

### 3° Sessione 2013

## Clinica del Soma

=====

#### **ASPETTI MEDICO-NUTRIZIONALI: BULIMIA NERVOSA**

BN/Raccomandazioni: premessa

Scopo del trattamento MN della BN è: contribuire alla riduzione e – se possibile – all’eliminazione degli episodi di abbuffate e di condotte compensatorie prevenire, riconoscere e trattare le complicanze mediche della bulimia nervosa fornire educazione e competenze in merito a corretta nutrizione e modalità di alimentazione contribuire alla accettazione ed al mantenimento di un peso associato ad uno stato di salute contribuire alla prevenzione delle recidive

BN/Raccomandazioni: Valutazione clinica

I pazienti affetti da BN possono andare incontro a complicanze mediche in conseguenza ai comportamenti associati a questa patologia. Tutti gli operatori sanitari che lavorano con pazienti affetti da BN devono essere consapevoli dei rischi e farsi carico del monitoraggio dei pazienti

(raccomandazione di grado A, livello di forza I; Ozier, 2011).

Una raccolta anamnestica dei comportamenti – con particolare attenzione ai meccanismi di compenso – dei sintomi e dell’andamento ponderale effettuata mediante uno stile di intervista empatica e solidale, un attento esame obiettivo e l’effettuazione di esami laboratoristici e strumentali rappresentano elementi essenziali nella valutazione e trattamento del paziente affetto da bulimia nervosa (raccomandazione di grado A, livello di forza I; Ozier, 2011; Mehler, 2011; Trent, 2013; Williams, 2008).

Anche se nella maggior parte dei pazienti con bulimia nervosa sono rare le complicanze mediche gravi, tuttavia queste possono insorgere con maggiore frequenza nei casi di pazienti diabetici, di pazienti con vomito particolarmente frequente, in coloro che abusano di diuretici, lassativi, ormoni tiroidei, analgesici od utilizzano preparazioni erboristiche potenzialmente tossiche .

I livelli di rischio medico nei pazienti con BN possono essere valutati con i medesimi algoritmi utilizzati per i pazienti affetti da AN

(raccomandazione di grado B, livello di forza IV; The Health Council of the Netherlands, 2010; Academy for Eating Disorders, 2011).

L’ECG rilevazione della frequenza cardiaca e misurazione dell’intervallo QT rappresenta un importante indicatore di rischio clinico e di monitoraggio delle condizioni mediche del paziente. Nelle pazienti in cui sia anamnesticamente presente abuso di ipecac, emetica e cardiotoxica, è indicata anche l’esecuzione di un ecocardiogramma

(raccomandazione di grado A, livello della forza II)

L’interpretazione dell’ECG – concomitantemente alla valutazione del bilancio idro-elettrolitico – è sempre raccomandata nei pazienti malnutriti, sintomatici o nei quali sono presenti vomito ripetuto od abuso di lassativi (Mehler, 2011; Mascolo, 2011).

(raccomandazione di grado A, livello della forza I)

BN/Raccomandazioni: Prevenzione e terapia delle complicanze

Qualora vi sia un allungamento dell’intervallo QT all’ECG, è indicata la correzione degli squilibri elettrolitici prima di iniziare ulteriori terapie (Nahshoni, 2010).

(raccomandazione di grado A, livello della forza I)

In generale, gli squilibri idroelettrolitici si risolvono con la cessazione delle condotte di compensazione. Tuttavia, nei casi in cui sia necessaria una supplementazione è da preferirsi la somministrazione per os piuttosto che parenterale, a meno che non vi siano problemi di assorbimento gastrointestinale (Trent, 2013; Williams, 2008; Mascolo, 2011 ).

(raccomandazione di grado A, livello della forza I)

Nei casi di ipopotassiemia refrattaria si dovrebbe sempre sospettare e quindi correggere una ipomagnesemia (Mascolo, 2011)

(raccomandazione di grado A, livello della forza I)

Altre eventualità da prendere in considerazione sono alterazioni dello stato acido-base. In presenza di alcalosi metabolica con marcata ipokaliemia, frequente in caso di vomito ripetuto o abuso di diuretici dell'ansa, è necessario prima di tutto ripristinare una corretta volemia, mediante l'infusione endovenosa di soluzioni saline (Trent, 2013; Mascolo, 2011).

(raccomandazione di grado A, livello della forza I)

Al contrario l'acidosi metabolica può essere particolarmente grave nei pazienti che abusano di lassativi come conseguenza della perdita di bicarbonati dall'intestino (Mascolo, 2011)

(raccomandazione di grado B).

Quando è presente un abuso di lassativi, è opportuno consigliare ai pazienti una riduzione graduale (non improvvisa) dei lassativi, informandoli al contempo che l'utilizzo di lassativi non riduce in maniera significativa l'assorbimento di calorie (Mehler, 2011; Williams, 2008; Mascolo, 2011)

(raccomandazione di grado A, livello della forza I)

È necessario contrastare la stitichezza che spesso si sviluppa temporaneamente con lassativi non stimolanti come i derivati del glicerolo (Ozier, 2011; Trent, 2013; Williams, 2008)

(raccomandazione di grado B, livello della forza I)

La supplementazione con acido folico e vitamine del gruppo B è sempre raccomandata in caso di anemia (eventualmente associata a supplementazione marziale) e di alterazioni neurologiche accertate o sospette

(raccomandazione di grado A, livello della forza I; Mehler, 2011)

I pazienti che utilizzano il vomito come meccanismo di compenso dovrebbero sottoporsi a periodiche valutazioni odontoiatriche

(raccomandazione di grado A, livello della forza V; Johansson, A.K. 2012; Yagi, 2012)

Ai pazienti che utilizzano il vomito come meccanismo di compenso devono essere fornite indicazioni appropriate sull'igiene dentale, che includano evitare di spazzolarsi i denti dopo avere vomitato, risciacquarsi con un collutorio non acido dopo il vomito, e ridurre la formazione di un ambiente acido nel cavo orale

(raccomandazione di grado A, livello della forza V; Johansson, A.K. 2012; Yagi, 2012)

#### BN/Raccomandazioni: Riabilitazione Nutrizionale

Il trattamento nutrizionale della BN deve mirare al miglioramento dello stato di nutrizione, al recupero del senso di fame e sazietà, alla normalizzazione delle abitudini alimentari

(raccomandazione di grado A, livello della forza I; Ozier, 2011)

La valutazione della composizione corporea e del metabolismo energetico possono contribuire a rinforzare gli aspetti cognitivi in merito all'accettazione ed al mantenimento di un peso associato ad uno stato di salute

(raccomandazione di grado B, livello della forza IV; The Health Council of the Netherlands, 2010; Academy for Eating Disorders, 2011)

Una dieta moderatamente ipocalorica ma sana associata ad una perdita di peso contenuta può non essere incompatibile con questo obiettivo, in quanto può associarsi ad una riduzione dei comportamenti bulimici

(raccomandazione di grado C, livello della forza IV; The Health Council of the Netherlands, 2010; Academy for Eating Disorders, 2011)

È importante coinvolgere il paziente e la sua famiglia in un percorso educativo nutrizionale che garantisca il mantenimento dei risultati ottenuti

(raccomandazione di grado A, livello di forza I; Ozier 2011)

#### BN/Raccomandazioni: Sottogruppi a particolare rischio

Il trattamento sia dei casi sotto soglia che clinicamente manifesti di disturbi alimentari in persone affette da diabete di tipo 1 è essenziale a causa del rischio elevato di complicanze somatiche in questo gruppo di pazienti (raccomandazione di grado A, livello di forza III, Williams, 2008). I pazienti con diabete di tipo 1 e disturbo alimentare dovrebbero essere sottoposti ad un monitoraggio intensivo dal punto di vista clinico in quanto ad alto rischio di retinopatia ed altre complicanze gravi del diabete

(raccomandazione di grado A, livello di forza III; Williams, 2008)

Le donne gravide con disturbi alimentari richiedono un monitoraggio attento durante tutto il periodo della gravidanza e del post-partum

(raccomandazione di grado A, livello di forza IV; Trent 2013)

**Quesiti:** incidenza/prevalenza, morbosità/mortalità

Gli studi epidemiologici internazionali evidenziano nella fascia femminile tra i 12 e i 25 anni nei Paesi occidentali un 3% di prevalenza della Bulimia Nervosa (BN) in continuo aumento (APA, 2006). Gli studi italiani non sono numerosi e spesso fotografano realtà circoscritte. Tuttavia uno di questi, che ha indagato la diffusione dei disturbi alimentari nel Nord-Est Italiano, ha evidenziato dati epidemiologici concordanti con la letteratura internazionale e probabilmente estendibili alla realtà della maggior parte del nostro Paese. La prevalenza puntuale della BN sarebbe pari all'1.8%, mentre quella nell'arco della vita pari al 4.6%. Per quanto riguarda le forme atipiche di BN, si raggiunge una prevalenza puntuale del 2.4% e una prevalenza nell'arco della vita del 3.1% (Favaro, 2003). La mortalità nella BN è determinata soprattutto dalle condotte di compensazione quali vomito auto-indotto e abuso di diuretici/lassativi nonché dal rischio suicidario; uno studio americano ha rilevato un tasso grezzo di mortalità per BN pari a 3.9%, con tassi standardizzati di mortalità per tutte le cause e per suicidio significativamente elevati (Crow, 2009).

**Quesiti:** storia naturale, problemi MN

Le complicanze medico cliniche presenti nel corso della BN sono collegate sia al possibile stato di malnutrizione, ma soprattutto alle condotte di binge-purging  
Alterazioni di annessi cutanei e del cavo orale  
Modificazione delle ghiandole salivari e del tratto gastroenterico  
Alterazione elettrolitiche, modificazione dello stato di idratazione  
Alterazioni endocrino-metaboliche

#### **ASPETTI MEDICO-NUTRIZIONALI: ANORESSIA NERVOSA E EDNOS**

##### 18.1 Anoressia Nervosa

AN/Raccomandazioni: Valutazione clinica - Premesse

Le complicanze mediche nell'AN, ma anche negli EDNOS dipendono sia dal comportamento alimentare restrittivo sia dalla presenza di condotte di compenso come vomito autoindotto, abuso di diuretici e/o lassativi e iperattività fisica.

