

Trattamento residenziale dei disturbi dell'alimentazione

Informazioni per i pazienti e i familiari



Introduzione



Lopuscolo descrive il trattamento di riabilitazione intensiva ospedaliera per i disturbi dell'alimentazione applicato presso la Casa di Cura Villa Garda. Il trattamento fa riferimento alla nuova teoria e terapia cognitivo comportamentale transdiagnostica sviluppata presso il Centro per la Ricerca sui Disturbi dell'Alimentazione dell'Università di Oxford, la cui efficacia è stata dimostrata da rigorosi studi controllati.

Prima di accettare il ricovero o il day-hospital leggete con attenzione ogni punto e sottolineate le parti che non vi sono chiare o che desiderate discutere con il vostro terapeuta. Conoscere in dettaglio l'organizzazione generale del programma, le strategie e le procedure applicate è un passo essenziale da compiere prima di decidere se iniziare il trattamento.

Buona lettura!

Dott. Riccardo Dalle Grave

Casa di Cura VILLA GARDA
Via Monte Baldo, 89 - 37016 Garda (VR)
Tel. 045/6208611 - Fax 045/7256132
Sito web: www.villagarda.it

Questo manuale è protetto da copyright
© Positive Press, Luglio 2015

Nessuna parte del manuale può essere riprodotta senza il permesso scritto dell'editore. I pazienti possono fotocopiare parti del libretto a scopo terapeutico.

Il trattamento DI VILLA GARDA

La casa di cura Villa Garda è una struttura accreditata e convenzionata con il Servizio Sanitario Nazionale situata a Garda, località sul Lago di Garda in provincia di Verona (**Figura 1**).

Il reparto per la cura dei disturbi dell'alimentazione accoglie 28 pazienti (16 ricoverati e 12 in day-hospital), ed è composto da stanze a uno, due, tre e quattro letti, arredate in modo non ospedaliero, tipo "college" (**Figura 2**). L'atmosfera del reparto non è medica. Le camere sono arredate con mobili casalinghi e i pazienti possono personalizzare gli spazi con poster, oggetti personali e foto. Tutte le stanze sono fornite di bagno privato, armadi e scrivanie. Sullo stesso piano si trova la sala da pranzo, la sala per le attività ricreative, in cui c'è anche una cucina attrezzata, l'internet point, il salotto con TV digitale, DVD e biblioteca e la medicheria. Il programma prevede l'utilizzo anche di altre aree della casa di cura come, per esempio, la sala riunioni, la palestra e la sala per la terapia di gruppo.

Il reparto di Villa Garda è "aperto" e non "chiuso" come le tradizionali unità ospedaliere per i disturbi dell'alimentazione. I pazienti in condizioni mediche stabili possono avere permessi di uscita giornalieri. Non ci sono limiti, ad eccezione per le ore dei pasti e delle sedute terapeutiche, per le visite dei parenti e degli amici al di fuori dei pasti e delle sedute di terapia. Durante il day-hospital i pazienti passano periodi sempre più lunghi a casa per affrontare i fattori ambientali di mantenimento del problema alimentare con il supporto di un trattamento intensivo.

Elementi chiave del trattamento sono lo sviluppo di una relazione terapeutica collaborativa e la responsabilità del paziente nel cambiamento comportamentale. Un reparto aperto come quello di Villa Garda ha il vantaggio di esporre i pazienti agli stimoli ambientali durante il ricovero (fatto che sembra ridurre il tasso di ricaduta post-ricovero) e di limitare lo sviluppo della dipendenza del paziente dalla struttura, problemi spesso osservati nei tradizionali reparti chiusi.

LA CASA DI CURA VILLA GARDA
È SITUATA A GARDA,
LOCALITÀ SUL LAGO DI GARDA
IN PROVINCIA DI VERONA

Teoria su cui si basa il trattamento

Il trattamento di Villa Garda si basa sulla nuova teoria cognitivo comportamentale transdiagnostica dei disturbi dell'alimentazione elaborata dal Centro per la Ricerca sui Disturbi dell'Alimentazione dell'Università di Oxford (<http://credo-oxford.com>).

Cognitivo comportamentale significa che la teoria analizza principalmente i pensieri (cognitivo) e i comportamenti (comportamentale) implicati nel mantenimento dei disturbi dell'alimentazione. *Transdiagnostica* significa che la teoria (e la terapia derivata da essa) è applicabile con minime modifiche a tutti i disturbi dell'alimentazione (anoressia nervosa, bulimia nervosa, disturbo da binge-eating e altri disturbi dell'alimentazione). Il trattamento non dipende dalla diagnosi del disturbo dell'alimentazione, ma dai processi che appaiono mantenere il disturbo dell'alimentazione nel singolo paziente.

Figura 1 Casa di Cura Villa Garda



La teoria sostiene che l'eccessiva valutazione del peso, della forma del corpo e del controllo dell'alimentazione è il problema psicologico centrale dei disturbi dell'alimentazione. Mentre le persone si valutano generalmente in base alla percezione delle loro prestazioni in una varietà di domini della loro vita (per es. relazioni interpersonali, scuola, lavoro, sport, abilità intellettuali e genitoriali, ecc.), quelle affette da disturbi dell'alimentazione si valutano in modo esclusivo o predominante in base al controllo che riescono a esercitare sul peso o sulla forma del corpo o sull'alimentazione (spesso su tutte e tre le caratteristiche) **(Figura 3)**.

Tale sistema di valutazione è disfunzionale per tre motivi: **(1)** è rischioso valutare se stessi in un solo dominio (se si fallisce nel controllare il peso o la forma del corpo crolla l'intero sistema di autovalutazione); **(2)** in alcuni domini, come per esempio il peso o la forma del corpo, non si riesce ad avere mai successo (non si è mai abbastanza magri o non si riesce mai avere una forma del corpo "perfetta"); **(3)** la focalizzazione esclusiva sul peso, sulla forma del corpo e sul controllo dell'alimentazione marginalizza altre aree della vita, riducendo gli interessi solo al corpo ed elude inevitabilmente un impegno in altri domini della vita (per es. scuola, relazioni, lavoro) che contribuiscono a sviluppare un sistema di autovalutazione funzionale, stabile e articolato.

L'eccessiva valutazione del peso, della forma del corpo e del controllo dell'alimentazione è di primaria importanza nel mantenimento dei disturbi dell'alimentazione: la maggior parte delle altre caratteristiche cliniche deriva, infatti, direttamente o indirettamente da

Figura 2 Una stanza del reparto



essa. Per esempio, i comportamenti di controllo del peso estremi (*dieta ferrea, esercizio fisico eccessivo e compulsivo, vomito autoindotto, uso improprio di lassativi o di diuretici*) e il raggiungimento e il mantenimento del *sottopeso e della sindrome da malnutrizione (Tabella 1)*, si possono facilmente verificare se una persona crede che il controllo dell'alimentazione, del peso e della forma del corpo siano di estrema importanza per giudicare il suo valore.

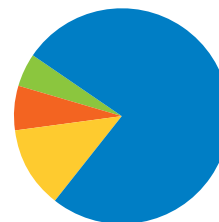
L'unico comportamento non strettamente legato allo schema di autovalutazione disfunzionale è l'abbuffata. Presente in un sottogruppo di persone affette da disturbi dell'alimentazione, sembra essere la conseguenza della rottura delle regole dietetiche estreme e rigide adottate dalle persone che hanno un disturbo dell'alimentazione o, in taluni casi, della gestione attraverso il cibo di *eventi ed emozioni*.

Le varie manifestazioni cliniche dei disturbi dell'alimentazione a loro volta mantengono in uno stato di continua attivazione lo schema di autovalutazione disfunzione e assieme ad esso formano i cosiddetti *fattori di mantenimento specifici* (perché sono presenti solo in questi disturbi) **(Figura 4)**.

