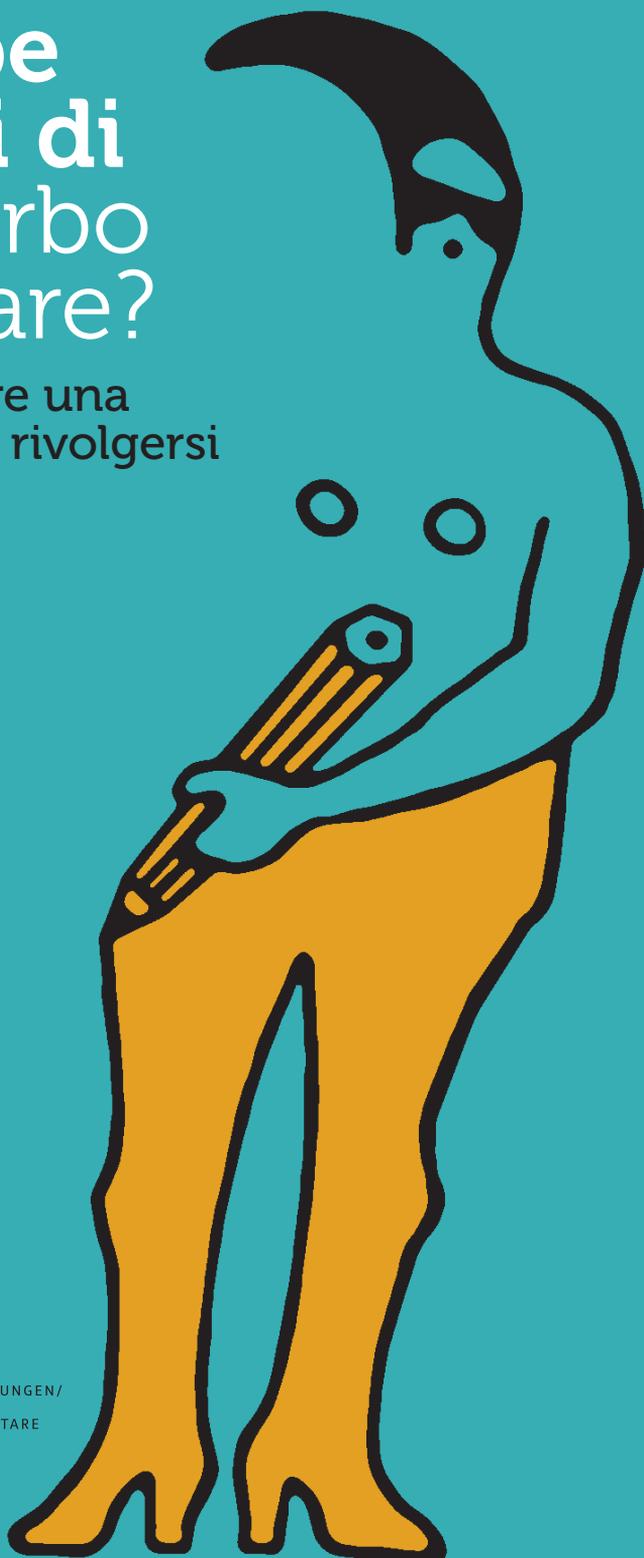


Potrebbe trattarsi di un disturbo alimentare?

Come indirizzare una diagnosi e a chi rivolgersi



INFES

FACHSTELLE FÜR ESSSTÖRUNGEN/
CENTRO PER DISTURBI DEL
COMPORAMENTO ALIMENTARE

Pubblicazione a cura di:

INFES

Centro per i Disturbi del Comportamento Alimentare

Autrici

Dr.ssa Raffaella Vanzetta (psicoterapeuta)

Dr.ssa Rita Trovato (dietologa internista)

Dr.ssa Maria Elena Azzaro (dietologa internista)

Si ringrazia per la collaborazione:

Dr. Markus Markart (pediatra)

Dr. Salvatore Rampulla (odontoiatra)

Dr.ssa Bianca Babich (ginecologa)

Dr.ssa Patrizia Zambai (medico generico)

Traduzioni

Raffaella Vanzetta

Grafica e impaginazione

MAGUTDESIGN

Illustrazioni

Roberto Maremmani

Stampa

Litotipografia Alcione, Lavis (TN)

Edizione

Novembre 2014

Premessa

I disturbi del comportamento alimentare (DCA) costituiscono oggi una vera epidemia sociale, ma in realtà difficilmente vengono riconosciuti e quindi trattati in modo adeguato.