Vi sono casi in cui la malnutrizione si presenta gradualmente e permette al corpo di mettere in atto fenomeni di adattamento, mentre in altri casi, il calo ponderale si verifica velocemente, la malnutrizione acuta che ne deriva rappresenta un'emergenza medica, indipendentemente dal grado di peso raggiunto.

I soggetti che presentano restrizione acuta e/o cronica, vomito autoindotto (con o senza episodi di binge) o altri comportamenti di tipo compensatorio necessitano comunque sempre di un intervento tempestivo.

(raccomandazione di grado A, livelli di forza da III a VI; AED 2011)

La malnutrizione derivante dall'insufficiente apporto di nutrienti mette in moto dei meccanismi adattativi che a loro volta sono responsabili di un progressivo depauperamento del pool delle proteine, prima somatiche e poi viscerali, alle quali corrispondono delle specifiche azioni biologiche e la cui riduzione comporta un danno d'organo. Ne deriva che i valori di test ed esami di laboratorio devono essere interpretati contestualizzandoli all'adattamento fisiologico che si attua in corso di malnutrizione.

Gli esami di laboratorio possono essere normali anche quando il DCA sta mettendo a rischio la vita del paziente e alterazioni lievi possono indicare che i meccanismi di compenso sono arrivati ad un limite "critico".

(raccomandazione tipo A; livelli di forza da III a VI; AED 2011)

Quando la malnutrizione interviene in età evolutiva determina un grave danno all'accrescimento staturale-ponderale e allo sviluppo fisiologico dell'individuo.

Per quanto riguarda l'età, la soglia per l'intervento medico negli adolescenti dovrà essere inferiore data la potenziale irreversibilità degli effetti della malnutrizione sull'accrescimento e sullo sviluppo.

(raccomandazione tipo A; livelli di forza da II a VI; AED 2011 e Gowers, 2007 )

AN/Raccomandazioni: Complicanze mediche

Nell'AN si assiste ad una progressiva riduzione del volume degli organi, della muscolatura scheletrica e della massa ossea, con l'aggiunta nelle forme di AN di tipo bulimico di meccanismi di eliminazione che da una parte accentuano gli effetti

della malnutrizione e dall'altra determinano danni specifici. È comunque fondamentale tenere conto che le complicanze mediche possono coinvolgere tutti gli organi e apparati (Fairburn, Harrison, 2003).

Alterazione ematologiche: anemia da carenza di ferro, folati e vitamina B12, leucopenia e trombocitopenia (con possibile comparsa di porpora) (Misra et al 2004). Alterazioni immunitarie: anche se gli studi danno risultati contrastanti, esse dipendono da gravità e durata della patologia e sono soprattutto a carico dell'immunità cellulo-mediata (Vande Zande et al 2004). Si ipotizza quindi un'anomala alterazione flogistica alle infezioni in particolare nella AN cronica, nella quale la risposta febbrile è risultata essere assente o ridotta (Birmingham 2003).

L'emoconcentrazione indotta dalla malnutrizione e dalla disidratazione può fare apparire nella norma i valori rilevati dagli esami di laboratorio, per cui il quadro ematologico va monitorato e rivalutato dopo eventuale reidratazione.

(raccomandazione tipo A; livelli di forza da II a VI)

La sintomatologia gastro-intestinale è quella più frequente (Chial, 2002): i sintomi più comuni, peraltro reversibili dopo recupero ponderale, sono rappresentati da nausea, senso precoce di ripienezza gastrica, dolori e sensazione di distensione addominale, stipsi talvolta ostinata. Essi sono per lo più dovuti ad una ridotta motilità gastrointestinale e possono essere confusi con sintomi psicologici e rappresentare un ostacolo alla *compliance* della paziente nei confronti del terapeuta della riabilitazione nutrizionale. Di conseguenza può essere utile ricorrere alla somministrazione di pasti piccoli e frequenti, farmaci procinetici ed in alcuni casi integrazione di liquidi.

(raccomandazione di tipo B, livello di forza da III a VI).

I pazienti AN tentano di gestire la stipsi con fibre e prodotti ad azione lassativa (quando questi non rappresentano metodi di compenso) con la comparsa di ulteriore peggioramento della motilità, crampi addominali e alternanza di stipsi e diarrea. I lassativi più frequentemente responsabili sono gli antrachinoni (Senna). La sintomatologia migliora (Pomeroy, 2002) con il ritorno ad un'alimentazione regolare e bilanciata.

Un modesto rialzo delle transaminasi può essere dovuto a epatopatia da digiuno; in casi particolarmente gravi, a seguito di un'ipoperfusione epatica in pazienti particolarmente defedate e disidratate, si può verificare un'epatite ischemica con drammatico incremento degli enzimi epatici (Giordano 2010, Dowman 2010).

È descritta anche un'aumentata incidenza di colelitiasi (Nogou e Suter 2008).

In pazienti AN fortemente sottopeso è possibile che si verifichi una pancreatite acuta in seguito a compressione del duodeno da parte del plesso mesenterico a causa della perdita del pannicolo adiposo (SMA: sindrome dell'arteria mesenterica superiore). La SMA si manifesta con vomito, dolore addominale postprandiale ed ulteriore calo ponderale, sintomi che peraltro si possono facilmente mimetizzare con il quadro generale (Merret et al 2008)

Il paziente con AN deve essere sempre accuratamente monitorato da un punto di vista internistico - gastroenterologico

(raccomandazione tipo A; livello di forza di tipo da II a VI)

Alterazioni a carico dell'apparato cardiovascolare si riscontrano fino al 75% delle pazienti AN ospedalizzate comprendono: alterazioni strutturali cardiache; riduzione della massa ventricolare, dei volumi cardiaci e dal prolasso della valvola mitrale, versamento pericardico; alterazioni funzionali; bradicardia, ipotensione arteriosa, ipotensione ortostatica secondaria ad ipovolemia, riduzione della gittata cardiaca e dell'indice cardiaco e aumento delle resistenze vascolari periferiche (Casiero 2006, Olivares 2005).

Molte delle alterazioni cardiologiche descritte, sono reversibili con la correzione dei deficit specifici e con il recupero del peso corporeo (Olivares 2005, Roche 2004); ad esempio la bradicardia migliora con il recupero dell'80% del peso ideale. (raccomandazione tipo A; livelli di forza di tipo da III a VI )

Necessario è il monitoraggio dell'ECG e l'esecuzione dell'Ecocardiogramma (AED 2011) :

Le più comuni alterazioni evidenziabili all'ECG nell'AN sono rappresentate da bradicardia, complessi QRS ridotti di voltaggio, anomalie del tratto ST, prolungamento dell'intervallo QT, comparsa dell'onda U legata a squilibri elettrolitici, in particolar modo all'ipopotassiemia (Katzman 2005).

L'alterazione più pericolosa è rappresentata dal prolungamento dell'intervallo QT, a causa dell'ormai nota correlazione tra tale anomalia elettrocardiografica e l'alta incidenza di morte improvvisa a seguito di aritmie (tachicardia ventricolare, fibrillazione ventricolare) (Cooke, 1994; Casiero, 2006; Facchini, 2006)

(raccomandazione tipo A, livello di forza di tipo da III a VI)

Necessario il monitoraggio dei parametri cardio-vascolari (AED 2011) :  
bradicardia (frequenza cardiaca inferiore a 60 bpm) è una delle più frequenti aritmie riscontrate nelle pazienti affette da AN (Fc <40 è criterio per ricovero ospedaliero) (Casiero 2006, Olivares 2005, De Simone 2003, Roche 2004). Essa può essere considerata un fenomeno adattativo alla condizione di malnutrizione proteico-energetica; attraverso una riduzione dell'output cardiaco, consente infatti di ridurre il dispendio energetico dell'organismo.

Ipotensione arteriosa (PAS<90 mmHg, PAD<60 mmHg) fenomeno di adattamento allo stato ipometabolico, secondaria all'aumento del tono vagale e alla riduzione dei livelli circolanti di T3, oltre che conseguenza dello stato di disidratazione conseguente ai comportamenti di purging.

Ipotensione ortostatica: un aumento della frequenza cardiaca di 20 bpm o una riduzione pressoria di 20 mmHg nel passaggio dal clinostatismo all'ortostatismo, può essere indice di necessità di ricovero in acuto. (Yager, 2008).

(raccomandazione tipo A, livello di forza di tipo da III a VI)

Altre complicanze cardio-vascolari:

Insufficienza cardiaca congestizia: si può presentare in pazienti AN in corso di rialimentazione.

Può essere causata sia da un eccesso di volumi somministrati che da alterazioni elettrolitiche come l'ipopotassiemia e l'ipofosforemia nell'ambito del quadro clinico della Sindrome da Refeeding (SRF) (Birmingham 2007, Tey 2005)

Alterazioni idro-elettrolitiche:

La restrizione alimentare ed i comportamenti di purging possono provocare nell'AN importanti alterazioni di tipo idroelettrolitico come, in particolare ipokaliemia, conseguenza del vomito, dell'abuso di diuretici e lassativi per cui si rimanda a quanto detto per BN.

Anche nell'anoressia nervosa di tipo restrittivo sono riscontrabili alterazioni elettrolitiche, come iponatriemia, ipomagnesemia e ipofosforemia.

Iponatriemia frequente in casi di *potomania* e può determinare convulsioni, coma e morte (Olson, 2005). In caso di *potomania* va monitorato con attenzione il Na plasmatico.

(raccomandazione tipo A, livello di forza di tipo III, IV, V )

Alterazioni renali:

Nell'AN è possibile osservare una riduzione della velocità di filtrazione glomerulare e della capacità di concentrare le urine secondarie allo stato di disidratazione ed ipovolemia. Si possono verificare casi di insufficienza renale prerenale, risolvibile con una corretta idratazione del paziente (Caregato, 2005).

Nell'AN è aumentata l'incidenza di litiasi renale legata alla disidratazione e al riassorbimento di calcio nel contesto dei processi di demineralizzazione ossea.

Nei casi di AN cronica si può evidenziare un'insufficienza renale cronica da cronica ipopotassiemia, più spesso correlata ad una storia di abuso di diuretici (Caregato 2009).