Figura 3

Rappresentazione grafica dello schema di autovalutazione di una persona con il disturbo dell'alimentazione e di una senza il disturbo dell'alimentazione

SCHEMA DI AUTOVALUTAZIONE
DI UNA PERSONA AFFETTA
DA DISTURBO DELL'ALIMENTAZIONE



- Peso, forma del corpo, alimentazione
- Scuola
- Famiglia
- Altro

SCHEMA DI AUTOVALUTAZIONE
DI UNA PERSONA NON AFFETTA
DA DISTURBO DELL'ALIMENTAZIONE



- Peso, forma del corpo, alimentazione
- Sport
- Musica
- Amici
- Scuola
- Pittura
- Famiglia
- Altro

La nuova teoria propone che in un sottogruppo di persone con disturbo dell'alimentazione siano presenti uno o più dei seguenti *fattori di mantenimento aggiuntivi o non specifici* (perché sono presenti anche in altre problematiche psicologiche): **(1)** perfezionismo clinico; **(2)** bassa autostima nucleare; **(3)** difficoltà interpersonali marcate.

I fattori di mantenimento aggiuntivi, se presenti, interagiscono con quelli specifici nel perpetuare il disturbo dell'alimentazione **(Figura 5)**.

Tabella 1

I sintomi della sindrome da malnutrizione riportati dai partecipanti al Minnesota Study

Attitudini e comportamenti nei confronti del cibo

- Preoccupazioni per il cibo.
- Collezione di ricette, libri di cucina e menù.
- Inusuali abitudini alimentari.
- Incremento del consumo di caffè, tè e spezie.
- Occasionale introito esagerato e incontrollato di cibo.

Modificazioni emotive e sociali

- Depressione.
- Ansia.
- Irritabilità e rabbia.
- Sbalzi del tono dell'umore.
- Episodi psicotici.
- Cambiamenti di personalità confermati dai test psicologici.
- Isolamento sociale.

Modificazioni cognitive

- Apatia.
- Diminuita capacità di concentrazione.
- Diminuita capacità di pensiero astratto.

Modificazioni fisiche

- Disturbi del sonno.
- Debolezza.
- Disturbi gastrointestinali.
- Ipersensibilità al rumore e alla luce.
- Edema.
- Ipotermia.
- Parestesie.
- Diminuzione del metabolismo basale.
- Diminuzione dell'interesse sessuale.

Modificazioni della fame e della sazietà

- Aumento della fame.
- Precoce senso di pienezza.

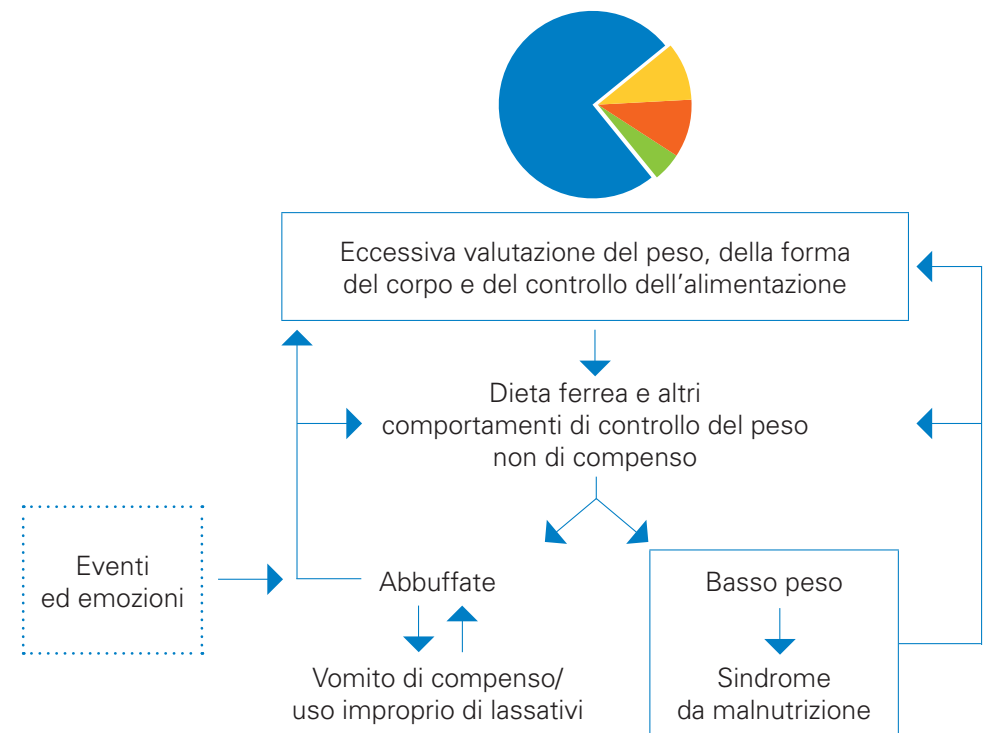
Tratta da Keys, A., Brozek, J., Henschel, A., Mickelsen, O., & Taylor, H. L. (1950). *The biology of human starvation* (Vol. 2). Minneapolis: University of Minnesota Press.

Indicazioni

Il trattamento di Vila Garda è indicato per persone affette da disturbi dell'alimentazione di tutte le età che non hanno risposto a una terapia ambulatoriale ben condotta o che non possono essere gestiti in modo sicuro con un trattamento ambulatoriale. Esempi includono: peso corporeo molto basso (per es. Indice di Massa Corporea o IMC < 15); rapida perdita di peso (per es. > 1 kg la settimana); gravi complicazioni mediche (per es. edema pronunciato, gravi disturbi elettrolitici, alterazioni epatiche, complicanze cardiache) e importanti problemi interpersonali.

Figura 4

I principali fattori specifici di mantenimento dei disturbi dell'alimentazione



Adattata da Fairburn, C.G. (2010). *La terapia cognitivo comportamentale dei disturbi dell'alimentazione* (pag. 32). Eclipsi: Firenze.

Il trattamento non è indicato per le persone che usano sostanze stupefacenti in modo continuo (l'assunzione di sostanze stupefacenti intermittente non è una controindicazione) o che hanno disturbi mentali che impediscono di affrontare il trattamento. Le persone dipendenti da sostanze stupefacenti possono essere ammesse al trattamento residenziale dopo un periodo di almeno tre mesi di astinenza.

Obiettivi del trattamento

L'obiettivo principale del trattamento è sviluppare uno schema di autovalutazione più articolato e non dipendente in modo predominante o esclusivo dal peso, dalla forma del corpo e dal controllo dell'alimentazione (**Figura 6**).

Caratteristiche distintive del trattamento

Il programma di Villa Garda ha introdotto le seguenti procedure terapeutiche originali che lo distinguono dalla maggior parte dei trattamenti ospedalieri per i disturbi dell'alimentazione presenti in Italia e all'estero:

- È basato su una teoria che è supportata da numerose evidenze scientifiche.
- È transdiagnostico, essendo stato studiato e strutturato per essere applicato con minime modifiche a tutti i disturbi dell'alimentazione (anoressia nervosa, bulimia nervosa, disturbo da binge-eating e altri disturbi dell'alimentazione).
- È cucito su misura sui problemi del paziente adottando un approccio individuale supportato da alcune procedure somministrate in gruppo.
- È focalizzato sul presente e sul futuro, e si indirizza alle origini del problema solo se necessario.
- È un'immersione psicoterapica 24 ore al giorno.
- È organizzato in un reparto aperto per permettere al paziente di esporsi anche durante il ricovero ai fattori ambientali di mantenimento del suo problema alimentare.
- È strutturato in modo da *coinvolgere attivamente* il paziente in tutte le fasi del trattamento: dalla decisione di essere ricoverato, alla scelta delle procedure da adottare per affrontare il suo problema alimentare.
- È strutturato per affrontare l'intero funzionamento del paziente (psicologico, sociale e comportamentale) non solo l'alimentazione e il peso.

