; le linee di indirizzo affrontano sia gli aspetti psicoeducativi e le informazioni da fornire ai pazienti, sia forniscono importanti e fondamentali raccomandazioni sull'uso delle varie procedure che sono da anni implementate nella nostra rete regionale dei Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione.

Nel Capitolo 4 le Linee di indirizzo descrivono i "Livelli di assistenza dei disturbi dell'alimentazione: coordinamento, integrazione e formazione delle figure professionali dell'equipe terapeutica" che riprendono le principali indicazioni di appropriatezza già descritte nei Quaderni del Ministero della Salute del 2013, in tema di modelli organizzativi e livelli di assistenza disponibili in Italia.

I livelli di assistenza disponibili sono 5 e sono rappresentati da:

1. medico di medicina generale o pediatra di libera scelta, che deve essere in grado di intercettare precocemente i casi e gestire la delicata fase dell'invio e può collaborare al monitoraggio dello stato di salute durante il trattamento e nelle fasi di follow-up;
2. terapia ambulatoriale, che rappresenta il luogo ideale per il trattamento dei Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione poiché non interrompe la vita del paziente e promuove cambiamenti più duraturi;
3. la terapia semiresidenziale o ambulatoriale intensiva, per i casi che non rispondono al semplice trattamento ambulatoriale;
4. la riabilitazione intensiva residenziale, quando i precedenti livelli di cura non sono efficaci;
5. il ricovero ordinario e di emergenza per la gestione delle complicanze mediche o psichiatriche (negli "Indirizzi alle Aziende ULSS e Ospedaliere del Veneto in materia di Disturbi del Comportamento Alimentare (2012)", i livelli erano 6, poiché venivano distinti i ricoveri ordinari di tipo internistico dai ricoveri per motivi psichiatrici).

La rete di assistenza si deve articolare sia longitudinalmente che trasversalmente. Longitudinalmente perché un paziente può avere bisogno, durante il decorso del Disturbo della Nutrizione e dell'Alimentazione, di interventi di riabilitazione nutrizionale assistenziali eterogenei in relazione all'andamento della malattia e alla presenza di complicanze internistiche e/o psichiatriche. Trasversalmente perché i pazienti con Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione, in relazione al grado di comorbidità/fragilità/disabilità, possono giovare dell'uno o dell'altro nodo della rete assistenziale.



Come già sottolineato nel documento "Indirizzi alle Aziende ULSS e Ospedaliere del Veneto in materia di Disturbi del Comportamento Alimentare (2012)" e successivamente nei "Quaderni del Ministero della Salute (2013)", è importante sottolineare che, anche se le linee di indirizzo riguardano apparentemente l'aspetto internistico-nutrizionale del trattamento dei Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione, la riabilitazione nutrizionale acquista un significato ed una valenza terapeutica solo se inserita in un contesto di trattamento multidisciplinare integrato e che non si basi sul modello tradizionale dietetico prescrittivo, ma utilizzi strategie e procedure psicologiche. La multidisciplinarietà pertanto è requisito fondamentale non solo affinché venga garantita una presa in carico globale del paziente con Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione, ma anche perché garantisce la sinergia dei vari interventi (psichiatrici, psicologici, familiari e internistico-nutrizionali). Gli interventi di prevenzione secondaria (riconoscimento precoce dei casi e creazione di percorsi che facilitino la richiesta di trattamento) e la presenza di una rete di servizi in grado di intervenire in tempi brevi con trattamenti specifici garantiscono la tempestività degli interventi terapeutici la cui efficacia va monitorata in ciascun livello di trattamento (ambulatoriale, semi-residenziale, residenziale).

In linea con le pratiche adottate dai Centri Regionali e Provinciali della Regione Veneto, le "Linee di indirizzo nazionali per la riabilitazione nutrizionale nei disturbi dell'alimentazione" sottolineano come principio di base che i diversi interventi di riabilitazione nutrizionale si dimostrano efficaci e vanno utilizzati solo nel contesto di un trattamento multidisciplinare integrato che includa le componenti psichiatriche e psicoterapiche e che ne condividano il progetto terapeutico. Il livello di collaborazione tra le componenti psichiatriche e psicologiche e le figure professionali dell'ambito internistico-nutrizionale non può essere rappresentato dalla collaborazione occasionale con modalità "tipo consulenza", ma, come ampiamente sottolineato nel documento, deve essere caratterizzato da alti livelli di comunicazione e dalla condivisione dei progetti terapeutici. Se, infatti, la presenza di clinici con competenze multiple può facilitare la gestione di pazienti complessi con gravi problemi medici, nutrizionali e psichiatrici coesistenti con il disturbo dell'alimentazione, un trattamento multidisciplinare scarsamente integrato e coordinato presenta due importanti criticità: (i) incoraggia i pazienti a parlare di problemi specifici con terapeuti specifici, per cui nessun terapeuta osserva e apprezza l'intero quadro clinico; (ii) l'applicazione di un trattamento da parte di terapeuti, che non abbiano un modello teorico e clinico condiviso, facilita la comunicazione di informazioni contraddittorie ai pazienti sul loro disturbo e sulle strategie per gestirlo. Per far fronte a questi problemi è raccomandabile che l'intera équipe riceva una formazione sul modello di trattamento applicato, al fine di avere con il paziente un approccio coerente e non contraddittorio. 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 inviargli messaggi contraddittori.