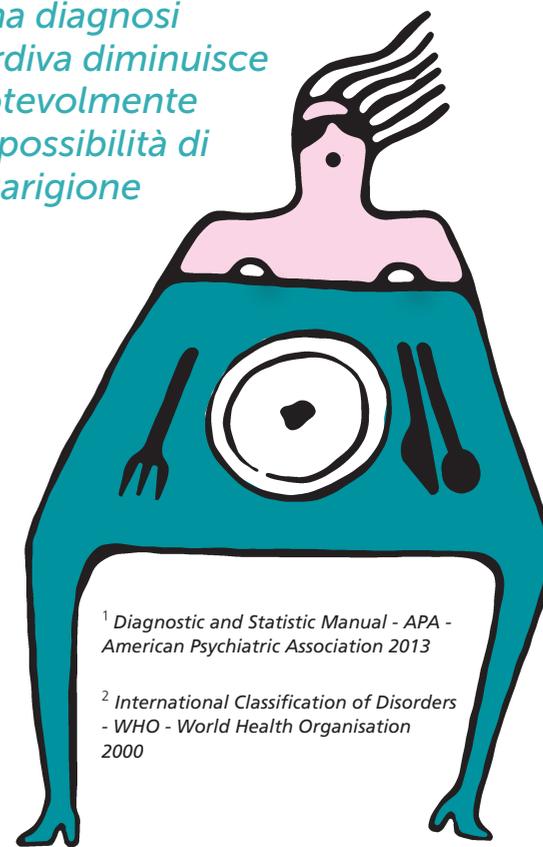
Una diagnosi tardiva diminuisce notevolmente le possibilità di guarigione.

I DCA sono caratterizzati da una pesante alterazione della condotta alimentare, da un eccesso di preoccupazione per la forma fisica, da alterata percezione dell'immagine corporea e da una stretta correlazione tra tutti questi fattori e i livelli di autostima.

Essi sono disturbi psicosomatici con complicanze cliniche serie secondarie alla malnutrizione e ai comportamenti impropri messi in atto per ottenere il controllo sul peso.

I disturbi classificati dai manuali diagnostici (DSM-V¹ ICD-10²) comprendono: l'anoressia nervosa (AN), la bulimia nervosa (BN), il binge eating disorder (BED) (sindrome da abbuffate compulsive o DAI, Disturbo da Alimentazione Incontrollata) e i disturbi non specificati, di cui fanno parte le sindromi parziali (in cui sono presenti alcuni, ma non tutti i sintomi necessari per la diagnosi di anoressia e bulimia). Nell'eziopatogenesi intervengono fattori sia genetici sia ambientali. L'origine e il decorso sono determinati da una pluralità di variabili, nessuna delle quali da sola è in grado di scatenare la malattia. Alcune caratteristiche di personalità (perfezionismo, necessità di controllo sulla propria vita emotiva e sugli altri) favoriscono un'aumentata vulnerabilità nei confronti di questi disturbi e il culto della magrezza esaltato nelle società industriali come fonte di successo personale e di bellezza suggerisce la strada, attraverso la quale un malessere più profondo si esprime e cerca una sua risoluzione. Secondo dati forniti dal Centro Nazionale Epidemiologico dell'Istituto Superiore di Sanità, la prevalenza dell'AN e della BN in Italia sarebbe

*Una diagnosi
tardiva diminuisce
notevolmente
le possibilità di
guarigione*



¹ *Diagnostic and Statistic Manual - APA - American Psychiatric Association 2013*

² *International Classification of Disorders - WHO - World Health Organisation 2000*

rispettivamente dello 0,2%-0,8% e dell'1%-5% in linea con quanto riscontrato in molti altri paesi. La distribuzione per età della popolazione è rappresentata principalmente dalla fascia d'individui tra i 15 e i 25 anni, con un incremento di pazienti in età inferiore ai 15 anni e superiore ai 40 anni, a dimostrazione di un preoccupante ampliamento della fascia di persone coinvolte. Vi è una netta predilezione per il sesso femminile (9/1) anche se stanno aumentando le diagnosi nella popolazione di sesso maschile, con espressioni nuove della patologia (Bigoressia e Ortoressia) e disturbi infantili con forme purtroppo estremamente severe e difficili da trattare.

Il rischio di morte per una persona con diagnosi di anoressia nervosa è 5-10 volte superiore a quello di soggetti di pari età e sesso e il rischio suicidario costituisce circa il 20% di tutte le cause di morte. In Germania uno studio del Robert Koch-Institut³ indica un comportamento alimentare problematico in un quinto della popolazione (21,9% della popolazione totale, 20,6% dei giovani tra gli 11-13 anni, 22,7% dei giovani in età compresa tra i 14 -18 anni). In Alto Adige i dati epidemiologici sono in fase di elaborazione, ma l'indagine sui giovani dell'ASTAT (2009) e l'indagine HBSC (Health Behaviour in School-aged Children 2010) rilevano che, nonostante l'88% dei giovani tra gli 11 e i 15 anni sia normopeso, il 46% si ritiene