Figura 5

I fattori di mantenimento aggiuntivi dei disturbi dell'alimentazione

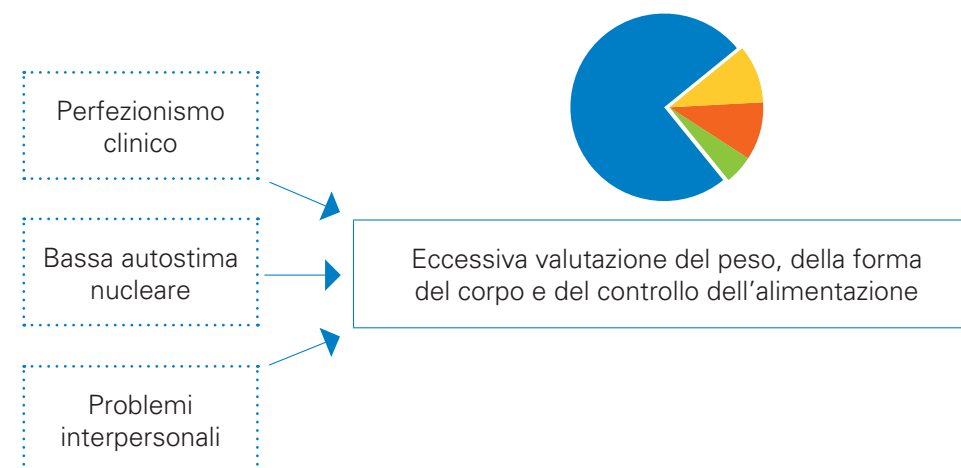
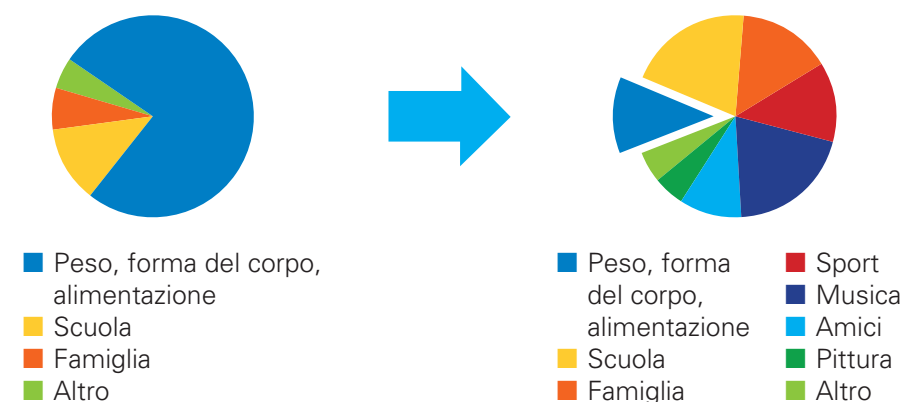


Figura 6

Gli obiettivi del trattamento di Villa Garda



- È descritto nel manuale *Il Trattamento dei Disturbi dell'Alimentazione a Villa Garda* (Dalle Grave, 2009, Positive Press: Verona) consegnato a ogni paziente all'entrata in casa di cura (**Figura 7**).
- È somministrato da un'equipe multidisciplinare "non eclettica" composta da medici, psicologi, dietisti ed infermieri professionali che aderiscono alla medesima teoria, adottano tecniche di intervento prestabilite e lo stesso linguaggio con il paziente. La presenza di un'equipe multidisciplinare non eclettica permette di avere sia i vantaggi di un approccio multidisciplinare, cioè la possibilità di curare anche pazienti con problemi clinici multipli, sia di mantenere lo standard dei trattamenti valutati nei centri di ricerca facilitando la valutazione dell'efficacia della teoria e del trattamento.
- È stato ideato, implementato e valutato in collaborazione con il Centro per la Ricerca sui Disturbi dell'Alimentazione dell'Università di Oxford, uno dei più importanti centri di ricerca mondiali sui disturbi dell'alimentazione.

Figura 7



**Il trattamento
dei disturbi
dell'alimentazione
a Villa Garda**

Riccardo Dalle Grave
Positive Press 2009, Verona

Preparazione al ricovero

Al trattamento di Villa Garda sono ammessi solo i pazienti che decidono "volontariamente" di farsi ricoverare e che sono disponibili a *considerare il programma come una priorità*. Nel trattamento di Villa Garda il paziente è incoraggiato a diventare gradualmente un "terapeuta" esperto del suo disturbo dell'alimentazione. Per raggiungere questo stato è fondamentale lo sviluppo di una collaborazione di fiducia con i terapeuti e la disponibilità a mettere il massimo impegno nell'affrontare le varie procedure del programma. La preparazione al trattamento residenziale è perciò un momento fondamentale che precede l'inizio del programma riabilitativo ospedaliero.

La fase di preparazione si svolge in due o più incontri con un medico del reparto. Gli obiettivi degli incontri sono i seguenti: **(1)** valutare se esistono le indicazioni al trattamento riabilitativo ospedaliero; **(2)** fornire informazioni dettagliate sui disturbi dell'alimentazione e sul trattamento, compresa una visita del reparto dove il paziente può osservare direttamente l'ambiente e viverne l'atmosfera; **(3)** valutare i pro e i contro di iniziare la terapia residenziale. L'analisi si focalizza in modo particolare sui motivi per cui può valere la pena di affrontare il trattamento riabilitativo ospedaliero e sui benefici che si potranno ottenere dalla guarigione dal disturbo dell'alimentazione.

Se il paziente decide di affrontare il trattamento riabilitativo ospedaliero è posto in una lista d'attesa. La settimana prima del ricovero, che di solito è fissato il lunedì, è eseguito un altro incontro con il medico di reparto per rivedere in dettaglio le procedure del trattamento e per firmare il contratto terapeutico in cui il paziente dichiara di condividere gli obiettivi del trattamento e di essere disposto a impegnarsi al massimo delle sue possibilità per cercare di raggiungerli.

Durata e fasi del trattamento

Il trattamento residenziale di Villa Garda può essere somministrato in due forme: (1) ricovero + day-hospital, (2) day-hospital.

L'organizzazione e le procedure adottate nelle due forme di trattamento sono identiche con l'eccezione che i pazienti in day-hospital non dormono in casa di cura. Il trattamento ricovero + day-hospital ha una durata di 20 settimane (13 di ricovero e 7 di day-hospital) per i pazienti sottopeso e di 15 settimane per quelli non sottopeso (8 di ricovero e 7 di day-hospital). Il trattamento solo in day-hospital ha una durata di 13 settimane ed è riservato ai pazienti maggiorenni che hanno condizioni mediche stabili e sono in grado di gestirsi da soli al di fuori della casa di cura. In casi particolari, l'equipe può proporre al paziente di allungare il trattamento di alcune settimane.

Il trattamento si svolge in quattro fasi (**Figura 8**):

1. Nella **Fase Uno** (settimane 1-4) l'obiettivo è ingaggiare ed educare i pazienti sul trattamento e sul disturbo dell'alimentazione, sviluppare la formulazione personalizzata dei meccanismi di mantenimento del disturbo dell'alimentazione, ottenere il massimo cambiamento comportamentale con l'esposizione ai pasti assistiti e, nei pazienti sottopeso, iniziare il processo di recupero ponderale. In questa fase è anche eseguito un incontro con gli altri significativi (per es. genitori o partner).
2. Nella **Fase Due** (settimane 5-6) è eseguita una revisione dettagliata dei progressi e degli ostacoli al cambiamento. Inoltre, è svolta una valutazione formale se sono presenti uno o più dei tre fattori di mantenimento aggiuntivi proposti dalla teoria transdiagnostica (perfezionismo clinico, bassa autostima nucleare, difficoltà interpersonali). Le informazioni derivate da questa valutazione sono usate per creare una formulazione personalizzata revisionata ed estesa dei fattori che operano nel mantenimento del disturbo dell'alimentazione del singolo paziente e per progettare la Fase Tre del trattamento.
3. Nella **Fase Tre** (settimane 7-17) il contenuto del trattamento è dettato dalla formulazione revisionata ed estesa e può affrontare in moduli specifici l'immagine corporea negativa, la restrizione dietetica cognitiva e calorica, gli eventi e le emozioni che influenzano l'alimentazione. In un sottogruppo di pazienti sono affrontati in specifici moduli anche uno o più fattori aggiuntivi di mantenimento identificati nella formulazione revisionata ed allargata. In questa fase la maggior parte dei pazienti sottopeso raggiunge la soglia minima di IMC e inizia la fase di mantenimento del peso.
4. Nella **Fase Quattro** (settimane 18-20) l'obiettivo è preparare la formulazione dei fattori di mantenimento residui che continuano a operare alla fine del trattamento, il ritorno a casa e la terapia post-ricovero.