Al di là quindi della mera appartenenza alla stessa o a diverse Unità Operative, i medici dell'équipe multidisciplinare devono garantire oltre all'attività clinica, la partecipazione alle riunioni di équipe e la disponibilità a discutere il caso con gli altri professionisti, con il medico di medicina generale e con la famiglia. La multidisciplinarietà dell'approccio terapeutico non riguarda solo l'anoressia nervosa che tra questi disturbi rappresenta quello con maggiori livelli di complicanze mediche e la maggiore mortalità (tra le malattie croniche che colpiscono gli adolescenti, l'anoressia nervosa è, assieme al diabete di tipo 1, il più frequente e quella con la più alta mortalità), ma anche gli altri Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione, come la bulimia nervosa e il disturbo da binge-eating, che aumentano



significativamente il rischio di obesità e di tutte le complicanze nonché la morbilità collegate a quest'ultima.

Il modello di rete di assistenza descritto all'interno delle Linee di Indirizzo si basa sul modello descritto per la Regione Veneto nel documento "Indirizzi alle Aziende ULSS e Ospedaliere del Veneto in materia di Disturbi del Comportamento Alimentare" (2012) e ne avvalora le sue indicazioni. Il Tavolo Tecnico rinforza e raccomanda i principi contenuti sia nel documento del 2012 sia, in modo più aggiornato, nelle Linee di Indirizzo in tema di organizzazione dei Servizi per i Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione e soprattutto per quanto riguarda:

- la presenza delle fondamentali figure professionali all'interno delle equipe dei Centri Provinciali e Regionali (medico specialista in psichiatra e/o in neuropsichiatria infantile, medico specialista in area internistica/nutrizionale e/o pediatrica, psicologo clinico o psicoterapeuta, dietista, infermiere; ed eventualmente, nelle strutture riabilitative residenziali e semiresidenziali, educatori sanitari, fisioterapisti e tecnici della riabilitazione psichiatrica). Come sottolineato anche dal precedente documento Ministeriale "Quaderni del Ministero della Salute" del 2013 e dal documento della Regione Veneto "Indirizzi alle Aziende ULSS e Ospedaliere del Veneto in materia di Disturbi del Comportamento Alimentare" del 2012, è necessario che i Centri di Riferimento Provinciali e Regionali possano disporre di queste Figure professionali in modo di garantire l'appropriatezza e l'efficacia degli interventi terapeutici;
- la possibilità per i pazienti di tutta la Regione, garantendo il principio di territorialità, di ricevere una valutazione multidisciplinare specialistica e di accedere a tutti i livelli di assistenza quando indicato dalla condizione clinica, iniziando da quello ambulatoriale ogni volta che sia possibile;
- indicazioni al ricovero intensivo riabilitativo (sia ospedaliero che extra-ospedaliero) in linea con quanto elaborato dalla Regione del Veneto nel documento "Indirizzi alle Aziende ULSS e Ospedaliere del Veneto in materia di Disturbi del Comportamento Alimentare" (Allegato B, DGR 94 del 31 gennaio 2012) che definisce appunto i criteri di appropriatezza regionali per il ricovero riabilitativo intensivo dei pazienti con Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione
- la possibilità per le pazienti con Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione di usufruire di ricoveri ordinari (internistici, pediatrici o psichiatrici) quando sussistano gravi rischi per la salute fisica o psichica.

Il Tavolo Tecnico per Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione sottolinea l'importanza di instaurare protocolli di collaborazione con i Servizi di Neuropsichiatria Infantile e con i Dipartimenti di Salute mentale, sia per uniformare nelle diverse aree della nostra Regione l'età di presa in carico, sia per definire le rispettive aree di competenza e ottimizzare i percorsi di cura dei pazienti. I protocolli di collaborazione e la definizione dei diversi trattamenti basati sulle evidenze e sulle buone pratiche nei diversi contesti di cura (inclusi i trattamenti di riabilitazione nutrizionale nelle "Linee di indirizzo nazionali per la riabilitazione nutrizionale nei disturbi dell'alimentazione") si potrebbero articolare e coordinare in modo ottimale nei diversi livelli e contesti di cura con uno specifico PDTA regionale.