troppo grasso. Sono in aumento tentativi di dimagrimento in adolescenti normopeso che possono rappresentare in soggetti predisposti un fattore scatenante. In tutto il nostro territorio sono circa 500 le persone che attualmente sono in cura per DCA, ma certamente il numero di persone affette dal disagio comportamentale è di gran lunga superiore. Adeguando le stime ai dati internazionali si suppone che nella nostra provincia 10 - 12.000 donne riscontrino un disturbo nel corso della loro vita. Il percorso diagnostico terapeutico deve prevedere la presa in carico della paziente⁴ da parte di un team multidisciplinare, dove sia prevista l'integrazione di più figure professionali esperte nel settore (internista - dietologo - psicoterapeuta - psichiatra - tecnico dietista) aggiornate e motivate in un percorso di cura condiviso.

³ Hölling H., Schlack R.: *Essstörungen im Kindes- und Jugendalter. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 2007; 794-799*

⁴ *Essendo i disturbi alimentari disturbati prevalentemente femminili, parleremo di pazienti al femminile, sottintendendo la presenza di qualche paziente maschile.*

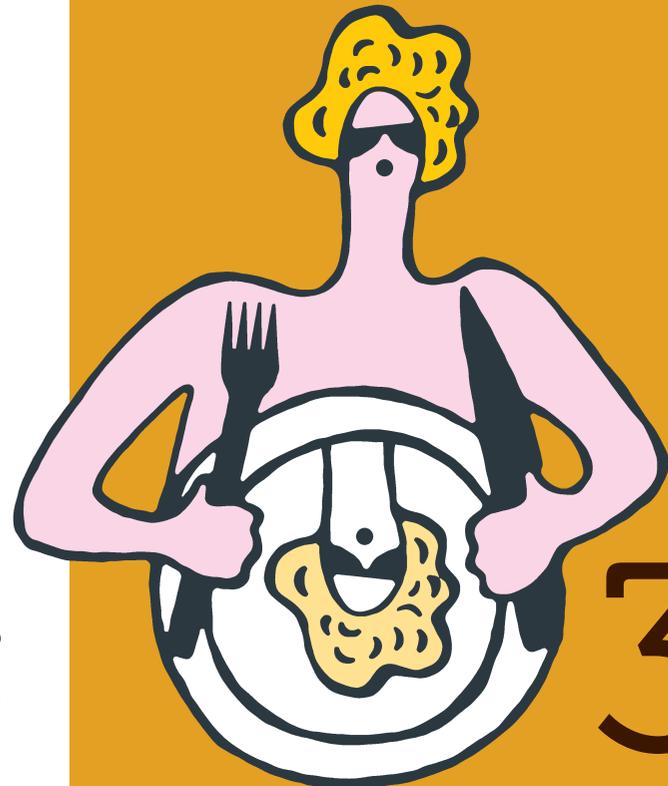
Spesso il primo contatto con persone che soffrono di DCA avviene con medici di medicina generale, pediatri, ginecologi e odontoiatri, che possono avere un ruolo fondamentale nel riconoscere tempestivamente segni e sintomi che indirizzano a una diagnosi certa o ad un sospetto del disturbo attraverso segnali di allarme. Il riconoscimento precoce di tali disturbi e la cura tempestiva sono fondamentali per garantire un successo terapeutico ed evitare la cronicizzazione.

Scopo di quest'opuscolo sarebbe di fornire informazioni adeguate per ottenere orientamenti diagnostici che consentono di indirizzare le pazienti ad un trattamento adeguato il più tempestivamente possibile. La conoscenza del disagio consente anche l'implementazione di un percorso motivazionale necessario quando le pazienti non hanno consapevolezza del problema o lo negano.

Diagnosi breve secondo DSM-V e ICD-10

Nell'ambito del sottopeso si definiscono quattro livelli di gravità

Lieve	IMC >17 kg/m ²
Moderato	IMC 16-16,9 kg/m ²
Grave	IMC 15-15,9 kg/m ²
Estremo	IMC < 15 kg/m ²



Anoressia nervosa

- > **Basso peso corporeo** (15% al di sotto del normopeso per età e statura o BMI al di sotto del 17,5) autoindotto
- > **Rifiuto** di mantenere un peso corporeo al di sopra del peso minimo normale per l'età e la statura
- > **Paura** di un aumento ponderale
- > Eccessiva **influenza del peso** e delle forme corporee sull'autostima
- > **Distorsione** dell'immagine corporea
- > Vengono distinti due sottotipi: il tipo **restrittivo** e quello con condotte di **eliminazione** (vomito, lassativi, diuretici, sport estremo)