Le complicanze renali possono essere prevenute effettuando un regolare monitoraggio della funzionalità renale e degli elettroliti e correggendone le alterazioni.

(raccomandazione tipo A; livello di forza di tipo III e VI)

Complicanze neurologiche

In pazienti con marcato sottopeso, è possibile osservare mediante TC o RMN una serie di alterazioni strutturali a livello cerebrale, che prendono il nome di "pseudatrofia cerebrale" (Herhloz 1996); esse sono rappresentate da atrofia cerebrale, dilatazione dei ventricoli, allargamento dei solchi cerebrali, aumento del liquido cefalorachidiano, riduzione della sostanza bianca e grigia. Non vi sono evidenze significative relative alla regressione di tali alterazioni dopo recupero ponderale, soprattutto per quel che riguarda la sostanza grigia.

### Complicanze dermatologiche

Le pazienti affette da AN possono presentare diverse alterazioni dermatologiche che vanno dalla secchezza della cute che appare anche pallida, sottile, anelastica alla comparsa di una sottile peluria (lanugo) a livello di viso, braccia, gambe e schiena. Come effetto secondario del largo consumo di carotenoidi tali pazienti possono presentare una colorazione giallastra/arancione a livello del palmo delle mani e della pianta dei piedi (Strumia 2005). Infine, talora è possibile osservare una livedo reticularis (alterazione del colorito cutaneo a livello degli arti, con comparsa di un reticolo di colore rosso bluastrò) provocata da difetti centrali della termoregolazione e da labilità neurovegetativa.

### Alterazioni endocrine

Le principali alterazioni endocrine, per lo più reversibili con il recupero del peso corporeo (studi di evidenza di livello I), sono espressione di fenomeni di tipo adattativo anche se in alcuni casi possono contribuire a determinare e mantenere nel tempo alcune complicanze mediche dell'AN.

L'Euthyroid Sick Sindrome è caratterizzata da una riduzione dei livelli circolanti di FT4 e FT3 e da valori normali di TSH (Mehler 2001). Tale condizione ha un significato adattativo e non necessita di terapia ormonale sostitutiva; essa infatti va incontro ad una risoluzione spontanea dopo recupero del peso corporeo (studi di evidenza di livello I).

Alterazioni della funzione surrenalica: l'ipercortisolismo (riduzione della clearance e aumento della produzione e dell'emivita del cortisolo) in presenza di normali livelli di ACTH (Scacchi, 2005), ed è reversibile con il recupero di una corretta alimentazione e di un peso corporeo adeguato (Warren, 2011).

Possiamo inoltre osservare un aumento della secrezione spontanea/secondaria di GH (Warren, 2011), che stimola la gluconeogenesi e rappresenta un adattamento protettivo alla restrizione cronica.

### Alterazione dell'asse ipotalamo-ipofisi-ovaio:

L'Amenorrea, pur restando un sintomo suggestivo per il quadro clinico dell'AN, non è più presente nel DSM V (APA 2013), in ragione del fatto che l'assenza di amenorrea in una donna con DCA sottopeso può non consentire di valutare la gravità del problema, la diagnosi di AN non sarebbe applicabile ai maschi, alle donne in menopausa, alle donne che usano contraccettivi, a quelle che non hanno ancora avuto il menarca e a quelle che hanno un recente esordio del disturbo (inferiore a tre mesi).

L'amenorrea che si presenta in corso di AN può essere sia primaria, ma più frequentemente è secondaria (Bruni et al., 2011, Practice Committee of American Society for Reproductive Medicine 2008, Wolfert e Mehler 2002).

L'amenorrea che si riscontra in corso di AN è caratterizzata da ipogonadismo ipogonadotropo

La letteratura conferma che:

Con il recupero ponderale si ha il ripristino della funzionalità dell'asse ipotalamo-ipofisi-ovaio e si assiste ad una ricomparsa e normalizzazione del ciclo mestruale (raccomandazione di tipo A, livello di forza di tipo I), che generalmente è recuperato quando viene raggiunto un peso corporeo corrispondente al 90% del peso ideale: l'86% delle pazienti che raggiungono questo peso critico recupera il ciclo mestruale in circa 6 mesi (Golden et al., 1997).

L'insorgenza di AN in fase pre-puberale blocca lo sviluppo sessuale, in quanto la malnutrizione e la riduzione della massa grassa ne ritardano l'esordio. Infatti, si stima che la massa grassa debba essere almeno il 17% del peso corporeo affinché si abbia il menarca e il 22% per la regolarità del ciclo mestruale (Baker, 1985).

In AN si ha riduzione di massa grassa e dei livelli di leptina; ciò determina un aumento dell'attività del NPY che sarà quindi in grado di inibire l'asse ipotalamo-ipofisi-ovaio. Il recupero del peso si accompagna a normalizzazione dei livelli di leptina, le cui variazioni dipendono quindi dalla variazione del tessuto adiposo (raccomandazione di tipo A, livello di forza di tipo I, Modan-Moses et al., 2007). Il quadro ormonale collegato all'amenorrea e la malnutrizione sono la causa delle alterazioni della mineralizzazione ossea nell'AN.

La perdita minerale dell'osso (soprattutto a carico dell'osso trabecolare a livello vertebrale e delle anche; Athey, 2002) inizia precocemente ed è correlata con il

BMI e il peso minimo raggiunto; 20 mesi di amenorrea sono il tempo soglia per la comparsa di osteopenia (Audi, 2002).

Il rischio di fratture è 7 volte più elevato che nelle coetanee sane; possono comparire fratture asintomatiche a carico dei piedi, in generale le fratture interessano arti inferiori, pelvi, quindi anche vertebre con riduzione dell'altezza (Moroney, 2007)

La prognosi è più sfavorevole se l'AN insorge prima del raggiungimento del picco di massa ossea, e vi è anche una compromissione dell'accrescimento staturale-ponderale (Schoenau, 2004)

#### Alterazioni ossee

Resta valida l'indicazione delle linee guida APA (2006) che raccomandano (livello I) di effettuare dopo 6 mesi di amenorrea un'assorbiometria a doppio raggio X (DXA), a livello delle anche e della colonna .

Attualmente non esistono linee guida per il trattamento dell'osteoporosi nell'AN (Mehler e MacKenzie, 2009): Il trattamento di prima scelta è la riabilitazione nutrizionale associata al recupero ponderale (raccomandazione di tipo A; studi di livello I)

La terapia ormonale estrogenica, a differenza di altre condizioni in cui si ha perdita di massa ossea (per esempio il periodo perimenopausale), non è risultata efficace nel prevenire o recuperare la massa ossea nella maggior parte delle pazienti AN (Klibanski et al., 2005) (studi di livello I). Questo dato viene confermato anche da studi longitudinali nonostante non vengano riportate ricerche che confrontino il trattamento estrogenico non solamente con la valutazione della densità ossea, ma anche con la percentuale di fratture ossee (Fitzpatrick 2013). L'uso dei contraccettivi va valutato caso per caso a seconda che la paziente necessiti o meno di un'azione contraccettiva e vi è indicazione solo nelle pazienti a minore probabilità di guarigione in tempi brevi (Walsh et al., 2000) avendo sempre presente che il recupero ponderale, il ritorno del ciclo mestruale ed eventualmente la supplementazione con calcio e vitamina D rappresentano i cardini del trattamento (Diamanti et al 2012, Foo et al., 2012, Skalba e Guz 2011) (raccomandazione di tipo A, studi di livello I)

#### EDNOS

L'applicazione dei criteri previsti dal DSM-V ha portato ad una riduzione del numero di casi inquadrati sotto il nome di EDNOS (Machado et al., 2013). Gli studi riportati fanno riferimento all'inquadramento diagnostico DSM IV.

Nei casi in cui gli EDNOS sono simili ad AN e BN, i pericoli fisici e le alterazioni psicosociali sono simili, inoltre soggetti con EDNOS possono essere stati affetti in passato da AN o BN; analogamente i disturbi in cui prevale una componente di obesità, sono associati allo stesso corredo di rischi tipici dell'obesità.

La relativa eterogeneità degli EDNOS spiega la scarsità di dati specifici e definitivi relativamente alle comorbilità medico-nutrizionali. Allo stato attuale appare appropriato un approccio mirato a ricercare e trattare nel singolo caso le comorbilità medico-nutrizionali, tenendo in considerazione le generalizzazioni che possono essere fatte a partire da ciò che è già noto relativamente agli altri DCA. Negli EDNOS sono riportati quadri di osteopenia, un ulteriore elemento che giustifica un intervento precoce e mirato in queste forme sottosoglia (Misra et al. 2011).

(raccomandazione di tipo A, studi di livello di forza III)

#### AN/Raccomandazioni: AN Cronica

La complessità della definizione di AN Cronica si è evidenziata nello studio DELPHI (Tierney e Fox, 2009) condotto in Gran Bretagna, in cui 53 professionisti che operano nell'area dei DCA, con rappresentanza delle diverse discipline, hanno completato una serie di questionari che sono stati analizzati per identificare la "consensus opinion" circa la definizione di AN cronica ed il suo trattamento.

I dati mostrano come il gruppo consideri caratteristiche critiche un'alimentazione disordinata ed un BMI inferiore a 17,5, la durata del disturbo che è sempre superiore a 10 anni, vita sociale estremamente limitata, deterioramento professionale, scarsa qualità di vita e ripetuti insuccessi terapeutici.