N.B. Il day-hospital inizia la settimana 14. In questa fase i pazienti dormono fuori dalla casa di cura (nella loro casa se vivono vicino alla clinica o in camere private o appartamenti) e passano dei periodi sempre più lunghi a casa per identificare e affrontare i fattori di mantenimento che operano nell'ambiente familiare.

Figura 8

Organizzazione generale del trattamento di riabilitazione intensiva ospedaliera di Villa Garda

Luogo	Ricovero				Day Hospital																	
Fasi	Uno				Due		Tre														Quattro	
Settimane	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20		
CBT-F	Psicoterapia individuale (2 sedute la settimana nella Fase Uno, poi 1 seduta la settimana)																					
	Tavola rotonda con tutti i terapeuti (dietista, medico, psicologo, infermiera professionale - 1 volta la settimana)																					
	Alimentazione assistita								Alimentazione non assistita													
	Gruppi psicoeducazionali (3 gruppi la settimana)																					
	Gruppo di psicoterapia (1 gruppo la settimana prime 6 settimane, poi 2-3 gruppi la settimana)																					
	Gruppi fitness (2 gruppi la settimana)																					
	Intervento educativo																					
	Se sono presenti fattori di mantenimento aggiuntivi uno o più moduli	CBT-A				Modulo perfezionismo clinico																
						Modulo bassa autostima nucleare																
				Modulo difficoltà interpersonali																		
	Modulo adolescenti																					

CBT = Terapia cognitivo comportamentale; F = Focalizzata; A = Allargata

Atteggiamento e impegno richiesto

Il trattamento di Villa Garda dovrebbe essere visto come un'opportunità speciale per guarire dal disturbo dell'alimentazione e *per iniziare una nuova e più soddisfacente vita*. Come ogni cambiamento ci sono dei rischi, ma i vantaggi che si possono ottenere sono enormi ed includono: pensare più liberamente senza essere continuamente oppressi dai pensieri sull'alimentazione, sul peso e sulla forma del corpo, sviluppare una prospettiva mentale più allargata, diventare più felici, meno irritabili e rigidi, riuscire a formarsi una famiglia e raggiungere condizioni di salute migliori.

Può essere anche utile considerare il trattamento come un *esperimento* per testare le proprie convinzioni sull'impatto del recupero del peso sulla propria vita. Se si sarà insoddisfatti dell'esito dell'esperimento si potrà sempre ritornare al controllo alimentare e al peso imposti dal disturbo dell'alimentazione.

Un altro atteggiamento vincente che consigliamo di adottare e che molti pazienti guariti ci hanno riferito essere stata la chiave del loro successo, è spostare gli sforzi dal controllo dell'alimentazione, del peso e della forma del corpo verso il trattamento: in altre parole l'aspetto chiave è considerare il *trattamento come una priorità* e mettere lo stesso impegno che si dedica al controllo del peso, della forma del corpo e dell'alimentazione nel programma terapeutico.

Dati sul trattamento indicano che l'entità del cambiamento (per es. l'interruzione dei comportamenti estremi di controllo del peso) ottenuta nelle prime quattro settimane, è il più importante predittore dei risultati del trattamento a distanza di un anno dalla sua conclusione. Per tale motivo ogni paziente è incoraggiato a *iniziare bene* per costruire quello che noi definiamo lo "slancio", grazie al quale si può lavorare di giorno per interrompere il disturbo dell'alimentazione.

Nell'interesse del paziente e nostro, è importante che *ogni appuntamento inizi e finisca con puntualità*. I terapeuti faranno in modo di essere sempre in orario e lo stesso è richiesto al paziente. È una buona idea arrivare anche un po' in

**UN'OPPORTUNITÀ PER GUARIRE
E INIZIARE UNA VITA NUOVA
PIÙ SODDISFACENTE**

anticipo – circa 10, 15 minuti a ogni seduta. Ciò dà l'opportunità di mettersi a proprio agio, rilassarsi e prepararsi le cose da discutere nell'incontro che sta per avere.

Nel programma di Villa Garda il paziente e i terapeuti lavorano insieme come una squadra per affrontare il disturbo dell'alimentazione. Insieme si accordano di volta in volta su specifici compiti (o "passi"), che il paziente si assume l'impegno di svolgere tra una seduta e l'altra. *I compiti sono di importanza fondamentale* e ad essi va data l'assoluta priorità. È proprio ciò che viene fatto tra un incontro e l'altro che determina i limiti o i benefici di come sta procedendo il trattamento.

Accoglienza

Per tutta la durata del trattamento si è assegnati a cinque terapeuti di riferimento (dietista, psicologo, medico internista, medico psichiatra e infermiere professionale). Un terapeuta sostituito è assegnato durante l'assenza di uno dei terapeuti di riferimento.

All'arrivo in casa di cura si è accolti dal dietista che illustra l'organizzazione del programma, le procedure per affrontare i pasti assistiti e fissa la data degli appuntamenti con lo psicologo. Poi, l'infermiere professionale assegna la camera e spiega le regole del reparto. Nella stessa giornata si incontra il medico per la valutazione diagnostica.

Valutazione diagnostica

All'entrata è eseguita un'accurata valutazione diagnostica che include le seguenti procedure:

1	Visita medica e anamnesi.
2	Anamnesi alimentare.
3	Esami bioumorali e strumentali per valutare le complicanze mediche dei disturbi dell'alimentazione.
4	Valutazione del peso e dell'altezza per il calcolo dell'IMC.
5	Valutazione della composizione corporea e della massa ossea (DXA).
6	Valutazione del dispendio energetico e dell'attività fisica svolta.
7	Intervista "Eating Disorder Examination (EDE)" con uno psicologo per la valutazione delle principali caratteristiche cliniche del disturbo dell'alimentazione.
8	Questionari per valutare i problemi psicologici e interpersonali spesso associati ai disturbi dell'alimentazione.
9	Valutazione psichiatrica eseguita dal medico psichiatra di riferimento.

La valutazione diagnostica permette di evidenziare eventuali *segni d'allerta* che dovranno essere monitorati attentamente durante il ricovero. Se sono presenti uno o più segni d'allerta non sono concessi permessi d'uscita ed è effettuata una supervisione medica intensiva fino alla risoluzione del problema.

La valutazione diagnostica è eseguita anche una settimana prima della dimissione, per valutare i miglioramenti ottenuti con il trattamento, e a 6 e 12 mesi dopo la dimissione per valutare gli effetti del trattamento a distanza di tempo.

Valutazione dell'andamento del peso e del trattamento

Il peso corporeo è misurato dal paziente una volta la settimana. Per prevenire un meticoloso check del peso (comportamento disfunzionale tipico dei disturbi dell'alimentazione che intensifica le preoccupazioni per il peso) è usata una bilancia che ha una divisione di mezzo chilo. Il paziente è istruito a inserire il valore del peso nel *Grafico del Peso* e a scrivere l'interpretazione del peso nell'ultima colonna della *Scheda di Monitoraggio*. L'andamento e l'interpretazione del peso sono discussi durante la tavola rotonda che si svolge nella medesima mattina.

Dopo il controllo del peso, il paziente compila anche il *Questionario di Verifica Settimanale dei Disturbi dell'Alimentazione*. Il questionario include la frequenza nell'ultima settimana dei comportamenti disfunzionali dei disturbi dell'alimentazione. I dati del questionario sono inseriti in un database e discussi durante la tavola rotonda.

Strategie generali del trattamento

Il trattamento è individualizzato e affronta i principali meccanismi che agiscono nel mantenere il problema alimentare del paziente.