Bulimia nervosa

- > **Abbuffate compulsive**: in un breve periodo di tempo vengono ingerite quantità di cibo eccessive, con la sensazione di totale perdita di controllo
- > Inappropriate **condotte compensatorie** per prevenire l'aumento di peso, come vomito autoindotto, abuso di lassativi e diuretici, enteroclistmi, digiuno o esercizio fisico eccessivo
- > Abbuffate e condotte compensatorie si verificano almeno **una volta in settimana** per almeno tre mesi
- > **Esagerata paura** di ingrassare
- > I livelli di **autostima** sono indebitamente influenzati dalla forma e dal peso corporeo

Disturbo da alimentazione incontrollata

- > **Abbuffate compulsive**: in un breve periodo di tempo vengono ingerite quantità di cibo eccessive, con la sensazione di totale perdita di controllo
- > Le abbuffate si manifestano **senza condotte compensatorie**
- > Le abbuffate si verificano almeno **una volta in settimana** per almeno tre mesi
- > Alle abbuffate seguono **forti sensi di colpa** e vergogna fino al disgusto di se stessi

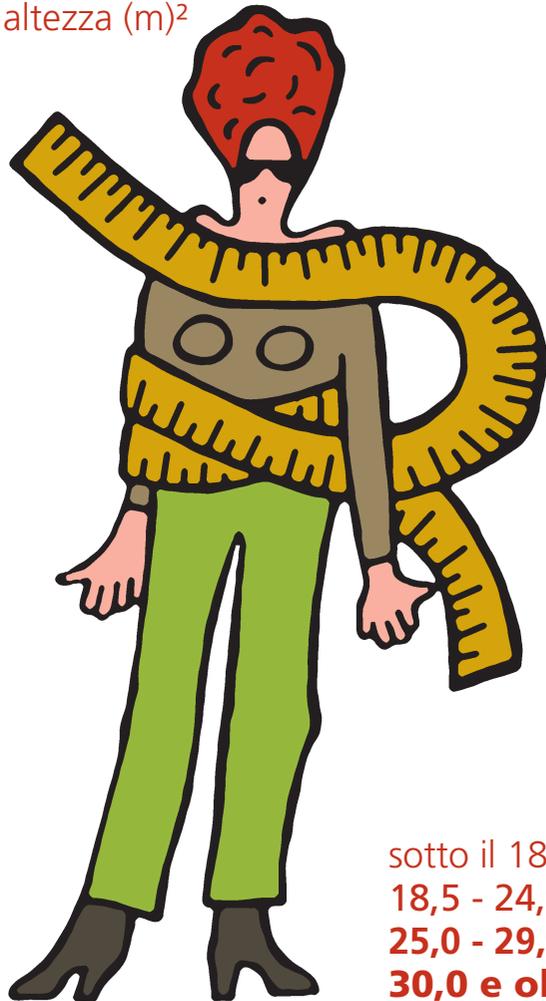
Esistono inoltre disturbi atipici e non altrimenti specificati (NAS o EDNOS), che non verranno descritti o elencati in questo opuscolo.

Indice di massa corporea

(IMC o BMI body mass index)

L'indice di massa corporea mette in relazione il peso corporeo con la statura. Questo indice permette di definire se un individuo è normopeso, sottopeso, sovrappeso o se si trova in una condizione di obesità. L'IMC si calcola dividendo il peso in chilogrammi per l'altezza, misurata in metri, al quadrato.

$\frac{\text{peso (kg)}}{\text{altezza (m)}^2}$



sotto il 18,5
18,5 - 24,9
25,0 - 29,9
30,0 e oltre

sottopeso
normopeso
sovrappeso
obesità

4

Fattori di rischio generali

- > sesso femminile
- > adolescenza e prima età adulta
- > vivere nella società occidentale

Fattori di rischio individuali

Condizioni presenti nel contesto familiare

- > DCA
- > depressione, alcolismo
- > diete frequenti
- > commenti critici su peso, corpo, alimentazione
- > tratti ossessivi e perfezionistici
- > anaffettività e scarso contatto con i genitori
- > frequentazione di ambienti che enfatizzano la magrezza (danza, sport, moda)
- > obesità

Caratteristiche dell'individuo

- > obesità
- > tratti di personalità (perfezionismo, bassa autostima, difficoltà nel gestire le emozioni)
- > disturbi d'ansia

Esperienze predisponenti

- > abusi sessuali / esperienze traumatiche
- > esperienze di derisione per il peso e la forma del corpo
- > lavori o attività ricreative (sport) che incoraggiano la magrezza

Fattori precipitanti

- > traumi
- > lutti
- > cambiamenti significativi nella vita (malattie, separazioni, traslochi...)