La necessità di formazione del personale coinvolto è indispensabile in tutti i livelli di intensità di cura. La formazione deve riguardare sia la specificità nei rispettivi campi di competenza, sia aspetti comuni utili alla realizzazione di progetti terapeutici individuali costituiti da trattamenti basati sulle evidenze e sulle buone pratiche, che devono essere condivisi e supportati da tutte le figure terapeutiche coinvolte. Particolare attenzione va data ai momenti di passaggio, sia che si tratti di un passaggio tra una struttura



f4586dcb



ed un'altra, ma anche tra i diversi livelli di intensità di cura. Da molti anni, la Regione Veneto ha promosso questo tipo di processi e di formazione attraverso la costituzione di un Tavolo Tecnico e di una rete di servizi in contatto tra loro e in grado di condividere aspetti formativi (Corsi di perfezionamento e Master organizzati all'interno della rete), pratiche cliniche (cartella clinica comune) e uno scambio continuo di informazioni e di pratiche che ha consentito un linguaggio comune. Il Tavolo Tecnico per Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione raccomanda la continuità e l'ulteriore sviluppo di questi processi, sia a livello organizzativo, per un maggiore coordinamento tra centri (incluse le strutture convenzionate) che spesso non dispongono di tutti i livelli di assistenza necessari, sia a livello di formazione. Sarebbe inoltre utile una formazione ai medici di medicina generale e ai pediatri di libera scelta per affinare la loro capacità di riconoscere precocemente i casi e di gestire la delicata fase dell'invio ai centri riconosciuti o comunque a centri di elevata qualificazione che dispongano di equipe multidisciplinari.

Infine, nel Capitolo 5, le linee di indirizzo descrivono il ruolo della famiglia nella riabilitazione nutrizionale; ruolo che il Tavolo Tecnico ha già sottolineato nel documento della Regione Veneto "Indirizzi alle Aziende ULSS e Ospedaliere del Veneto in materia di Disturbi del Comportamento Alimentare" del 2012 sia per quanto riguarda l'importanza del coinvolgimento dei familiari nel trattamento (soprattutto nei pazienti più giovani), sia per quanto riguarda la necessità di fornire sostegno alle famiglie spesso duramente provate dal notevole carico oggettivo e soggettivo. Alla famiglia vanno indirizzati trattamenti di tipo psicoeducazionale e, ove necessario, anche specifici interventi sulle relazioni familiari e interventi mirati alla gestione dell'alimentazione a domicilio.

In una Appendice, le linee di indirizzo affrontano il tema della relazione tra attività fisica e sportiva e i Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione. Si tratta di un altro argomento di grande interesse, visto che spesso in ambito sportivo e nelle palestre vengono dati, in modo improprio, consigli sull'alimentazione e sulla gestione del peso corporeo che innescano veri e propri Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione. Da cui l'importanza di poter estendere la formazione agli operatori, quali i medici specialisti in medicina dello sport, gli allenatori sportivi e il personale delle palestre e di altri centri sportivi, affinché siano in grado di fornire informazioni corrette e di riconoscere precocemente i casi, facilitandone l'invio ai centri di cura.

In conclusione, il Tavolo Tecnico sottolinea l'importanza della Riabilitazione Nutrizionale nelle sue diverse accezioni, così come descritte nelle "Linee di indirizzo nazionali per la riabilitazione nutrizionale nei disturbi dell'alimentazione" purché tali strategie e procedure siano inserite nel contesto di un trattamento multidisciplinare integrato. Da anni, la Regione Veneto è all'avanguardia in Italia in questo campo, avendo promosso una rete di Servizi che comprende tutti e 5 i livelli assistenziali necessari per il trattamento dei Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione

Il Tavolo Tecnico, inoltre, nel rilevare la necessità di standardizzare e ottimizzare i percorsi diagnostici e terapeutici ed assicurare una equa accessibilità a tutti i livelli di intensità di cura, indipendentemente dall'età, per i pazienti con Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione, segnala l'importanza di procedere alla stesura di una specifico PDTA regionale, come peraltro indicato nel nuovo Piano Socio Sanitario. Il Tavolo Tecnico sostiene la promozione di iniziative formative in questo campo, dirette a tutti gli operatori (specie a livello di medicina di base) che potrebbero avere un ruolo cruciale nel riconoscimento precoce dei casi.



f4586dbb



Bibliografia

- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Arlington: American Psychiatric Publishing, 2013.
- Dalle Grave R, Calugi S, Conti M, Doll H, Fairburn CG. (2013) Inpatient cognitive behaviour therapy for anorexia nervosa: a randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82(6), 390-398.
- Dalle Grave R, Calugi S, Doll HA, Fairburn CG. (2013) Enhanced cognitive behaviour therapy for adolescents with anorexia nervosa: an alternative to family therapy? *Behaviour Research and Therapy*, 51(1), R9-R12.
- Fairburn CG, Cooper Z, Doll HA, O'Connor ME, Palmer RL, Dalle Grave R. (2013) Enhanced cognitive behaviour therapy for adults with anorexia nervosa: a UK-Italy study. *Behaviour Research and Therapy*, 51(1), R2-8.
- Favaro A, Caregaro L, Tenconi E, Bosello R, Santonastaso P. (2009) Time trends in age of onset of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Clinical Psychiatry*, 70, 1715-21.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. Eating disorders: recognition and treatment NICE guideline [NG69], 2017
- National Institute for Health and Clinical Excellence. Nutrition support for adults: oral nutrition support, enteral tube feeding and parenteral nutrition. Clinical guidelines 32. guidance. nice.org.uk/cg32, 2006.
- Salvo P. (a cura di) Manuale di psicoeducazione per disturbi dell'alimentazione. Il metodo RPP - Riabilitazione Psiconutrizionale Progressiva per famiglie e operatori. Erikson Ed. 2018



f4586dbb