La strategia chiave è creare una *Formulazione Personalizzata* dei principali meccanismi di mantenimento che dovranno essere affrontati dal trattamento. Per ottenere un cambiamento psicologico (cognitivo) i pazienti sono spinti a fare cambiamenti comportamentali graduali nel contesto della loro formulazione e ad analizzare gli effetti e le implicazioni di questi cambiamenti sul loro modo di pensare. Nelle fasi più avanzate del trattamento i pazienti sono aiutati a riconoscere i primi segnali di attivazione dello stato mentale del disturbo dell'alimentazione e a decentrarsi rapidamente da esso evitando così la ricaduta.

*A Villa Garda è adottato il **principio della parsimonia**.
Fare poche cose bene piuttosto che tante male.*

Alimentazione assistita

La ragione principale che porta a intraprendere il trattamento di Villa Garda è il non essere riusciti a fare i cambiamenti dell'alimentazione necessari per superare il disturbo dell'alimentazione. Questo accade per varie ragioni come, per esempio, l'eccessiva preoccupazione per il peso e la forma del corpo, la paura di perdere il controllo nei confronti dell'alimentazione e di aumentare di peso in modo incontrollato, la presenza di rituali alimentari che influenzano l'alimentazione e l'ambivalenza nei confronti del cambiamento. Il programma di Villa Garda è stato ideato per fornire un aiuto intensivo specialistico, attraverso l'alimentazione assistita, per superare questi problemi.

La **Figura 9** mostra la sala dove si svolge l'alimentazione assistita.

Il ruolo del paziente

Come ogni procedura del programma di Villa Garda è essenziale che durante l'alimentazione assistita il paziente svolga un ruolo attivo, cercando di fare del suo meglio per

Figura 9 La sala dell'alimentazione assistita



applicare le strategie e le procedure consigliate. Queste hanno gli scopi di aiutare il paziente a ridurre l'ansia nei confronti dell'alimentazione, a sentirsi in controllo durante il processo di recupero del peso e a non farsi influenzare dallo stato mentale del disturbo dell'alimentazione. Consumare i pasti in modo passivo senza applicare le strategie e le procedure serve a poco perché, quando saranno affrontati senza assistenza, non si sarà in grado di gestire lo stato mentale del problema alimentare.

Il ruolo di chi assiste ai pasti

Durante le prime quattro settimane o fino al raggiungimento dell'IMC di 18,5 (o al percentile corrispondente se si ha meno di 18 anni) i pasti sono consumati con l'assistenza di una dietista nei giorni feriali e di un'infermiera professionale nei giorni festivi. Il loro compito è di aiutare il paziente a utilizzare specifiche strategie e procedure cognitivo-comportamentali per riuscire a consumare i pasti senza adottare rituali alimentari e farsi influenzare dai pensieri e dalle preoccupazioni riguardanti l'alimentazione, il peso e la forma del corpo.

Strategie e procedure

Le persone con problemi alimentari hanno la convinzione che se assumono certi cibi o determinate quantità di alimenti perderanno il controllo e aumenteranno di peso in modo imprevedibile. L'ansia generata da questa convinzione è ridotta con la dieta ferrea o con altri comportamenti non salutari di controllo del peso.

Per affrontare questi problemi il programma di Villa Garda incoraggia il paziente ad adottare in modo attivo quattro strategie e procedure; **(1)** misurare e interpretare il peso; **(2)** pianificare l'alimentazione; **(3)** applicare le strategie cognitivo comportamentali durante i pasti; **(4)** gestire i momenti dopo i pasti.

1. Misurare e interpretare il peso

La mattina della tavola rotonda, il lunedì o il martedì, il paziente misura il peso a digiuno in biancheria intima con l'assistenza di un'infermiera professionale e poi lo interpreta guardando il suo andamento nel *Grafico del Peso*.

2. Pianificare l'alimentazione

Ogni settimana, dopo avere interpretato le modificazioni del suo peso, il paziente decide durante la tavola rotonda le eventuali modificazioni del suo piano alimentare seguendo le linee guida di Villa Garda per la gestione del peso e dell'alimentazione consegnate all'entrata dalla dietista che, nella fase di recupero di peso, prevedono un incremento di peso compreso tra 1 e 1,5 kg la settimana. Per ottenere questo obiettivo è necessario creare un bilancio energetico positivo di circa 1.000 kcal al giorno.

Arrivati a un IMC ≥ 19 , il menù è aggiustato per mantenere il peso. Questo livello di peso è stato scelto perché può essere mantenuto senza adottare comportamenti estremi e

non salutari di controllo del peso, non è associato ai sintomi da malnutrizione e permette una vita sociale: tre condizioni necessarie per superare il disturbo dell'alimentazione.

Nelle persone che all'entrata non sono sottopeso il programma ha l'obiettivo del mantenimento del peso.

3. Applicare le strategie cognitivo comportamentali per affrontare i pasti

Nel caso abbia difficoltà ad assumere i pasti, il paziente è incoraggiato ad applicare con l'aiuto del dietista e/o dell'infermiere specifiche strategie e procedure cognitive comportamentali per non farsi influenzare dallo stato mentale del disturbo dell'alimentazione (per es. non deviare dal piano alimentare concordato, perché aiuta ad avere prevedibilità e controllo sul recupero del peso; non farsi influenzare dai segnali di fame e sazietà, perché sono alterati dalla malnutrizione, e dalle preoccupazioni per l'alimentazione, perché sono l'espressione del disturbo dell'alimentazione; compilare la Scheda di Monitoraggio in tempo reale, perché aiuta a rendere le esperienze che sembrano automatiche e fuori dal controllo più aperte al cambiamento).

Ai pazienti non è permesso di aumentare di peso troppo rapidamente e in modo incontrollato perché lo scopo del trattamento è recuperare o mantenere un peso salutare in modo prevedibile e controllato.

4. Gestire i momenti seguenti al pasto

Nella fase dell'alimentazione assistita, il paziente dopo i pasti rimane in una stanza per un'ora per imparare a praticare delle attività alternative (per es. leggere, guardare la TV, studiare, ascoltare la musica, usare internet, ecc.) e per gestire l'impulso ad adottare i comportamenti di compenso. Nell'ora delle attività alternative non è permesso l'accesso ai bagni.

Alimentazione non assistita

Dopo otto settimane e se ha raggiunto un IMC $> 18,5$, il paziente inizia a consumare i pasti senza assistenza in casa di cura e poi gradualmente al di fuori di Villa Garda. In questa fase sono eseguiti incontri con il dietista di riferimento per identificare e affrontare le regole dietetiche residue, sono gestiti in modo autonomo i momenti dopo i pasti e si ha libero accesso ai bagni.

L'obiettivo di questa fase è aiutare il paziente a mantenere il peso raggiunto senza l'assistenza del dietista durante i pasti, eliminando gradualmente le regole dietetiche estreme e rigide (restrizione dietetica cognitiva) e adottando delle linee guida alimentari salutari in modo flessibile.

Le procedure adottate in questa fase sono individualizzate sulla base dei livelli di restrizione cognitiva residua nel singolo paziente, ma in genere includono:

1. Imparare a considerare la restrizione alimentare un problema da affrontare e non una soluzione
2. Adottare linee guida alimentari in modo flessibile
3. Identificare e affrontare le regole dietetiche estreme e rigide (per es. evitare specifici alimenti, non riuscire a mangiare con gli altri, in pizzeria, al fast-food, al ristorante, ridurre le porzioni, saltare i pasti) e il check dell'alimentazione (per. pesare in modo minuzioso il cibo, contare le calorie ripetutamente)
4. Identificare e affrontare le reazioni conseguenti alla rottura delle regole dietetiche.

Dalla settimana 14, il paziente dorme fuori dalla casa di cura a casa sua o in un appartamento privato dove potrà cucinare per se stesso e gradualmente consumerà sempre più pasti al di fuori della casa di cura.

Tavola rotonda

La tavola rotonda si svolge il mattino, una volta la settimana, attorno ad un tavolo in un'apposita sala. Alla tavola rotonda, oltre al paziente, partecipano i terapeuti di riferimento (medico, dietista, psicologo e infermiera professionale).

Al centro della tavola è posto il computer che visualizza il *Grafico del Peso*, i dati del *Questionario di Verifica Settimanale dei Disturbi dell'Alimentazione* e la *Formulazione Personalizzata*.