Fattori di mantenimento

- > eccessiva importanza attribuita all'alimentazione, al peso, alle forme corporee e al loro controllo

Cenni Clinici

Principali segni e sintomi

Anoressia nervosa

Sintomi

- > amenorrea
- > dolore e gonfiore addominale
- > iperattività
- > disturbi del sonno
- > affaticamento
- > cefalea
- > intolleranza al freddo
- > stipsi

Segni

- > basso peso
- > bassa temperatura corporea
- > ipotensione
- > inanizione
- > ipotrofia muscolare
- > pelle secca
- > carotenodermia
- > perdita di capelli
- > lanugo
- > acrocianosi
- > bradicardia
- > soffio mesosistolico (prolasso mitrale)
- > svuotamento gastrico ritardato

Bulimia nervosa

Sintomi

- > irregolarità ciclo mestruale
- > dolore e gonfiore addominale
- > affaticamento
- > cefalea
- > gonfiore mani e piedi
- > depressione
- > stipsi

Segni

- > spesso appaiono in salute
- > lesioni/callosità dorso mani (segno di Russel)
- > rigonfiamento ghiandole salivari
- > erosioni dentali
- > edema

Binge Eating disorder

Sintomi

- > richiesta di diete ipocaloriche
- > alimentazione incontrollata e spesso compulsiva
- > dolore e gonfiore addominale
- > depressione

Segni

- > spesso in sovrappeso o obesi



Complicanze cliniche DCA

Renali, elettrolitiche

- > disidratazione
- > ipopotassiemia
- > ipocloremia
- > ipomagnesiemia
- > ipocalcemia
- > ipofosfatemia da rialimentazione
- > calcolosi renale
- > insufficienza renale cronica
- > edema da sospensione di lassativi diuretici
- > edema da rialimentazione
- > edema da ipoalbuminemia

Cardiovascolari

- > ipotensione ortostatica
- > bradicardia
- > insufficienza cardiaca
- > aritmie
- > prollasso mitrale
- > alterazioni ECG
- > arresto cardiaco

Gastrointestinali

- > rigonfiamento ghiandole salivari
- > iperamilasemia
- > esofagite-perforazione esofagea
- > ritardato svuotamento gastrico
- > stipsi
- > melanosi coli
- > ileo da ipopotassiemia

Endocrine

- > ritardo o arresto della crescita
- > ritardo della pubertà
- > amenorrea
- > ipercortisolismo
- > alterazioni funzionalità tiroidee

Metaboliche

- > osteoporosi/osteopenia
- > deficit elementi traccia (es: zinco)
- > deficit vitaminici
- > ipercolestolemia
- > obesità

Polmonari

- > polmonite da aspirazione
- > pneumomediastino

Dermatologiche

- > perdita dei capelli
- > lanugo
- > pelle secca, unghie fragili, capelli sottili
- > carotenodermia
- > erosioni o calli dorso mani

Ematologiche/immunologiche

- > anemia
- > leucopenia con linfocitosi
- > trombocitopenia
- > alterazioni CD4/CD8
- > alterazioni immunità cellulo mediata

Neurologiche

- > pseudoatrofia cerebrale
- > deficit cognitivi
- > allargamento ventricoli cerebrali



Indicazioni per il ricovero ospedaliero in un reparto internistico (APA 2006)

Adulti

- > FC < 40/min
- > PA < 90/60 mmHg
- > Ipoglicemia sintomatica (< 60 mmHg)
- > Ipokaliemia < 3 mmol/l
- > Temperatura corporea < 36°C
- > Disidratazione
- > Aritmie cardiache
- > QT allungato
- > Peso < 75% peso ideale
- > Rapido calo ponderale (> 10% in un mese)
- > Incapacità di nutrirsi autonomamente

Età evolutiva (< 18 anni)

- > perdita di peso severa (< 75%)
- > PA < 80/50 mmHg
- > FC < 50/min
- > ipokaliemia
- > ipofosforemia
- > variazioni clino/ortostatismo (diminuzione PA al di sopra di 10-20 mmHg)

Indicazioni per il ricovero in SPDC (APA 2006)

- > incapacità di nutrirsi autonomamente
- > alto rischio di suicidio/autolesionismo/abuso alcool/stupefacenti/farmaci
- > comorbidità psichiatrica severa
- > contesto familiare che potrebbe ostacolare il trattamento
- > isolamento sociale
- > scarsa motivazione o mancanza di coscienza della gravità del disturbo



Come indirizzare una diagnosi

Nel vostro ambulatorio certamente vi confronterete con pazienti che presentano una sintomatologia che non sembra indirizzare immediatamente ad una diagnosi di disturbo del comportamento alimentare. La valutazione clinica è fondamentale assieme ad un'attenta osservazione sia della storia familiare che individuale. Le seguenti domande potrebbero essere di aiuto per orientarsi verso una possibile diagnosi di disagio comportamentale:

> Ha il ciclo mestruale regolare?

> Ha spesso pensieri rivolti al cibo o alla sua figura corporea?

> Quante volte sale sulla bilancia?

> È soddisfatta del suo peso e della sua figura corporea?