Studi recenti (Roux, 2013) hanno evidenziato una cronicizzazione dell'AN nel 21% dei casi con una mortalità del 5%. Tuttavia ci sono anche pazienti con DCA cronici che possono migliorare anche dopo 10, 15, 20 anni (Noordenbos, 2002)

La letteratura riporta alcuni temi comuni circa le modalità terapeutiche (Strober , 2012; Robinson, 2009) :

Puntare, nel modo più ampio possibile, su un team multidisciplinare estremamente coeso e con grande familiarità nel trattamento dei pazienti con DCA cronici;  
Rivedere la storia del trattamento per identificare possibili interventi che non siano stati impiegati precedentemente;  
Stabilire accuratamente goal che siano appropriati per un paziente con andamento cronico e includere stabilizzazione medica e appropriati piani di intervento (ad es. ricovero ospedaliero) quando il quadro clinico è compromesso;  
Adottare una relazione terapeutica sinceramente collaborativa sia empatica che autorevole, ma ferma e chiara in termini di limiti e aspettative riguardo il trattamento;

Non perseguire in maniera aggressiva una significativa riduzione dei sintomi del disturbo alimentare oltre quanto è necessario per il raggiungimento di una condizione di stabilizzazione medica; piuttosto è opportuno focalizzarsi su qualità di vita, adattamenti sociali, questioni professionali e relazioni interpersonali/familiari;

Quando possibile, includere nel piano terapeutico componenti della famiglia e aiutare le famiglie ad adattarsi alla natura cronica dei disturbi alimentari dei pazienti e alle loro possibili implicazioni. Sfortunatamente, attualmente, esiste soltanto una piccola evidenza empirica per supportare tutte queste raccomandazioni. Quello che sembra più critico è che il team sia ben integrato nell'approccio terapeutico e fornisca un piano ben articolato, anche se il trattamento può risultare minimamente intensivo.

(raccomandazione di tipo A, studi di livello di forza IV)

II trattamenti per i DCA cronici riportati in letteratura (Wonderlich et al., 2012) non risultano essere basati su terapie evidence-based (livello di forza IV).

Una recente review clinica sul trattamento dell'AN long-term ( Hay et al., 2012) riporta promettenti risultati ottenuti dalla terapia cognitivo-comportamentale modificata per l'AN (CBT-AN ); allo stesso modo questo trattamento sembra essere efficace nella prevenzione delle ricadute.

(raccomandazione di tipo B, livello di forza I)

Ancora poco si conosce a proposito dell'efficacia del trattamento in ambito ospedaliero. Due trial controllati e randomizzati suggeriscono che il trattamento ospedaliero non conferisce alcun beneficio rispetto al trattamento ambulatoriale in termini di esito del disturbo alimentare cronico (livello di forza II, Gowers et al., 2007).

Tuttavia una serie di casi trattati in diversi setting clinici ha evidenziato che sia i pazienti sottoposti a trattamento in regime di ricovero che quelli in day-hospital hanno mostrato una significativa riduzione del core dei sintomi collegati al disturbo alimentare (Olmsted et al. 2007). Questi pazienti hanno verosimilmente necessità di "intensive care" con programmi orientati verso un forte e attivo cambiamento comportamentale, nonché verso una rapida stabilizzazione medica.

AN/Raccomandazioni: Riabilitazione nutrizionale

Motivazione e *compliance* come aspetti critici per l'applicazione della terapia medica e nutrizionale

Ai fini di favorire la motivazione , il terapeuta della nutrizione deve inizialmente stabilire un'alleanza terapeutica attraverso la massima capacità di comprendere e di enfatizzare lo sforzo del paziente. Lo sviluppo di un rapporto forte, di reciproca fiducia e non legato al giudizio inizia nel momento della valutazione iniziale (Herpertz- Dahlmann 2008)

(raccomandazione A, livello di forza VI)

È necessario possedere competenze di base nel counseling ossia un insieme di attitudini e di strategie comunicative che permettono di orientare, sostenere e sviluppare le potenzialità della persona rappresenta un valore aggiunto per l'operatore sanitario che si arricchisce di uno strumento che gli consente di mettere in atto interventi personalizzati che informino i pazienti in modo scientificamente corretto, supportino i processi decisionali ed i cambiamenti comportamentali (Reiter & Graves, 2010) oltre che aiutare nella gestione dei momenti di emergenza o di adattamento allo stato di malattia (Bert & Quadrino, 2006; Di Costanzo & D'Urzo, 2007; De Mei, 2010)

(raccomandazione A, livello di forza VI)



Blonna e Watter (2005) hanno identificato 3 set di tecniche individuali che sono alla base di un efficace "healthcare counseling":  
"Attending skill" (linguaggio del corpo culturalmente appropriato): sono essenziali nello stabilire un sicuro e aperto rapporto di counseling;  
"Responding skill" mantengono il paziente coinvolto, permettendo al counselor di capire i problemi dalla prospettiva del paziente;  
"Influencing skill" che sono imperativi nel facilitare i cambiamenti.  
Sono ormai descritti in letteratura, approcci al counseling rivolti ai DCA, capaci di sviluppare o espandere o ricostruire personali abilità (Herrin 2003; King 2007).  
(raccomandazione di tipo A, livello di forza VI)

#### L'approccio integrato come *best practice*

Per l'AN, le evidenze scientifiche non indicano un approccio unico e risolutivo. Le linee guida e le raccomandazioni, oltre che esperti riconosciuti a livello internazionale (NICE, 2004; APA, 2006; Halmi 2005 e 2009; Treasure et al., 2010; Reitner et al., 2010; AED 2011) raccomandano comunque un approccio interdisciplinare integrato in cui siano coinvolte figure terapeutiche appartenenti a due aree principali: l'area psichiatrica-psicoterapeutica e l'area medico-nutrizionale in tutti i livelli di cura.

(raccomandazione di tipo A, livello di forza da IV, V, VI)

L'intervento riabilitativo medico-nutrizionale è quindi raccomandato come uno dei trattamenti centrali nell'approccio interdisciplinare dei DCA in tutti i *setting* di cura (APA, 2006, livello I di evidenza; NICE, 2004, raccomandazione di tipo A; AED, 2011; Treasure, 2010).

Tale intervento comprende, all'interno di una relazione terapeuta-paziente di tipo collaborativo e supportivo, la diagnosi e la cura delle problematiche mediche e nutrizionali e la diagnosi e la cura delle componenti psiconutrizionali come cognizioni disfunzionali su cibo-peso-corpo che rappresentano uno dei fattori di mantenimento dei pattern alimentari disfunzionali.

Gli obiettivi del trattamento includono il raggiungimento e il mantenimento di un peso corporeo soddisfacente, la normalizzazione dei *pattern* alimentari e della percezione di fame e sazietà, nonché la cura delle funzioni biologiche e psicologiche influenzate dalla malnutrizione.

A tal fine, il terapeuta della nutrizione, nella fase diagnostica, valuta i *pattern* dell'*intake* alimentare passati e presenti, inclusi il *timing* dei pasti, le dimensioni delle porzioni ed i rituali collegati al peso o al corpo.

Il terapeuta, inoltre, assiste il paziente nella modificazione dell'*intake* dietetico, sull'uso dei supplementi, nel "*making change*" dei comportamenti di compenso, dell'attività fisica, del rapporto con il proprio corpo.

È fondamentale che il terapeuta della nutrizione consideri i molteplici fattori che interagiscono con l'assunzione del cibo: stile di vita, fattori socio-economici, valutazioni personali, abilità e rapporti interpersonali, traumi, immagine corporea, autostima, abuso di sostanze e partecipazione ad attività sportive.

Le strategie dell'intervento includono anche l'esplorazione di potenziali soluzioni ai problemi e il supporto al cambiamento.

La RPN, che ha quindi caratteristiche di confine fra la componente biologica a quella mentale, nello specifico, può avvalersi di tecniche della psicoterapia cognitiva e cognitivo-comportamentale (CT-CBT) per identificare cognizioni disadattative e organizzare un intervento di ristrutturazione di tali cognizioni (Reiter e Graves, 2010)

(raccomandazione di tipo A, livello di forza IV, V, VI)

La terapia nutrizionale comunque deve essere coordinata e in stretta connessione con l'attività dei professionisti della salute mentale, che utilizzano "*assessment*" psicologici correlati a motivazione, umore, ansia, personalità, abuso di sostanze in grado di influenzare il decorso clinico e l'esito della terapia nutrizionale. A loro volta i "*maintaining process*" (Faiburn, 2003), che includono perfezionismo, diffusa bassa autostima, umore estremamente variabile e difficoltà interpersonali, interagiscono con il *core* della psicopatologia dei DCA e contribuiscono alla resistenza al trattamento.

(raccomandazione di tipo A, livello di forza IV, V, VI)

#### Intervento psico-nutrizionale

Per quanto riguarda i contenuti del trattamento riabilitativo S. Hart, J. Russell & S. Abraham (2011) hanno valutato un totale di 80 studi attinenti alla nutrizione e

alla pratica dietetico-nutrizionale nei disturbi dell'alimentazione, selezionandone e valutandone 61 e hanno identificato 12 aree principali per l'intervento riabilitativo nutrizionale:

Organizzazione dei pasti

Informazioni nutrizionali accurate e Promozione di alimentazione sana

Psico-educazione e Strategie comportamentali

Interruzione dei comportamenti di perdita di peso

Counseling nutrizionale e alleanza terapeutica

Regolazione dell'appetito

Competenze alimentari pratiche e sociali.

Indicazioni nutrizionali durante il ricovero

Supervisione ai pasti

Refeeding

Hart et al. suggeriscono comunque che i nutrizionisti debbano:

consolidare, definire ed espandere il loro ruolo chiave all'interno del team

terapeutico sviluppando standard di cura e parametri di garanzia della qualità;

fare ricerca sulle strategie di trattamento nutrizionale, effettuando anche una

valutazione dei costi e dell'efficacia; creare strategie educazionali e strumenti

che siano maggiormente specifici per gli obiettivi del trattamento dei DCA

includere nel processo terapeutico la pianificazione delle riunioni del team e la

supervisione interdisciplinare, l'organizzazione dei dati del paziente in modo tale

da permetterne la rintracciabilità e la consultazione da parte di tutti i membri del

team

(raccomandazione di tipo B, livello di forza IV)

Trattamento medico-nutrizionale ambulatoriale

Il team interdisciplinare ambulatoriale raccomandato (Halmi 2009) prevede la

copresenza delle competenze di area psichiatrica, psicoterapica, internistico-

nutrizionale e psicosociale.

In un recente studio di valutazione degli effetti della terapia ambulatoriale

specialistica e non specialistica in adolescenti con AN con un periodo di

osservazione di 2 anni, House et al. (2012) hanno evidenziato che, dove erano

presenti strutture specialistiche, i disturbi alimentari venivano identificati con

una frequenza doppia o tripla rispetto ad aree in cui erano presenti servizi di

igiene mentale generici, ed inoltre vi era una significativa diminuzione dei casi

che sono poi passati a trattamenti di tipo residenziale. Gli autori concludono che

sviluppare servizi di cura ambulatoriali specialistici consente un miglioramento dei

trattamenti e un abbattimento dei costi.