La tavola rotonda inizia con l'interpretazione del *Grafico del Peso* effettuata dal paziente. L'interpretazione è usata per educare il paziente sulla regolazione fisiologica del peso e per ristrutturare la presenza di eventuali distorsioni cognitive sulle modificazioni ponderali. Poi, i terapeuti chiedono al paziente di suggerire il contenuto calorico della dieta da consumare nei sette giorni seguenti seguendo le indicazioni delle *Linee Guida* consegnate all'inizio del trattamento. Anche in questo caso, se necessario, i terapeuti educano il paziente sul bilancio energetico e ristrutturano eventuali distorsioni cognitive sul contenuto

calorico della dieta. Alla fine di questa analisi il paziente e i terapeuti decidono insieme il contenuto calorico della dieta per i sette giorni seguenti.

Il tempo successivo è dedicato all'analisi dello stato della *Formulazione Personalizzata* e, in particolare, alla valutazione della presenza eventuale di abbuffate, comportamenti di estremi di controllo del peso, check del corpo, evitamenti dell'esposizione del corpo, sensazione di essere grasso e del grado di preoccupazione per il peso, la forma del corpo e l'alimentazione. Ogni terapeuta di riferimento discute con il paziente e gli altri terapeuti i progressi raggiunti nella settimana precedente e gli ostacoli da affrontare.

Nella tavola rotonda sono anche discussi gli aspetti organizzativi del trattamento (per es. passaggio all'alimentazione non assistita, transizione al day-hospital, week-end a casa). Se necessario, il medico di riferimento prescrive esami aggiuntivi alla routine per valutare eventuali complicanze mediche e farmaci nel caso ci fosse la necessità. Durante il day-hospital i terapeuti e i pazienti pianificano e rivedono i problemi emersi nei week-end e nei giorni passati a casa.

La tavola rotonda termina stabilendo insieme gli obiettivi e i compiti della settimana.

Sedute individuali di psicoterapia

Per tutta la durata del trattamento sono effettuate sedute individuali con lo psicologo di riferimento (due la settimana le prime quattro settimane, poi una la settimana).

L'obiettivo delle sedute di psicoterapia è ingaggiare il paziente nel trattamento e aiutarlo a sviluppare la *Formulazione Personalizzata* dei fattori che operano nel mantenere il disturbo dell'alimentazione, ad accettare le modificazioni del peso e della forma del corpo, ad affrontare gli eventi e le emozioni che influenzano la sua alimentazione e ad affrontare l'immagine corporea negativa.

Se nella revisione dell'andamento del trattamento eseguita in Fase Due emergono uno o più fattori aggiuntivi di mantenimento (per es. perfezionismo clinico, bassa autostima nucleare, problemi interpersonali marcati), essi sono affrontati in moduli specifici durante la Fase Tre delle sedute di psicoterapia individuale.

Nella Fase Quattro il contenuto della psicoterapia è focalizzato sulla conclusione della terapia (*finire bene*) e sulla preparazione del *Piano Post-Ricovero*.

Gruppi

Il programma di Villa Garda prevede due tipi di gruppi che hanno l'obiettivo di rinforzare il lavoro eseguito durante le sedute individuali di psicoterapia (**Tabella 2**): **(1)** Gruppi Psicoeducazionali; **(2)** Gruppi Cognitivo Comportamentali.

I gruppi incoraggiano l'auto-rivelazione, il mutuo aiuto e l'apprendimento dai pazienti che stanno affrontando il loro problema alimentare con successo. In alcuni pazienti, inoltre, aiutano ad affrontare la vergogna per avere un disturbo dell'alimentazione e favoriscono lo sviluppo di positive relazioni interpersonali.

Sedute di fitness

Se non sono presenti "segni d'allerta" i pazienti partecipano a due sedute di fitness la settimana dove sono eseguiti esercizi di rinforzo muscolare e di ginnastica calistenica con l'aiuto di un fisioterapista specializzato. Gli obiettivi delle sedute di fitness sono: **(1)** favorire il recupero della massa muscolare e migliorare la fitness fisica; **(2)** favorire l'accettazione della forma del corpo; **(3)** imparare a fare esercizio senza pensare al peso, alla forma del corpo e al controllo dell'alimentazione.

Tabella 2

I gruppi di Villa Garda

GRUPPI PSICOEDUCAZIONALI

- 3 volte la settimana
- Sono interattivi, ma i pazienti sono incoraggiati a discutere gli argomenti presentati senza rilevare informazioni personali
- Forniscono informazioni scientifiche sui disturbi dell'alimentazione e sulle più moderne procedure terapeutiche per affrontarli

GRUPPI COGNITIVO COMPORTAMENTALI

- 1 volta la settimana
- Sono interattivi e usano le più moderne procedure cognitive comportamentali per affrontare i disturbi dell'alimentazione
- Supportano la psicoterapia individuale nell'aiutare il paziente a:
 - Gestire gli eventi che influenzano l'alimentazione
 - Affrontare le regole dietetiche e la restrizione dietetica cognitiva
 - Affrontare l'immagine corporea negativa

Coinvolgimento di "altri" significativi

Gli altri significativi sono le persone che influenzano il comportamento alimentare del paziente (per es. genitori, partner, amici).

Gli altri significativi dei pazienti adulti sono coinvolti prima e durante il trattamento con il consenso del paziente se il loro coinvolgimento può facilitare il cambiamento. Nella fase di preparazione sono visti alla fine della prima seduta con lo scopo di valutare la loro disponibilità a partecipare agli incontri durante il trattamento e di aiutare il paziente a valutare i pro e i contro di farsi ricoverare. Durante il trattamento partecipano assieme al paziente a tre sedute con lo psicologo di riferimento. L'obiettivo degli incontri è stimolarli a creare un ambiente ottimale a casa per facilitare il cambiamento del paziente.

Intervento educativo

L'intervento educativo, coordinato da un educatore, si pone gli obiettivi di aumentare il coinvolgimento dei pazienti in attività formative, interpersonali, ludiche e ricreative, di potenziare il processo di socializzazione e di migliorare le varie potenzialità individuali.

L'intervento educativo, svolto durante i giorni feriali al di fuori delle ore dedicate alle attività terapeutiche, si svolge in piccoli gruppi divisi per fasce di età ed è diviso in tre aree principali: **(1)** *area formativa* per aiutare i pazienti nello studio e per potenziare la loro capacità critica e comunicativa su temi di origine sociale e di attualità; **(2)** *area cognitivo-relazionale* per favorire la capacità di critica dei pazienti e lo scambio interpersonale; **(3)** *area ludico-ricreativa* per favorire un approccio alla creatività dei pazienti e una corretta gestione del loro tempo libero sviluppando laboratori artistici di disegno, pittura, scultura, cucito e ricamo, attività teatrali e giochi interattivi da tavolo.