> Si mette spesso a dieta?

> Le succede di digiunare o saltare dei pasti?

> Ha cali o aumenti ponderali frequenti?

> Quante ore alla settimana pratica sport?

> Ci sono alimenti che lei si vieta?

> Sa quante calorie assume ogni giorno e quante ne vorrebbe assumere?

> Le succede di mangiare di nascosto?

> Prende lassativi o diuretici?

> Le succede di mangiare in maniera compulsiva con la sensazione di non riuscire a fermarsi?

Osservate inoltre se...

- > ... la paziente ha **comportamenti autolesionistici** (tagli sulle braccia, si strappa i capelli).
- > ... la paziente ha **formazioni callose sul dorso della mano** che indicano un accentuato uso del vomito.
- > Chiedete ai genitori se hanno notato: **cambiamento di umore, isolamento sociale, abbuffate o dieta ferrea** (saltare i pasti - ridurre le porzioni - dividere gli alimenti in buoni e cattivi - sminuzzare il cibo presente nel piatto).

Non tutti sanno che...

- > **L'amenorrea è secondaria alla restrizione alimentare e al dimagrimento.** Un intervento sui fattori di mantenimento (tra cui la dieta) è il primo obiettivo della terapia. La somministrazione di estrogeni (pillola anticoncezionale) come cura dell'amenorrea, oltre a non tenere in considerazione il sintomo amenorrea nel contesto di un più complesso problema, rinforza la negazione della malattia.
- > **La perdita di peso corporeo è controindicata nei soggetti normopeso** (BMI compreso tra 18,5 e 24,9 kg/m²), perché la dieta aumenta di otto volte il rischio di sviluppare un disturbo dell'alimentazione. La maggior parte di questi soggetti cerca di dimagrire non per motivi di salute, ma per migliorare l'immagine corporea.
- > Le persone che **abusano di lassativi** utilizzano tali sostanze in due modi:
 1. **saltuariamente** per eliminare le calorie assunte in eccesso in seguito ad un'abbuffata oggettiva o soggettiva (in questo caso il loro utilizzo è simile alla pratica del vomito auto-indotto);
 2. **costantemente** per ridurre l'assorbimento di calorie e per raggiungere l'effetto "pancia piatta" (in questo caso il loro utilizzo è simile alla dieta). In realtà con i lassativi non si eliminano calorie, ma principalmente acqua ed elettroliti.

B

Come affrontare inizialmente un DCA

Le persone che soffrono di DCA tendono a minimizzare o addirittura a negare il problema



A volte manca proprio la consapevolezza del disturbo, altre volte c'è un forte senso di vergogna o la paura di dover rinunciare ai vantaggi secondari del disturbo (p.es. la magrezza o l'effetto calmante di un'abbuffata). Queste pazienti hanno bisogno di essere trattate con sensibilità e determinazione. È importante dare loro la sensazione di assoluta autonomia, ogni decisione resta comunque una loro scelta. Quello che i medici possono fare è informarle sulle conseguenze anche gravi del loro comportamento alimentare e accompagnarle ad una accettazione di cura consapevole. In caso di magrezza estrema è importante che conoscano le conseguenze di un eventuale emergenza clinica.

Anche in chi nega il problema c'è una parte di consapevolezza. Solitamente le pazienti sono ambivalenti e tendono a negare il loro disagio di fronte a chi le vuole convincere a cambiare.

Pazienti consapevoli: se si rivolge a voi una persona che vi parla esplicitamente del suo disturbo alimentare solitamente ha già fatto un percorso di

consapevolezza ed è disposta ad accettare un aiuto. È utile parlare con chiarezza ma con sensibilità senza dimenticare che ammettere un disturbo alimentare rappresenta per la paziente una grande fatica e sofferenza.

Pazienti non consapevoli: se si rivolge a voi una paziente con chiari sintomi che fanno pensare a un disturbo alimentare, ma la paziente non accenna al problema, esprimerete apertamente il vostro sospetto, soprattutto se è confermato da risposte affermatrici alle domande diagnostiche. Informate la paziente sulle possibili conseguenze del suo comportamento. Se affrontare una terapia appare ancora troppo difficile, è possibile che la paziente accetti di richiedere almeno una consulenza all'INFES, anonima e gratuita.

Pazienti molto giovani: se venite contattata/o da ragazze molto giovani per problemi legati ad un possibile disturbo alimentare, spesso non desiderano che i genitori vengano informati. Nessuna comunicazione o scelta terapeutica deve essere effettuata senza che la paziente ne sia a conoscenza, poiché ciò metterebbe a rischio la sua disponibilità a farsi curare.

Pazienti in condizioni cliniche gravi: se si rivolge a voi una paziente con un quadro clinico di malnutrizione grave è necessario informarla del rischio che sta correndo e avviare le pratiche per un ricovero. Quando l'indice di massa corporea presenta un valore inferiore a 14, il rischio clinico è elevato.