(raccomandazione di tipo A, livello di forza III)

Un altro studio multicentrico (THE TOUNCAN TRIAL, Gowers, 2010) ha valutato che

nell'AN in adolescenti il trattamento ambulatoriale specialistico (trattamenti

manualizzati CBT, intervento nutrizionale e counseling genitoriale, durata della

terapia di 6 mesi) era il trattamento preferibile in termini di valutazione costi-

benefici

(raccomandazione di tipo A, livello di forza II )

In una review di studi RCT richiesto dall'AED, uno fra i fattori prognostici di

ricaduta sul decorso e l'outcome nei DCA (Keel e Brown, 2010) risultava essere un

trattamento effettuato in una struttura non specialistica rispetto a strutture

specialistiche.

(raccomandazione di tipo A, livello di forza I)

Il livello ambulatoriale specialistico deve essere pronto per l'assessment di

pazienti con livelli di gravità molto elevata ed eventualmente supportarli fino a

che si renda disponibile il passaggio ad un livello di cura più intensivo.

L'AED REPORT 2011, 2° edizione consiglia (rac.A) di valutare i seguenti aspetti:

calo o aumento ponderale rapido anche se il paziente non ha ancora raggiunto un

sottopeso marcato o fluttuazioni importanti del peso. Mancato raggiungimento dei

target di peso/altezza in un bambino o un adolescente in fase di accrescimento

alterazioni elettrolitiche (con o senza anomalie ECG), soprattutto ipokaliemia,

ipocloremia, o aumento della  $CO_2$ . Una  $CO_2$  ai limiti superiore della norma, in

presenza di cloremia ai limiti inferiori della norma e/o pH urinario compreso tra

8.0-8.5 possono indicare vomito ricorrente. L'ipoglicemia può accompagnare le

alterazioni elettrolitiche.

bradicardia

amenorrea o irregolarità del ciclo mestruale

Il monitoraggio medico specialistico del paziente deve essere effettuato regolarmente a partire dalla fase di *assessment* con frequenza definita a seconda delle condizioni iniziali

(raccomandazione di tipo A; AED, 2011)

Una valutazione processuale e regolare dello stato di salute di un paziente con AN deve includere il monitoraggio del peso (500 gr a settimana viene considerato l'incremento ottimale per i pazienti ambulatoriali) (Fitzpatrick K.K e Lock J., 2010)

(raccomandazione tipo A, livello di forza I)

I segnali di scompenso nutrizionale e cardiovascolare a cui porre maggiore attenzione e che indicano la necessità di un ricovero internistico (Treasure et al., 2010) sono:

Rischio elevato : BMI <13 ; BMI <2°pc per i soggetti in età evolutiva; perdita di peso >1Kg/sett. ; PA sistolica <80 mm Hg; PA diastolica <50 mm Hg; PA calo posturale >20 mm Hg ; frequenza del polso <40 battiti per min; saturazione di ossigeno <80%; temperatura corporea <34.5°C; estremità cianotiche; prolungamento dell'intervallo QT particolarmente in presenza di potassio basso; potassio <2.5 mmol/L; sodio <130 mmol/L, fosfato <0.5 mmol/L.

Rischio moderato: BMI : < 15 - >13 ; BMI < 3°pc->2°pc per i soggetti in età evolutiva; perdita di peso > 0,5 KG/sett. ; PA sistolica <90->80 mm Hg; PA diastolica (mm Hg) < 60->50; PA calo posturale > 10- <20 mm Hg ; frequenza del polso <50->40 battiti per min; saturazione di ossigeno <90%->80%; temperatura corporea <35->34.5.

(raccomandazione di tipo A, livello di forza I)

Fitzpatrick K.K e Lock J. (2010) Per quanto riguarda l'intervento di refeeding quest'analisi è stata effettuata in particolare su 4 studi di review da cui sono state derivate le seguenti considerazioni:

il refeeding è una componente necessaria ed efficace del trattamento per l'AN, anche se non è sufficiente da solo.

evidenze molto limitate, provenienti da studi quasi-sperimentali, suggeriscono che un trattamento di refeeding moderato sia più accettabile se comparato ad un approccio più aggressivo.

integratori alimentari, incluso lo zinco, mostrano un'efficacia limitata.

Non riuscire a raggiungere completamente l'obiettivo di peso correla con gli esiti peggiori, mentre il mantenimento di un peso sano correla con esiti positivi (Rock, 2009).

(raccomandazione di tipo A, livello di forza I )

E' rischioso pensare che una persona con DCA sia guarita una volta recuperato peso e buone condizioni di salute. La distorsione dell'immagine corporea e/o i pensieri disfunzionali possono persistere nonostante il recupero ponderale e probabilmente necessitano della prosecuzione di una terapia più lunga

(raccomandazione di tipo A, livello di forza IV, V, VI) (AED, 2011)

Le strutture ambulatoriali rappresentano in questo il setting più idoneo alla valutazione ed al follow-up dei pazienti e ad effettuare, come raccomandato dalle linee guida (APA 2006, NICE 2004), percorsi di prevenzione delle ricadute.

Accanto a quello strettamente medico, l'approccio riabilitativo nutrizionale e psico-nutrizionale è fondamentale in quanto contiene quegli elementi motivazionali, psicoeducativi e di sostegno al cambiamento indispensabili per l'uscita dai comportamenti alimentari disfunzionali . L'intervento di RN sono inscindibili dall'approccio psicoterapico e necessitano di una integrazione attiva con esso : infatti gli interventi di counseling nutrizionale da soli si sono dimostrati scarsamente efficaci (Treasure 2010).

Gli effetti della CBT "enhanced" per AN, negli adulti è stata rilevata in uno studio multicentrico condotto da Fairburn e coll. nel 2013. I risultati mostrano un miglioramento ottenuto dai pazienti dopo 40 sedute settimanali da 50 minuti orientate inizialmente sulla motivazione e in seguito sulle preoccupazioni relative al peso e alle forme corporee. Anche nel corso delle 60 settimane di follow-up, i pazienti mostrano che i risultati, nonostante una lieve deflessione iniziale, tendono ad essere mantenuti.

(raccomandazione di tipo B, livello di forza III)

Trattamento medico-nutrizionale residenziale

La terapia residenziale rappresenta il livello più alto in fatto di intensità riabilitativa degli interventi biologici, psicologici, familiari e socio-culturali;

Per quanto riguarda le indicazioni al trattamento residenziale restano valide quelle APA 2006

Anche in questo contesto la terapia cognitivo comportamentale ha dato dei buoni risultati. In particolare la tecnica di esposizione allo stimolo e la prevenzione della risposta possono essere utilizzate per prevenire le condotte di eliminazione o l'iperattività; la terapia di gruppo per gestire i conflitti interpersonali; la psicoeducazione su alimentazione, conseguenze mediche e prevenzione delle ricadute, mentre i training di assertività, le tecniche di regolazione emotiva favoriscono la maturazione, l'autonomia e limitano i problemi di setting (Halmi, 2005 e 2009).  
(raccomandazione di tipo B, livello di forza III)

Trattamento medico-nutrizionale semiresidenziale

Anche in questo caso le indicazioni sono quelle fornite dalle linee guida APA, 2006. Il ricovero semiresidenziale può far seguito ad un percorso ambulatoriale in pazienti che necessitano di trattamenti più intensivi, o essere una fase intermedia dopo la dimissione da un trattamento residenziale.

Anche in questo setting di trattamento è di fondamentale importanza garantire ai pazienti una terapia individuale ad orientamento cognitivo-comportamentale specifica per i disturbi del comportamento alimentare o una terapia interpersonale o una terapia dialettico-comportamentale (Halmi, 2009)  
(raccomandazione di tipo B, livello di forza III)

Tra i vantaggi del trattamento semiresidenziale ricordiamo il mantenimento del ruolo sociale e lavorativo-scolastico del paziente, una maggiore indipendenza e autonomia rispetto all'ospedalizzazione (APA 2006, livello di forza I).

Anche questo livello di cura dovrà includere psichiatri, psicologi, nutrizionisti, internisti ed educatori (Halmi, 2009); il paziente concorderà gli obiettivi di trattamento e le aspettative relative alla dimissione con i membri del team.

La possibilità di interagire continuamente con i fattori (familiari, sociali, etc) che hanno avuto un ruolo di mantenimento del DCA permette al paziente di apprendere, sviluppare ed attuare immediatamente le nuove abilità apprese durante il trattamento. È necessario che il paziente e la famiglia vengano inclusi nelle procedure di ricovero e di assessment per ottimizzare la compliance.

I bambini e gli adolescenti necessitano inoltre di un setting che possa rispondere alle esigenze della loro età, sia educative che di sviluppo (AED 2012; raccomandazione di tipo A, livello di forza I)

Trattamento medico-nutrizionale ospedaliero

Il trattamento in ambiente internistico/emergenziale trova indicazione nei casi in cui il trattamento residenziale, semiresidenziale o ambulatoriale di un paziente affetto da DCA non riesca a ridurre il rischio di morte imminente per la malnutrizione e le sue complicanze.

Per soggetti in grave sottopeso con AN le linee guida raccomandano di considerare programmi di riabilitazione nutrizionale basati sull'ospedalizzazione. Uno studio condotto da Garber et al (2012) porta un ulteriore supporto all'utilità di terapie condotte in regime di ricovero per pazienti gravemente sottopeso al fine di ridurre le complicanze della rialimentazione ed in particolare della "refeeding syndrome".  
(raccomandazione di tipo A, livello di forza V)

Per i pazienti che rifiutano di nutrirsi e che richiedono un'alimentazione salvavita, le linee guida raccomandano la nutrizione tramite sondino naso-gastrico (SNG).

La rialimentazione tramite SNG viene utilizzata per implementare l'aumento di peso in setting residenziali, ma è stata raramente studiata in studi RCT.