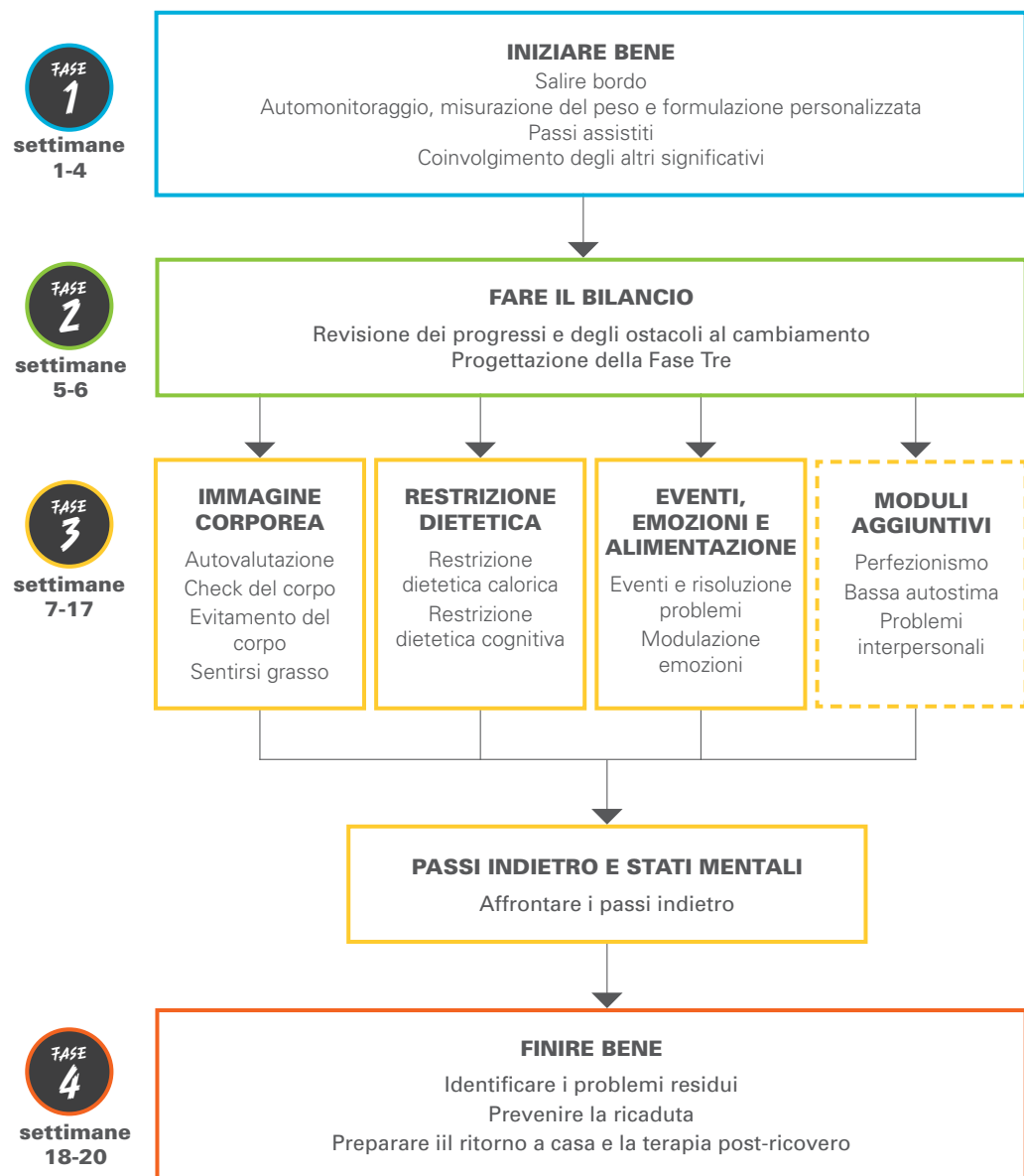
La **Figura 10** mostra la mappa del trattamento di Villa Garda.

Modulo adolescenti

Gli adolescenti alloggiano in stanze separate dagli adulti e durante i permessi di uscita, se autorizzati dai genitori, devono essere sempre accompagnati da un adulto. Per l'intero periodo di day-hospital, se non vivono nella loro casa di famiglia, devono alloggiare in camere private o appartamenti con almeno un genitore o un parente designato dai genitori.

Figura 10

Mappa del trattamento di Villa Garda



Il Modulo Adolescenti, oltre alle procedure terapeutiche descritte per i pazienti adulti, prevede tre procedure aggiuntive: terapia della famiglia, gruppo adolescenti e scuola nell'ospedale.

Terapia della Famiglia

I genitori dei pazienti minorenni partecipano alla *Terapia della Famiglia* che include sei sedute con lo psicologo di riferimento e sedute con il dietista per organizzare i pasti a casa. Gli scopi della Terapia della Famiglia sono educare i genitori sui disturbi dell'alimentazione, creare un ambiente ottimale per influenzare positivamente il comportamento alimentare del figlio/a, migliorare la comunicazione tra i membri della famiglia e sviluppare strategie funzionali per gestire le crisi.

Gruppo adolescenti

Gli adolescenti partecipano una volta la settimana al *Gruppo Adolescenti* condotto da uno psicologo, dove sono affrontate le varie problematiche adolescenziali associate ai disturbi dell'alimentazione, come per esempio la costruzione del senso d'identità, l'acquisizione di un maggior grado di autonomia, lo sviluppo di migliori capacità relazionali e l'adattamento ai cambiamenti della pubertà. Nel gruppo i pazienti apprendono anche specifiche procedure per migliorare la comunicazione sociale, l'assertività e le abilità per risolvere i conflitti.

Scuola nell'ospedale

La casa di cura Villa Garda ha aderito al progetto "Scuola nell'Ospedale", sviluppato dal Ministero dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca (MIUR) (<http://ps0.istruzione.it/>) per offrire il diritto di studio agli studenti ospedalizzati per un periodo superiore ai 30 giorni. Il progetto, implementato nel reparto di Riabilitazione Nutrizionale della Casa di Cura Villa Garda grazie alla disponibilità del Provveditorato degli Studi di Verona, permette ai pazienti ricoverati di non interrompere il loro percorso di studi durante la degenza riabilitativa. L'intervento prevede lezioni impartite dagli insegnanti delle sezioni ospedaliere sia direttamente o via web, usando le nuove tecnologie dell'informazione e della comunicazione (vedi **Figura 11**). I pazienti/studenti sono sottoposti periodicamente a verifiche del loro apprendimento orali e scritte che hanno valore legale.

È disponibile anche un registro scolastico elettronico per condividere i programmi, le lezioni e il percorso degli studenti ospedalizzati.

Il progetto Scuola nell'Ospedale, aiuta i pazienti ricoverati a pervenire la dispersione scolastica e facilita il loro reintegro nel tradizionale contesto scolastico: due problemi che in passato hanno favorito la ricaduta dopo la dimissione da Villa Garda. Periodici incontri tra equipe curante e insegnanti sono organizzati per valutare e affrontare i vari ostacoli emersi durante il percorso riabilitativo e di studio.

Strategie per mantenere il cambiamento dopo la dimissione

Uno dei maggiori limiti dei tradizionali trattamenti ospedalieri dei disturbi dell'alimentazione è la rimozione del paziente dai fattori stressanti ambientali durante l'intero corso del trattamento. Tale approccio facilita il recupero del peso e la normalizzazione dell'alimentazione durante il ricovero, ma rende il paziente vulnerabile alla ricaduta, quando rientra a casa dove è nuovamente esposto ai fattori stressanti ambientali. Un altro problema è che spesso il paziente non riceve un trattamento adeguato dopo il ricovero. I dati della ricerca indicano che chi non fa una terapia dopo il ricovero tende ad avere un elevato tasso di ricaduta.

Esposizione agli stress ambientali

Nelle Fasi Uno e Due del trattamento i pazienti sono esposti ai fattori stressanti ambientali e sono incoraggiati ad applicare le strategie apprese durante le visite degli altri significative nei permessi di uscita giornalieri dalla casa di cura.

Nella Fase Tre i pazienti hanno l'opportunità di sperimentare l'esposizione ai fattori stressanti ambientali consumando i pasti al di fuori della casa di cura, mangiando al ristorante con parenti e amici, andando a comperare vestiti non emaciati, ed esponendo il proprio corpo ad un peso normale agli altri pazienti e agli altri significativi. Infine, nella fase di day-hospital i pazienti passano vari week-end e giorni a casa dove consumano i pasti senza la supervisione dei terapeuti, riprendono a usare lo specchio, si pesano da soli e sono esposti ai più importanti fattori stressanti interpersonali ed emotivi ambientali utilizzando le procedure terapeutiche acquisite a Villa Garda e mantenendo un supporto terapeutico intensivo.

Figura 11 Internet Point



Villa Garda Oxford Study

La casa di cura di Villa Garda è stata scelta dal Centro per la Ricerca sui Disturbi dell'Alimentazione dell'Università di Oxford per eseguire uno studio sull'efficacia reale (effectiveness) della terapia cognitivo comportamentale ospedaliera dei disturbi dell'alimentazione.

La ricerca, approvata dal Comitato Etico dell'ULSS 22, è stata eseguita su 80 pazienti consecutivi affetti da anoressia nervosa.