C

Alcuni consigli pratici

Le seguenti considerazioni si riferiscono solo a pazienti che presentano una stabilità clinica

- > Soffrire di un DCA significa avere **problemi gravi con la propria immagine corporea**. Di conseguenza si esprime molta reattività a ogni commento sul proprio corpo. È importante **ponderare bene le parole**, per risvegliare la consapevolezza che può motivare a un cambiamento.
- > Frasi come **"lei dovrebbe dimagrire/ingrassare"** o **"lei è troppo magra/grassa"** vengono interpretate come una pesante critica. Meglio usare delle formule come **"il suo peso corporeo è molto al di sotto della norma"**, che risultano neutre e quindi più facilmente accettabili
- > Frasi come **"lei soffre di anoressia"** vengono accettate più facilmente di **"lei è anoressica"**.
- > Le pazienti che soffrono di

- DCA sono spesso **convinte di essere responsabili del loro comportamento**. Credono che dipenda unicamente dalla loro volontà riuscire a indurre un cambiamento e il fatto di non riuscire fa insorgere un senso di **fallimento e vergogna**. Sentire da un medico che **si tratta di una malattia che va curata** come qualsiasi altra patologia può avere un **effetto benefico**.
- > A volte visitare una paziente che soffre di un DCA può risultare difficile, perché il rifiuto del proprio corpo la mette in uno stato di disagio e lo spogliarsi davanti ad altre persone (anche ai propri partner) può suscitare in loro un certo imbarazzo. Dietro ad un DCA ci possono essere **esperienze sessuali traumatiche o violente**. Per questo motivo il medico deve chiedere il **consenso** esplicito della paziente per ogni **esame clinico obiettivo**.
 - > A volte le pazienti hanno bisogno di un po' di tempo per decidere se intraprendere un percorso terapeutico. Date loro il **tempo per riflettere** e invitatele a un prossimo appuntamento.
 - > Se la paziente è molto restia ad

- iniziare una terapia, si possono tentare passi intermedi. Darle **l'opportunità di provarci da sola** entro uno spazio di tempo condiviso assieme, a volte aiuta a **guadagnare fiducia**. Uno di questi passi intermedi potrebbe essere p.es. un leggero aumento di peso o un visibile miglioramento di sintomi. Se ciò non dovesse accadere fatele capire che da sola non ha la forza per iniziare un cambiamento e quindi necessita di aiuto.
- > Se la paziente rifiuta di rivolgersi ad un ambulatorio dedicato per iniziare un percorso terapeutico, un **colloquio all'INFES** può essere una **soluzione intermedia**. Le consulenti sono formate per gestire **colloqui motivazionali** e possono offrire tempo all'ascolto e alla gestione di alcuni incontri di approfondimento. Le **consulenze** sono **anonime e gratuite** e la paziente non deve prendere alcuna decisione tempestiva. Le collaboratrici del centro sono bene informate su possibili terapie in provincia e fuori provincia e questo può aiutare ad orientare la paziente verso la scelta più adeguata.

In sintesi

Il medico di base, il ginecologo o il pediatra, ma anche il dentista, vengono spesso a contatto con pazienti, che presentano sintomi che potrebbero essere causati da un disturbo alimentare. Essi hanno un ruolo importante nella diagnosi e quindi nelle possibilità di cura e guarigione.

- > Il **riconoscimento precoce** aumenta notevolmente le possibilità di guarigione di un DCA.
- > La cura di un DCA necessita di una **stretta collaborazione tra medico, psicoterapeuta e nutrizionista**. Gli ambulatori specialistici garantiscono il lavoro di equipe.
- > Spesso **le pazienti negano il problema**. Con le dovute conoscenze è possibile motivarle ad una **maggiore consapevolezza** e quindi ad una cura, ma ci vogliono pazienza e sensibilità.
- > Per motivare una paziente alle cure è utile prendersi un po' di **tempo per un colloquio** di approfondimento.

- > Se decidete di comunicare la vostra diagnosi ad una paziente restia o che nega il disturbo **parlatele in maniera chiara e diretta**, tenendo presente i sentimenti di vergogna o fallimento che accompagnano tali disturbi.
- > Se la magrezza è eccessiva, con un indice di **massa corporea inferiore** al valore di **14**, la **situazione clinica** richiede **particolare attenzione**, valutando la possibilità di un ricovero. L'eziopatogenesi dei DCA è multifattoriale e la cura deve prevedere collaborazione multidisciplinare. La situazione ideale è che queste figure professionali lavorino in rete e che ci sia una stretta collaborazione tra strutture ambulatoriali e residenziali, in modo da poter offrire alla paziente l'aiuto necessario.



Dove accedere?