Il SNG può favorire l'aumento di peso e ridurre le ricadute nel breve termine rispetto alla sola alimentazione orale, ma questo aumento non viene mantenuto dopo un anno dalla dimissione. Poste le adeguate preoccupazioni etiche e mediche circa l'uso del SNG, tale metodo va incoraggiato con cautela poiché vede come effetti collaterali l'ipofosfatemia (Fitzpatrick e Lock, 2011)  
(raccomandazione A, livello di forza I)

L'utilità dell'alimentazione tramite SNG è stata anche studiata da Rigaud e coll. (2007, 2011): i risultati migliori si ottengono dall'associazione tra CBT e alimentazione tramite sonda; tuttavia, anche questi autori, ne sottolineano i potenziali pericoli connessi per cui consigliano un uso limitato e ragionato di tale metodica  
(raccomandazione B, livello di forza II)

In ambiente ospedaliero un graduale aggiustamento nell'introduzione dei nutrienti e nell'incremento ponderale può partire da un livello basale compreso fra 30 e 40 kcal/kg/die del peso attuale (si può iniziare da 1000-1200 kcal/die) con il goal iniziale di ottenere una stabilizzazione del quadro clinico.

Una volta ottenuta la stabilizzazione, si incrementa poi per raggiungere un guadagno ponderale di 500-1000 grammi la settimana

Un rapido guadagno ponderale può causare uno stress psicologico maggiore nel paziente, per cui necessita di un ambiente specialistico in grado di rassicurarlo circa l'esito della terapia nutrizionale (APA, 2006; NICE, 2004; Cockfield, 2009) (raccomandazione di tipo A, livello di forza VI)

Il rischio che si corre nel rialimentare un paziente a rischio di morte per malnutrizione è quello della "sindrome da refeeding"(RFS).

La RFS è costituita da un insieme di segni e sintomi a carico di numerosi organi ed apparati, legata a un disordine idro-elettrolitico, in pazienti che hanno sviluppato nel tempo una condizione di adattamento al digiuno.

L'adattamento al digiuno è la chiave per capire la RFS.

La progressiva riduzione del dispendio energetico in relazione alla massa corporea è in gran parte dovuto ad un fenomeno adattativo, e si può verificare paragonando il metabolismo basale misurato (BMR) con la calorimetria indiretta con quello predetto da varie formule, per esempio la Harris Benedict. La gravità della malnutrizione è direttamente proporzionale all'ampiezza del delta fra queste 2 misurazioni. Il risultato della calorimetria indiretta quando disponibile ci deve indicare la quantità di calorie da somministrare inizialmente ad un paziente malnutrito.

Le conseguenze della RFS possono essere fatali (Crook et al, 2001) in caso di grossolani errori nella rialimentazione sia per via parenterale che per via enterale o orale. Le manifestazioni cliniche possono variare dalla presenza di edemi declivi all'insufficienza multi organo dei casi più gravi.

La riabilitazione nutrizionale deve essere condotta con cautela, poiché un refeeding troppo rapido può condurre ad una sequela catastrofica di eventi. Pertanto va effettuato un attento monitoraggio dei dati biochimici, del quadro clinico del paziente e della quota di incremento ponderale (Mehler)

(raccomandazione di tipo A, livello di forza III);.

La RFS può manifestarsi anche dopo nutrizione enterale o orale sia pure meno frequentemente.

I principali criteri di trattamento e di monitoraggio della RFS sono qui riassunti (Mehanna et al. 2008; Marinella et al. 2004):

Prescrizione energetica: dose iniziale di 5/15 Kcal/kg/die in relazione alla gravità del paziente e al valore del BMR misurato. Crescere progressivamente fino a 15-20 kcal/kg/die fra il 4 e 10 giorno. Regolare gli aumenti in relazione alla sintomatologia (comparsa di edemi, cambiamento del polso, esami ematochimici)

Trattamento della ipofosforemia, dell'ipokaliemia, dell'ipomagnesemia

Integrazioni vitaminiche (B1,B6,B12, acido folico)

Somministrare oligoelementi (Ferro, Zinco, Selenio)

Controlli da seguire in corso di rialimentazione: Peso giornaliero, diuresi delle 24h, bilancio idrico, elettroliti plasmatici ( Na, K, P, Ca, Mg ) fino a stabilità; proteina legante il retinolo (RBP) e prealbumina (sono predittive della SRF in quanto correlano con il grado di malnutrizione), ECG.

Uno dei rischi maggiori legati alla RFS è quella di non essere correttamente e tempestivamente riconosciuta e quindi di evolvere verso conseguenze gravi.

#### **ASPETTI MEDICO-NUTRIZIONALI: OBESITÀ E BED**

Ob-BED/Raccomandazioni per la clinica

Gli studi sul trattamento sono di per sé limitati dal fatto che i sintomi del BED sono labili e la frequenza di risposte al placebo è molto alta e quindi qualsiasi conclusione deve essere tratta con cautela.

In mancanza di una chiara evidenza di linee guida nel trattamento del BED, si raccomanda che il clinico segua le linee guida circa il trattamento dei DCA il più strettamente simili al disordine alimentare del singolo paziente.

Come possibile primo step, i pazienti con BED dovrebbero essere incoraggiati dal personale sanitario a seguire un programma di auto-aiuto "evidence-based" (APA I, NICE; raccomandazione di grado B).

Questo tipo di trattamento può essere sufficiente in un limitato sottogruppo di pazienti

(NICE; raccomandazione di grado B)

Trattamenti di gruppo semplicemente assistiti da un terapeuta possono essere efficaci nel ridurre la frequenza di abbuffate in alcuni pazienti. Questa modalità terapeutica appare meno efficace per individui con un disturbo alimentare di maggior gravità prima del trattamento e con concomitante psicopatologia

(Wilson; livello di forza II)

Pertanto questo intervento terapeutico è indicato ed appropriato nei pazienti con BED non complicato da patologie addizionali

(Iacovino; raccomandazione di grado B, livello di forza I)

La terapia cognitivo-comportamentale per il BED (CBT-BED), una modalità di CBT specificatamente adattata, dovrebbe essere offerta ai pazienti adulti con BED

(NICE; raccomandazione di grado A).

Lo studio randomizzato di Grilo ha dimostrato che i soggetti sottoposti a CBT presentano una maggior frequenza di astinenza dalle abbuffate rispetto ai soggetti non sottoposti ad alcun trattamento in terapia di supporto o sottoposti a terapia comportamentale per la perdita di peso (BWL). A 12 mesi di follow-up la frequenza di astinenza è del 51% per la CBP e del 36% per la BWL

(Livello di forza II).

Ad analoghe conclusioni era giunto Munsch in uno studio randomizzato

(Raccomandazione di grado A, livello di forza II)

Terapia dialettica comportamentale (DBT) I pazienti in DBT sono stati recentemente comparati con pazienti in ACGT (active comparison group therapy). Entrambi i gruppi mostrano a distanza di 12 mesi percentuali similari di astinenza (64% e 56% rispettivamente). La DBT è associata ad un minor numero di drop-out, suggerendo quindi di essere più accettata dagli utenti

(Safer; Raccomandazione di grado B, livello di forza II)

Trattamento comportamentale per la perdita di peso (BWL) La BWL comparata con la CBT o la IPT, non è un efficace trattamento del binge eating nel breve e nel lungo-termine per la maggior parte dei pazienti

(Blaine; Raccomandazione di grado D, livello di forza I)

Come alternativa o addizionale "first step" all'uso di un programma di auto-aiuto "evidence based", nei pazienti con BED dovrebbe essere preso in considerazione un tentativo con farmaci antidepressivi SSRI. I pazienti con BED dovrebbero essere informati che l'impiego di SSRI riduce il binge eating, ma gli effetti sul lungo termine non sono conosciuti

(NICE; raccomandazione di grado B)

La terapia con farmaci antidepressivi può essere sufficiente in un limitato sottogruppo di pazienti

(NICE, APA III; raccomandazione di grado B)

In molti pazienti la combinazione di farmaci antidepressivi con terapia comportamentale per il controllo del peso e/o CBT non produce un effetto significativo sulla soppressione del binge quando comparata con il solo farmaco

(Devlin; livello di forza II)

I pazienti dovrebbero essere informati che tutti i trattamenti psicologici per il

BED hanno un effetto limitato sul peso corporeo.

Quando si effettua un trattamento psicologico nei pazienti con BED, si dovrebbe considerare anche un intervento contemporaneo o successivo focalizzato sul management delle comorbidità connesse all'obesità (NICE grado C) e la perdita di peso.

Per gli adolescenti è necessario che i trattamenti siano età specifici

(NICE; raccomandazione di grado C).

#### Ob-BED/Discussione

La gestione clinica dei pazienti con BED si serve di un percorso personalizzato composto da counseling nutrizionale, trattamenti dietetici, psicoterapia individuale o di gruppo e terapia farmacologica.

La multidisciplinarietà e l'interdisciplinarietà indispensabili in una patologia complessa come il BED possono essere composte in modo realistico solo nell'ambito di percorsi diagnostico assistenziali riabilitativi condivisi e ben adattati alle realtà locali.

#### Ob-BED/Raccomandazioni per la ricerca

Sono necessari studi sull'efficacia del trattamento nel BED basati sulla EBM (Kimberly; livello di forza VI).

In aggiunta, debbono essere sviluppate nuove metodiche che possano incrementare la motivazione e ulteriori tentativi in "intervention trial". Questo sforzo potrebbe includere nuove tecnologie informatiche come e-mail, Internet, "text messaging" ed altre innovazioni tecnologiche. Questi dispositivi tecnologici possono essere impiegati per potenziare il trattamento soprattutto per quei pazienti che hanno sperimentato senso di vergogna, diniego e difficoltà interpersonali o che si interfacciano con una limitata disponibilità di cure specialistiche o anche per adolescenti o giovani adulti

(Iacovino; raccomandazione di gradoB, livello di forza VI).

I futuri trattamenti dovranno essere in grado di agire contemporaneamente sul binge eating e sul controllo del peso

(Iacovino; raccomandazione di gradoB, livello di forza VI).

**Quesiti: incidenza/prevalenza**

Il BED sembra essere presente nel 5-10% dei pazienti che richiedono un trattamento per l'obesità e circa il 3% della popolazione ne è colpita nel corso della vita (Dalle Grave, 2011).

Secondo Van Hoeken (2011) la prevalenza del BED raggiunge l'1% circa nella popolazione generale, maschile e femminile, mentre per altri è compresa nell'intervallo tra 2% e 5%, senza marcata differenza tra i sessi (Geller, 2011). In un campione di 496 donne adolescenti seguite per 8 anni la prevalenza all'età di 20 anni è stata del 3,0% per il BED, e del 3,6% per il BED sottosoglia (Stice, 2012).

Un ampio studio di popolazione mostra che il 42% dei soggetti con diagnosi di BED al momento del colloquio erano obesi ( $BMI > 30 \text{ kg/m}^2$ ), e rispetto agli intervistati senza disturbo alimentare è stata riscontrata anche una prevalenza significativamente più alta con obesità patologica ( $BMI > 40 \text{ kg/m}^2$ ).

In sei Paesi europei è stata 1,9% per le donne e 0,3% per gli uomini. Negli Stati Uniti la prevalenza più elevata è stata riscontrata tra gli adulti (3,5% le donne, gli uomini 2,0%) e tra gli adolescenti di 13-18 anni (2,3% le ragazze, i ragazzi 0,8%).

Hudson et al., hanno esaminato i dati provenienti da un campione non clinico per valutare quanto la prevalenza di BED aumenterà in base alle proposte del DSM-5 che riduce sia la frequenza (da due/settimana a una/ settimana) che la durata delle abbuffate (da sei a tre mesi), e si stima che la prevalenza del BED aumenti nelle donne di un ulteriore 0,1%-3,6% e negli uomini del 2,1%.

Non sono disponibili studi di grandi dimensioni relativi all'incidenza del BED.

**Quesiti: morbosità/mortalità**

L'obesità, soprattutto la patologica, è associata ad aumentato rischio di mortalità, sebbene sia difficile misurarne il suo effetto specifico sulla mortalità. Tutti i disturbi del comportamento alimentare hanno comunque un elevato rischio di mortalità (Smink 2012).

Pochi sono i dati disponibili sul decorso del BED: è caratterizzato da un'elevata percentuale di guarigione spontanea, con un tasso di remissione a quattro anni dell'82%, in confronto al 47% osservato nella bulimia nervosa e al 57% nell'anoressia nervosa, e nei casi in cui non va in remissione, è rara la sua migrazione verso AN e BN (Keel, 2011).

Il BED rappresenta una entità clinica piuttosto stabile con una durata media di malattia di 14 anni circa, significativamente più lunga degli altri DCA (Pope HG Jr et al. 2006, Striegel-Moore RH, 2008)

**Quesiti: storia naturale, problemi MN**

il BED di per sé costituisce un fattore di rischio per:

lo sviluppo di sindrome metabolica superiore all'obesità non associata a BED  
disturbi del tratto gastrointestinale: nausea, vomito, sensazione di gonfiore, dolore addominale e dispepsia

**QUESITI GENERALI**

**Quando deve essere avviata la cura MN**

Nonostante il setting preferenziale di cura della BN sia ambulatoriale, l'ospedalizzazione si rende talvolta necessaria con l'obiettivo di intervenire prima che la condizione clinica del paziente diventi critica (APA 2006).

Il ricovero andrebbe fatto in un setting in grado di affrontare i problemi clinici e psicologici, e dotato di équipe multiprofessionali esperte nel trattamento dei DCA (Donini, 2010).

Indicatori somatici di gravità che costituiscono indicazione al ricovero sono: peso inferiore all'85% del peso ritenuto sano per quel paziente (calcolato sulla base dei valori normativi o BMI <16, Frequenza cardiaca <40 bpm (battiti per minuto), danno miocardico, aritmie cardiache, QT allungato all'elettrocardiogramma, pressione arteriosa <90/60 mmHg o ipotensione ortostatica (Pressione arteriosa <80/50 mmHg o ipotensione ortostatica (passando dalla posizione sdraiata a quella eretta aumento delle pulsazioni >20 bpm o caduta della pressione >10-20 mmHg/minuto) bpm o caduta della pressione >10-20 mmHg/minuto), temperatura corporea <36°C (97°F), ipoglicemia (<60 mg/dl), presenza di diabete scompensato, anemia, leucopenia e piastrinopenia gravi, squilibri elettrolitici (ipo- o ipersodiemia, ipocloremia, ipofosfatemia, In particolare: ipofosfatemia, ipomagnesiemia, ipocalcemia), potassiemia <3 meq/l, disidratazione grave, segni di insufficienza cardiovascolare, renale o epatica, pancreatite, ipoprotidemia, edemi declivi, esofago di Barrett, colon atonico o catartico.

Non bisogna dimenticare che anche l'eventuale presenza di dipendenza da alcol e altre sostanze, insieme all'adozione di condotte potenzialmente a rischio, possono indicare il ricovero ospedaliero.

La riabilitazione residenziale è indirizzata agli stati gravi di malnutrizione, alle fasi di instabilità e scompenso delle comorbidità somatiche e psichiatriche e all'avvio di una correzione stabile dello stile di vita (Donini, 2010).

La riabilitazione residenziale ha un ruolo cruciale quando: il livello di gravità e/o comorbidità medica e/o psichiatrica è elevato, l'impatto sulla disabilità e sulla qualità di vita del paziente è pesante; gli interventi da mettere in atto diventano numerosi, precedenti percorsi a minore intensità non hanno dato i risultati sperati ed il rischio per lo stato di salute del paziente tende ad aumentare (Donini, 2010).

L'accesso al percorso di riabilitazione residenziale deve poter avvenire anche in assenza di un episodio acuto in base agli indici di disabilità e di appropriatezza clinica per il trattamento riabilitativo (Donni, 2010).

Si sottolinea, in proposito, il fatto che la riabilitazione intensiva ha, fra gli altri, l'obiettivo di prevenire episodi acuti con vantaggi evidenti per la salute e la qualità di vita del soggetto e per i costi sanitari diretti e indiretti (Donini, 2010).

## 2. Cura MN e cronicizzazione

L'Obesità ed i DA sono patologie croniche, con una patogenesi complessa, caratterizzate da un significativo aumento della morbilità, con ripercussioni gravi sulla qualità di vita legate, in particolare, alle disabilità. (Consensus SIO-SISDCA, 2010)

L'intervento riabilitativo deve essere, infatti, finalizzato a recuperare "una competenza funzionale", a "porre una barriera alla regressione funzionale cercando di modificare la storia naturale delle malattie croniche" e a migliorare la qualità di vita dei pazienti. (Consensus SIO-SISDCA, 2010)

In pratica, in Italia solo poche Regioni sono organizzate in un sistema di rete e in molti casi l'invio è effettuato a specialisti di conoscenza, che non sempre adottano trattamenti basati sull'evidenza o seguono le linee guida esistenti. (Quaderno Min Salute – 17 Luglio-Agosto 2013)

Dal momento che un trattamento inadeguato può favorire la cronicizzazione del disturbo dell'alimentazione, la scelta del centro di cura secondaria è un passo fondamentale che il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta dovrebbero compiere con estrema attenzione. (Quaderno Min Salute – 17 Luglio-Agosto 2013)

*Prevenzione secondaria: diagnosi e cure precoci dirette a evitare che una malattia si cronicizzi e provochi danni irreversibili.* La loro efficacia è misurata da una diminuzione significativa della prevalenza (casi attivi in un determinato momento) di quella malattia. (Conferenza di consenso: DCA negli adolescenti e nei giovani adulti – ISS ottobre 2012)

Raccomandazioni per la ricerca e per il miglioramento continuo: della qualità dell'assistenza: Promuovere l'analisi omogenea dei fattori che possono favorire la cronicizzazione (Conferenza di consenso: DCA negli adolescenti e nei giovani adulti – ISS ottobre 2012)



## Le Figure terapeutiche

Approccio multidimensionale, interdisciplinare, pluriprofessionale integrato, che coinvolge psichiatri, psicologi, internisti, nutrizionisti, endocrinologi, dietisti, fisioterapisti, educatori, tecnici della riabilitazione psichiatrica e infermieri (Quaderno Min Salute – 17 Luglio-Agosto 2013)

Le figure professionali coinvolte devono essere, a seconda dell'età del soggetto, il medico di base o il pediatra di famiglia; psichiatri o neuropsichiatri infantili; psicologi, psicoterapeuti, nutrizionisti clinici, internisti o pediatri, dietisti; possono essere variamente rappresentati in fasi specifiche del percorso altri specialisti (endocrinologo, gastroenterologo, ginecologo ecc.), riabilitatori, infermieri, educatori, operatori sociali, ecc. (Conferenza di consenso: DCA negli adolescenti e nei giovani adulti – ISS ottobre 2012)

Fin dal primo contatto con il paziente è raccomandata una valutazione multidimensionale, interdisciplinare, multi-professionale integrata ed età specifica, che coinvolga, secondo le necessità, medici (psichiatri/neuropsichiatri infantili, nutrizionisti clinici, internisti ecc.), psicologi, psicoterapeuti, dietisti, includendo quando necessario altre figure quali riabilitatori, fisioterapisti, educatori, infermieri e operatori socio-culturali (operatori artistici e della comunicazione, operatori culturali, arteterapeuti, ecc.) (APA 2006, livello I).

Sia per l'Obesità che per i DA, il trattamento terapeutico-riabilitativo migliore consiste, secondo le linee-guida più recenti, in un *team approach multidimensionale* affidato al lavoro integrato delle stesse figure professionali: medici (internisti, nutrizionisti clinici, psichiatri, fisiatristi), psicologi, dietisti, fisioterapisti, educatori ed infermieri. (Consensus SIO-SISDCA, 2010)

Gli operatori devono avere buona conoscenza delle competenze rispettive e un linguaggio condiviso per consentire un'efficace interazione tra le varie figure professionali. Non basta la semplice somma di figure professionali diverse: è indispensabile creare un linguaggio e una cultura comuni all'interno dell'équipe assistenziale al fine di ottenere una vera integrazione funzionale delle diverse competenze. (Consensus SIO-SISDCA, 2010)

È essenziale, peraltro, definire con chiarezza i confini dell'operato di ogni professionista perché la confusione dei ruoli è un fattore d'insuccesso terapeutico. (Consensus SIO-SISDCA, 2010)

Il *case manager*, figura essenziale all'interno del team, sarà l'operatore – p.e. psichiatra o internista-nutrizionista – più adatto, in base al quadro clinico prevalente in quel soggetto e in quella fase del trattamento: sarà lui il punto di riferimento e di coordinamento per il paziente, i familiari e gli altri operatori. (Consensus SIO-SISDCA, 2010)

## Necessità della formazione

Per un'efficace organizzazione dell'assistenza nel territorio di ciascuna Regione, è consigliabile la costituzione di un centro di coordinamento regionale, tra le cui funzioni dovranno essere compresi ... la programmazione di interventi di formazione comuni per il personale dei centri di riferimento. (Quaderno Min Salute – 17 Luglio-Agosto 2013)

La formazione degli operatori a livello dei corsi di laurea, delle scuole di specializzazione mediche e del corso di formazione specifica in medicina generale e la formazione professionale continua devono dedicare una particolare attenzione ai disturbi dell'alimentazione, nei loro diversi aspetti biologici, psicologici e sociali. (Quaderno Min Salute – 17 Luglio-Agosto 2013)

Un team efficace si costruisce attraverso un lungo e paziente lavoro di formazione (Consensus SIO-SISDCA, 2010)

Gli autori ribadiscono quindi l'importanza della selezione, della formazione e della supervisione degli operatori della prevenzione, da cui dipende la validità dei programmi. (Conferenza di consenso: DCA negli adolescenti e nei giovani adulti – ISS ottobre 2012)

Il percorso di cura deve inoltre garantire:

... la presenza di personale con formazione ed esperienza specifica sui DCA  
Diagnosi e trattamento richiedono esperienza e formazione specifica sui diversi DCA  
(Conferenza di consenso: DCA negli adolescenti e nei giovani adulti – ISS ottobre 2012)

Raccomandazioni per la ricerca e per il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza: Promuovere interventi di sensibilizzazione e formazione per tutti gli operatori sanitari onde facilitare l'individuazione precoce dei DCA e garantire l'appropriatezza della presa in carico. (Conferenza di consenso: DCA negli adolescenti e nei giovani adulti – ISS ottobre 2012)

#### Problemi deontologici

Il trattamento farmacologico dei disturbi dell'alimentazione va attuato all'interno di un percorso di cura integrato che preveda il contemporaneo impiego di interventi nutrizionali e psicoterapeutici. Particolare attenzione deve essere prestata, nei soggetti malnutriti, ai possibili effetti collaterali dei farmaci, specialmente quelli a carico della funzione cardiovascolare. Va ricordato che in Italia la fluoxetina è l'unico farmaco approvato specificamente per il trattamento di un disturbo dell'alimentazione (la bulimia nervosa), mentre l'uso degli altri farmaci è da ritenersi al di fuori di quelle che sono le loro indicazioni terapeutiche approvate (*off-label*) e va quindi attuato, secondo la legge n. 94/98 e il vigente codice di deontologia medica, sotto la diretta responsabilità del medico, previa informazione del paziente e acquisizione del suo consenso scritto (se il paziente è minorenne, si applica la normativa specifica), qualora il sanitario ritenga, in base a dati documentabili, che non possano essere utilizzati farmaci per i quali sia già approvata quell'indicazione terapeutica e purché tale impiego sia noto e conforme a lavori apparsi su pubblicazioni scientifiche accreditate in campo internazionale. (Quaderno Min Salute – 17 Luglio-Agosto 2013)

La nutrizione artificiale viene attuata somministrando miscele nutrizionali, preferibilmente per via enterale (tramite sonda nasogastrica). Si tratta di un intervento medico (non quindi di una misura ordinaria di assistenza) che prevede il consenso informato del paziente o del suo delegato, secondo le norme del codice deontologico. Nel caso del paziente con un disturbo dell'alimentazione, essa va proposta con la dovuta prudenza, in quanto modifica in maniera radicale il rapporto con il cibo, può provocare sintomi gastroenterici importanti e può modificare il peso corporeo in modo non accettabile dal paziente. (Quaderno Min Salute – 17 Luglio-Agosto 2013)

#### Approccio transdiagnostico

Il documento si articola in due sezioni dedicate, rispettivamente, all'Obesità e ai Disturbi dell'Alimentazione. Le due parti presentano importanti ed evidenti aree di sovrapposizione: in effetti, i *Disturbi da Alimentazione non-omeostatica* sono una categoria che si estende dall'emaciazione anoressica alla grande Obesità, lungo tutto lo spettro dei pesi corporei, con somiglianze rilevanti e frequenti migrazioni transdiagnostiche, in tempi diversi della vita, dall'uno all'altro quadro clinico. (Consensus SIO-SISDCA, 2010)

#### BIBLIOGRAFIA Sessione 4

1. ADA Evidence Analysis Library Nutrition counseling evidence analysis project 2007-2009: behavior change theories July 1,2009.
2. American Psychiatric Association (APA).Practice guideline for the Treatment of Patients With Eating Disorders , 2006
3. [Bruni V](#), [Dei M](#), [Morelli C](#), [Schettino MT](#), [Balzi D](#), [Nuvolone D](#). Body composition variables and leptin levels in functional hypothalamic amenorrhea and amenorrhea related to eating disorders. [J Pediatr Adolesc Gynecol](#). 2011 Dec;24(6):347-52.
4. Birmingham CL, "et al" "Reduced febrile response to bacterial infection in anorexia nervosa patients. [Int J Eat Disord](#). 2003 Sep;34(2):269-72
5. Caregaro L, Nardi M.T.(2009). I disturbi del comportamento alimentare long term. Le complicanze mediche nutrizionali. In: M.G. Gentile, Obesità, anoressia e bulimia nervosa, malnutrizione ospedaliera. Aggiornamenti in Nutrizione Clinica e Patologie Correlate,17,1885. Fidenza: Mattioli, pp:187-99.
6. Casiero D, Frishman WH.Cardiovascular complications of eating disorders. [Cardiol Rev](#). 2006 Sep-Oct;14(5):227-31.
7. Chial HJ,"et al". Anorexia nervosa: manifestations and management for the gastroenterologist. [Am J Gastroenterol](#). 2002 Feb;97(2):255-69.
8. Diamanti A et al. Amenorrhea and weight loss: not only anorexia nervosa. [Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol](#). 2012 Mar;161(1):111-2.
9. Donini LM et al. Obesity and Eating Disorders. Indications for the different levels of care. An Italian Expert Consensus Document. [Eat Weight Disord](#). 2010 Mar-Jun;15(1-2 Suppl):1-31.
10. Dowman J, "et al". Recurrent acute hepatic dysfunction in severe anorexia nervosa. [Int J Eat Disord](#). 2010 Dec;43(8):770-2

11. Fairburn CG, Cooper Z, et al Transdiagnostic cognitive behavioral therapy for patients with eating disorders: a two-site trial with 60-week follow up *Am J Psychiatry* 2009;166:311-319.
12. Fairburn CG, Harrison PJ. Eating disorders. *Lancet*. 2003 Feb 1;361(9355):407-16.
13. Fitzpatrick K.K., Lock J. Anorexia Nervosa. Clinical Evidence on line, 2010.
14. Giordano F Brief "et al" elevation of hepatic enzymes due to liver ischemia in anorexia nervosa. *Eat Weight Disord*. 2010 Dec;15(4):e294-7.
15. Gowers SG et al Clinical effectiveness of treatment for anorexia nervosa in adolescents *Br J Psychiatr* 2007;191:427-435
16. Halmi A.K. (2009). Salient components of a comprehensive service for eating disorders. *World Psychiatry*; 8:150-155.
17. Hartmann A et al. German Treatment Guideline Group for Anorexia Nervosa. Psychological treatment for anorexia nervosa: a meta-analysis of standardized mean change. *Psychother Psychosom*. 2011;80(4):216-26.
18. Herpertz-Dahlmann B Adolescent eating disorders: definitions, symptomatology, epidemiology and comorbidity *Child Adolesc Psychiatr Clin North Am* 2008;18:31-47.
19. Herrin M (2003). *Nutritional Counselling in the Treatment of Eating Disorders*. New York: Guilford Press.
20. Machado PP, Gonçalves S, Hoek HW. DSM-5 reduces the proportion of EDNOS cases: evidence from community samples. *Int J Eat Disord*. 2013 Jan;46(1):60-5.
21. Misra M, et al. Effects of anorexia nervosa on clinical, *Pediatrics* 2004 Dec;114(6):1574-83.
22. Olivares JL, "et al". Cardiac findings in adolescents with anorexia nervosa at diagnosis and after weight restoration. *Eur J Pediatr*. 2005 Jun;164(6):383-6.
23. Reiter CS, Graves L. Nutrition therapy for eating disorders *Journal Nutr Clin Pract*. 2010 Apr;25(2):122-36.
24. Strober M The chronically ill patient with anorexia nervosa In: Grilo CM, Mitchell JE, editors. *The Treatment of Eating Disorders*. New York: Guilford Press , New York 2009
25. Tierney S, Fox JRE Chronic anorexia nervosa. A Delphi study to explore practitioners' view *Int J Eat Disord* 2009; 42:62-67
26. Treasure J., Claudino A.M., Zucker N. (2010). Eating Disorders. *Lancet*, 375 (13), 583-593.
27. Trunfio O. Tecniche di counselling nell'approccio integrato ai disturbi dell'alimentazione. In: Ballardini D e Schumann R *La riabilitazione psiconutrizionale nei disturbi dell'alimentazione*, Carocci ed., Capitolo 5, pag. 75-86
28. Warren MP. Endocrine manifestations of eating disorders. *J Clin Endocrinol Metab*. 2011 Feb;96(2):333-43.

## Sitografia

[www.nice.org.uk/CG009NICEguideline](http://www.nice.org.uk/CG009NICEguideline)

[http://www.aedweb.org/AED\\_Residential\\_Inpatient\\_Standards.htm](http://www.aedweb.org/AED_Residential_Inpatient_Standards.htm)

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

[www.aed.org/Medicalcarestandards](http://www.aed.org/Medicalcarestandards)