I risultati dello studio indicano che:

1. Il 90% dei pazienti completa il trattamento di Villa Garda
2. Il trattamento determina nei pazienti che completano il ricovero:
 - a. Un aumento significativo dell'Indice di Massa Corporea (IMC, da $14,4 \pm 1,7$ a $19,3 \pm 1,1$)
 - b. Una diminuzione significativa del punteggio globale dell'Eating Disorder Examination (EDE, da $3,6 \pm 1,1$ a $1,6 \pm 1,0$), che valuta la gravità della psicopatologia specifica del disturbo dell'alimentazione
3. A 12 mesi dopo la dimissione nei pazienti che hanno completato il trattamento:
 - a. L'IMC è $18,1 \pm 1,9$
 - b. Il punteggio globale dell'EDE è $1,6 \pm 1,3$
 - c. L'80% degli adolescenti con anoressia nervosa ha un peso corporeo normale 12 mesi dopo la dimissione da Villa Garda

I risultati indicano che il trattamento di Villa Garda è efficace nel normalizzare il peso e nel migliorare la psicopatologia specifica dei disturbi dell'alimentazione e che produce dei miglioramenti significativi del peso e della psicopatologia specifica anche a 12 mesi dopo la dimissione.

Dalle Grave R, Calugi S, Conti M, Doll H, Fairburn CG. Inpatient cognitive behaviour therapy for anorexia nervosa: A randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2013;82(6):390-8.

Dalle Grave R, Calugi S, El Ghoch M, Conti M, Fairburn CG. Inpatient cognitive behaviour therapy for adolescents with anorexia nervosa: immediate and longer-term effects. *Frontiers in Psychiatry*. 2014;5:14. doi:10.3389/fpsy.2014.00014.

Gli articoli sono scaricabili presso il sito <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>.

Terapia post-ricovero

La Fase Quattro del trattamento è largamente dedicata all'organizzazione della terapia ambulatoriale post-ricovero. Se dal trattamento residenziale si sono ottenuti dei miglioramenti, l'indicazione logica è scegliere una terapia basata sulla teoria del trattamento di

Villa Garda anche a casa. Tale suggerimento è supportato dalla ricerca che ha evidenziato una diminuzione del tasso di ricaduta nei pazienti che seguono una terapia cognitivo comportamentale dopo la dimissione dall'ospedale.

Il nostro gruppo ha sviluppato a tal fine una terapia cognitivo comportamentale individuale post-ricovero che può essere eseguita a Villa Garda o presso specialisti che hanno ricevuto dalla nostra equipe una formazione su questo trattamento.

Gli obiettivi generali della terapia ambulatoriale post-ricovero sono affrontare i problemi residui continuando ad applicare le procedure apprese a Villa Garda e sviluppare abilità per prevenire la ricaduta.

I vantaggi della terapia ambulatoriale post-ricovero eseguita presso la casa di cura Villa Garda sono i seguenti: **(1)** continuare il trattamento con lo stesso terapeuta; **(2)** poter usufruire di un trattamento focalizzato sui problemi che residuano usando le procedure apprese durante il ricovero; **(3)** avere un supporto intensivo nei primi mesi dopo la dimissione; **(4)** seguire un trattamento "specifico" per il disturbo dell'alimentazione limitato nel tempo.

Il trattamento prevede 20 sedute di psicoterapia individuale in 20 settimane (settimane 1-4: due sedute a settimana; settimane 5-12: una seduta a settimana; settimane 13-20: una seduta a settimana).

Alcune nozioni PRATICHE

Visite

Le visite dei familiari e amici durante la settimana sono consentite al di fuori degli orari previsti dalle terapie e delle attività di reparto. La famiglia per avere notizie sull'andamento del trattamento può telefonare al medico di riferimento in orari concordati.

Soldi per le piccole spese

Per le piccole spese settimanali (giornali, ecc.), i genitori sono pregati di lasciare un deposito presso l'amministrazione della casa di cura o di inviare un vaglia postale indirizzato al figlio/a. I soldi possono essere ritirati in amministrazione da lunedì a venerdì, in orari specifici.

Attività ricreative

Il reparto ha una sala per le attività ricreative, dove si trovano una televisione digitale, un videoregistratore, un DVD, giochi di società e computer collegati ad Internet.

Farmaci

I farmaci sono usati con molta parsimonia nel nostro programma. È possibile che nelle prime fasi di trattamento siano prescritte vitamine o sali minerali. Nel caso sia presente una depressione di gravità clinica non secondaria al disturbo dell'alimentazione che ostacola il trattamento è possibile che siano prescritti dal medico psichiatra di riferimento dei farmaci antidepressivi. Possono essere assunte solo le medicine prescritte dal medico e somministrate dall'infermiera. Non è permesso assumere lassativi o diuretici né consumare alcol, né tenerli in camera. Gli orari di somministrazione delle medicine sono comunicati dall'infermiera Capo Sala.

Vestiti e cambi di biancheria

La casa di cura è un centro riabilitativo, per cui si consiglia di portare con sé un abbigliamento sportivo e casual, possibilmente una o più tute con scarpe e vestiti da ginnastica. Durante il giorno si consiglia di non rimanere vestiti con il pigiama o la camicia da notte. Nella stagione invernale, poiché fa abbastanza freddo, è necessario portare indumenti pesanti (cappotti, giacche a vento, ecc.). Per il ricambio dei vestiti esiste un servizio di lavanderia esterno. Periodicamente si può fare una lista di cose che servono da casa (es. vestiti, libri, dischi e altro materiale, ma non cibo) che va consegnata al dietista di riferimento che informerà i familiari. Il materiale richiesto potrà essere pertanto portato dai parenti o inviato tramite pacco postale.

Pasti

L'orario dei pasti è il seguente:

	08:30-08:45	colazione		15:45-16:00	merenda
	11:45-12:45	pranzo		18:30-19:30	cena

Modalità di ammissione

Il ricovero e il day-hospital sono completamente convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale. Per essere ammessi è necessaria la carta di richiesta di ricovero compilata dal medico di famiglia.

Problemi burocratici e amministrativi

Per qualsiasi problema burocratico (pagamenti, proroghe, assicurazioni, ecc.) il personale dell'Amministrazione è disponibile dal lunedì al venerdì, dalle ore 10:30 alle 11:30.

Bibliografia

Articoli originali

Dalle Grave R. A multi-step cognitive behaviour therapy for eating disorders. *European Eating Disorders Review* 2005;13:373-82.

Fairburn CG, Cooper Z, Shafran R. Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy* 2003;509-28

Libri per i terapeuti

Dalle Grave, R. *Multistep Cognitive Behavioral Therapy for Eating Disorders: Theory, Practice, and Clinical Case*. Lanham: Jason Arosen, 2013 (tr. it *Terapia Cognitivo Comportamentale Multistep per i Disturbi dell’Alimentazione. Teoria, Pratica e Casi Clinici*. Eclipsi: Firenze, 2015).

Dalle Grave, R. *Intensive Cognitive Behavior Therapy for Eating Disorder*. Hauppauge NY, Nova Publisher, 2012.

Fairburn CG. *Cognitive Behaviour Therapy and Eating Disorders*. Guilford Press, New York, 2008 (tr. it. *Terapia Cognitivo Comportamentale dei Disturbi dell’Alimentazione*. Eclipsi: Firenze, 2010).

Libri per i pazienti

Dalle Grave R. *Come Vincere i Disturbi dell’Alimentazione*. Positive Press, 2012.

Dalle Grave R. *Disturbi dell’alimentazione: una guida pratica per la famiglia*. Verona: Positive Press, 2014.

Fairburn CG. *Overcoming Binge Eating* (second edition). New York, Guilford Press, 2013 (tr. it. *Vincere le abbuffate. Come superare il disturbo da binge-eating*. Cortina, 2014).

Studi sull’esito del trattamento

Dalle Grave R, Calugi S, El Ghoch M, Conti M, Fairburn CG. Inpatient cognitive behavior therapy for adolescents with anorexia nervosa: Immediate and longer-term effects. *Frontiers in Psychiatry* 2014; 5: 1-6.

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