Linee Guida di riferimento:

American Psychiatric Association (APA)

Practice Guideline for the Treatment of Patients With Eating Disorders. 2006

National Collaborating Centre for Mental Health (UK)

Eating disorders: Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders. 2004

Istituto Superiore di Sanità

Conferenza di consenso sui Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) negli adolescenti e nei giovani adulti.

A cura di De Virgilio G., Coclite D., Napoletano A., Barbina D., Dalla Ragione L., Spera G., Di Fiandra T. 2013

Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (DGMP) Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin

Diagnostik und Therapie von Essstörungen.

S3Leitlinie 2010



L'eziopatogenesi dei DCA è multifattoriale e la cura deve prevedere una collaborazione multidisciplinare. La situazione ideale è che queste figure professionali lavorino in rete e che ci sia una stretta collaborazione tra strutture ambulatoriali e residenziali, in modo da poter offrire alla paziente l'aiuto necessario.

In Alto Adige questo tipo di terapia è garantito da quattro ambulatori, uno in ogni comprensorio, gestiti da equipe multidisciplinari. A Merano e Bressanone questi ambulatori seguono adulti e bambini, a Bolzano e a Brunico le ragazze minorenni sono seguite dagli ambulatori per la salute psicosociale nell'età infantile ed evolutiva. Per ricoveri urgenti di ragazze minorenni è stato creato il centro di competenza presso il reparto di Pediatria dell'ospedale di Bressanone.

La clinica riabilitativa di Rodengo ha implementato un programma specifico residenziale per la riabilitazione da questi disagi. Il centro per i disturbi alimentari INFES offre consulenze anonime e gratuite anche a parenti o amici, colloqui motivazionali e informazioni sulle possibili terapie. Inoltre è possibile frequentare a pagamento gruppi di training psicosociale, arte terapia o altri corsi che sostengono e stimolano la terapia individuale.

Indirizzi e link utili

Consultori

INFES - Centro per i Disturbi del Comportamento Alimentare

Prime consulenze anonime e gratuite anche a parenti, amici, insegnanti et.al.
via Talvera 4
39100 Bolzano
Consulenze al telefono: Tel. 0471.970039
Consulenze via mail: info@infes.it - www.infes.it

Ambulatori per la cura dei DCA

Ambulatorio per Disturbi Alimentari Bolzano

Collaborazione interdisciplinare tra
> Servizio di dietetica e nutrizione clinica
> Centro di psicosomatica Consis
via Cassa di Risparmio 8
39100 Bolzano
Tel. 0471.970383
info@eatingdis.it

Ambulatorio per Disturbi Alimentari Merano

Collaborazione interdisciplinare tra
> Servizio di dietetica e nutrizione clinica
> Servizio Psicologico
> Consultorio Familiare Lilith
> Consultorio familiare EEBS
> Caritas di Silandro
Ospedale Tappeiner di Merano
via Rossini 1
39012 Merano
Tel. 0473.251250
diet@asbmeran-o.it

Ambulatorio per Disturbi Alimentari Brunico

Collaborazione interdisciplinare tra
> Servizio di dietetica e nutrizione clinica
> Centro di salute mentale
> Ambulatorio specialistico per la salute psicosociale nell'età infantile ed evolutiva
Ospedale di Brunico
via Ospedale 11
39031 Brunico
Tel. 0474.581120
diaet-brunneck@sb-brunneck.it

Ambulatorio per Disturbi Alimentari Bressanone

Collaborazione interdisciplinare tra
> Reparto di medicina 1
> Servizio di dietetica e nutrizione clinica
> Servizio Psicologico
Ospedale di Bressanone
via Dante 51
39042 Bressanone
Tel. 0472.812711
diaetdienst@sb-brixen.it
psychologischerdienst@sb-brixen.it

Ambulatorio specialistico per la salute psicosociale nell'età infantile ed evolutiva

piazza Gries 10
39100 Bolzano
Tel. 0471.446211
ppee@asbz.it

via Herzog Sigmund 1
39031 Brunico
Tel. 0474.370402
verwaltung@eos-jugend.it
www.eos-jugend.it

Strutture per ricoveri

Per minorenni in fase acuta

Reparto di pediatria Ospedale di Bressanone

via Dante 51
39042 Bressanone
Tel. 0472.812670

Centro terapeutico Bad Bachgart

Centro terapeutico per le dipendenze e disturbi psicosomatici
San Paolo 56
39030 Rodengo
Tel. 0472.887611
badbachgart@sb-brixen.it

12

13



INFES

FACHSTELLE FÜR ESSSTÖRUNGEN/
CENTRO PER DISTURBI DEL
COMPORAMENTO ALIMENTARE

via Talvera 4
I - 39100 Bozen
Tel. 0471.970039
info@infes.it
www.infes.it

Ringraziamo per il sostegno:

