

# Lavoro integrato di équipe nel trattamento dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione

Maria Gloria Gleijeses<sup>1,2\*</sup>, Filomena Salerno<sup>1,2\*</sup>, Marco Carotenuto<sup>1,2</sup>, Michele Sabatino<sup>1</sup>, Ludovica Miragliuolo<sup>1</sup>, Francesca Panico<sup>1</sup>, Sara Marcelli<sup>1</sup>, Giulia Muzzo<sup>1</sup>, Maria Esposito<sup>1</sup>, Margherita Siciliano<sup>1,2,3</sup>

<sup>1</sup>Unità Operativa di Neuropsichiatria Infantile; Dipartimento di Salute Mentale e Fisica e Medicina Preventiva, Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli", Caserta;

<sup>2</sup>Società Italiana di Psicologia Pediatrica (SIP.Ped.);

<sup>3</sup>Associazione Anatolia, Curti (CE)

\*Uguale contributo degli autori

## Introduzione

I disturbi della nutrizione e della alimentazione (DNA) sono gravi condizioni psichiatriche di lunga durata e alta morbilità, caratterizzate da disordini significativi nei comportamenti alimentari ed eccessiva preoccupazione per il peso e l'aspetto fisico. Sono patologie complesse e multifattoriali, contraddistinte da gravi complicazioni internistiche, psicologiche e da compromissione del funzionamento psicosociale.

Rispetto alla popolazione generale, gli individui con DNA hanno un rischio elevato di premorienza pari a 5,35 per l'anorexia nervosa (AN) rispetto alla bulimia nervosa (1,49) e al disturbo da alimentazione incontrollata (1,5) [1]. In generale l'esordio clinico più frequente dei DNA è in adolescenza con incidenza di 0,3-1,0% per AN, 0,51-2% per il disturbo bulimico, 1,2-2,4% per i DNA con altra specificazione e 1,2-2,15% per il *binge eating disorder* (BED).

Il presente studio è focalizzato su AN, disordine alimentare caratterizzato dalla ricerca volontaria ed egosintonica dello stato di inedia e malnutrizione, negazione della patologia e spiccata ambivalenza verso il trattamento.

Il DSM-5 [2] identifica per AN i criteri necessari alla diagnosi:

- restrizione nell'assunzione di calorie in relazione alle necessità, che porta a un peso corporeo significativamente basso (ossia un peso inferiore al minimo normale oppure, per bambini e adolescenti, minore di quello previsto) nel contesto di età, sesso, traiettoria di sviluppo e salute fisica;
- intensa paura di aumentare di peso o di diventare grassi, oppure comportamento persistente che interferisce con l'aumento di peso, anche se significativamente basso;
- alterazione del modo in cui viene vissuto dall'individuo il peso o la forma del proprio corpo, eccessiva influenza di questi ultimi sui livelli di autostima, oppure persistente mancanza di riconoscimento della gravità dell'attuale condizione di sottopeso.

Inoltre, è possibile identificare un sottotipo:

- *con restrizioni*: durante gli ultimi 3 mesi, l'individuo non ha presentato ricorrenti episodi di abbuffata o condotte di eli-

minazione (per es. vomito autoindotto, uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclistmi). In questo sottotipo la perdita di peso è ottenuta principalmente attraverso la dieta, il digiuno e/o attività fisica eccessiva;

- *con abbuffate/condotte di eliminazione*: durante gli ultimi 3 mesi, l'individuo ha presentato ricorrenti episodi di abbuffata o condotte di eliminazione (per es. vomito autoindotto, uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclistmi).

Alla luce di quanto precedentemente esposto appare dunque di fondamentale importanza per il clinico l'individuazione, già a partire dalla presa in carico, di alcuni indici clinici, quali le comorbidità psichiatriche, che risultano spesso prognostici, rispetto alla compliance alle cure, al decorso di malattia e all'outcome, e che possono guidarlo nella scelta terapeutica più appropriata per il paziente. In quest'ottica si inserisce un tipo di intervento multiprofessionale che risulta fondamentale per la gestione dei DNA.

Infatti, il lavoro integrato per i DNA è un approccio multidisciplinare che coinvolge diverse figure professionali, tra cui psicologi, neuropsichiatri infantili, pediatri, nutrizionisti, educatori, terapisti della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva, tecnici della riabilitazione psichiatrica e infermieri.

Gli interventi nutrizionali possono essere attuati mediante diverse procedure, impiegate singolarmente o variamente combinate tra loro, sulla base della valutazione multispecialistica integrata (diagnosi, stato nutrizionale, motivazione, comportamento alimentare e condotte disfunzionali quali schemi rigidi, discontrollo, digiuno, vomito, ecc.).

Gli interventi si differenziano per obiettivi, strumenti e metodi, nei diversi setting terapeutici (protocolli ambulatoriali, programmi ospedalieri, residenze riabilitative) e in base allo stato nutrizionale del paziente; si effettuano, in fasi differenti del decorso clinico, con alimentazione naturale, possibile utilizzo di integratori, fino alla nutrizione artificiale, enterale e/o parenterale in regime di ricovero, nei casi di grave malnutrizione e di rischio *quoad vitam*.

## Obiettivi

Lo studio si propone di esplorare tutte le fasi di valutazione e intervento terapeutico secondo un approccio integrato e multifattoriale, con l'utilizzo di scale psicometriche sia self che clinician-report, per esaminare le caratteristiche cliniche e psicopatologiche nei pazienti con AN.

## Metodi

Il campione è costituito da 92 soggetti selezionati tra i soggetti con DNA afferiti presso l'UO di Neuropsichiatria Infantile dell'Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli" negli anni 2015-2022. La diagnosi è stata formulata in accordo ai criteri DSM-5 e per ciascun paziente è stato valutato il percentile dell'indice di massa corporea (BMI), epoca e caratteristiche dello svezzamento, epoca di insorgenza dei sintomi alimentari, sottotipo clinico.

## Procedure

L'inquadramento diagnostico e la presa in carico del paziente e della famiglia possono avvenire in ambulatorio, day hospital (DH) e ricovero ordinario (RO).

La terapia ambulatoriale è di elezione per il livello meno intensivo di cura riservato a soggetti sufficientemente motivati, disponibilità della famiglia a collaborare e condizioni cliniche e psichiche stabili e prevede la strutturazione di una terapia e di un monitoraggio clinico attraverso un sostegno alla motivazione e alla consapevolezza della malattia e la presa in carico psicoterapeutica del paziente e della famiglia (in collaborazione con i servizi territoriali).

Il DH è riservato ai pazienti con significativa perdita di peso, difficoltà nel rispettare il patto alimentare, disponibilità a mo-

**Tabella 1. Confronto variabili categoriali AN vs DNA NAS**

	AN	AN	DNA NAS	DNA NAS	p
Sesso	M: 10	M: 15,1%	M:3	M:11,5%	0,576
	F:56	F:84,9%	F:23	F: 88,5%	
BMI pc	1: 48	1:72,7%	1:5	1:19,2%	0,00007
	2:12	2:18,1%	2:7	2:26,9%	
	3:6	6:9,2%	3:8	3:30,8%	
	4:0	4:0%	4:4	4:15,4%	
	5:0	5:0%	5:2	5:7,7%	
Svezamento	0:56	0:84,9%	0:23	0:88,5%	0,576
	1:10	1:15,1%	1:3	1:11,5%	
Sottotipo	1:58	1:87,9%	1:21	1:80,8%	0,203
	2:8	2:12,10%	2:5	2:19,2%	
SIAB	1:15	1:22,7%	1:2	1:7,7%	0,362
	2:25	2:37,8%	2:14	2:53,8%	
	3:16	3:24,2%	3:7	3:26,9%	
	4:8	4:12,1%	4:2	4:7,7%	
	5:2	5:3,2%	5:1	5:3,9%	

**Tabella 2. Confronto variabili continue AN vs DNA NAS**

	media AN	media DCA	DS AN	DS DCA	p
Età	172,69	171,76	20,47	23,73	0,852
Insorgenza	149,12	149,76	40,11	44,5	0,946
BMI	15,65	17,99	1,92	2,49	0,0005
QI	96,33	94,07	14,79	15,2	0,515

dificare alcuni comportamenti e/o a effettuare colloqui, necessità di un approfondimento psicodiagnostico e dello stato nutrizionale.

La presa in carico in RO accoglie pazienti con perdita ponderale importante (25-30% del peso ideale), BMI ≤ 15, bradicardia e/o versamento pericardico e/o alterazioni elettrolitiche, manifestazioni psicopatologiche gravi (es. multimpulsività, comportamenti autolesivi e rischio suicidario), elevata conflittualità familiare, assente compliance al percorso terapeutico.

Il campione in regime di DH e RO è stato sottoposto a una valutazione psicodiagnostica, scale di valutazione specifiche per i DNA, per il rilevamento del disagio relativo all'immagine corporea e per la valutazione cognitiva.

Al termine del protocollo i pazienti arruolati sono stati divisi in due sottogruppi: in base alla diagnosi AN/DNA con altra specificazione e in base al sottotipo diagnostico restrittivo/binge-purging.

**Analisi statistica**

Le differenze sono state valutate usando il test χ<sup>2</sup> o il test di Fisher per le variabili categoriche e l'ANOVA per le variabili continue.

Per tutti i test è stato ritenuto statisticamente significativo un valore di p ≤ 0,05.

L'analisi statistica è stata effettuata utilizzando il programma SPSS versione 20.

**Risultati**

Il gruppo selezionato a T0 risulta composto da 92 pazienti (79 F, 13 M) di età compresa tra 132 e 214 mesi, con età media di 172,43 mesi ± 21,3. Il 71,7% del campione è affetto da AN; il 28,3% da DNA con altra specificazione; l'85,9% appartiene al sottotipo restrittivo, mentre il 14,1% presenta abbuffate/condotte di eliminazione. L'epoca media di divezzamento corrisponde a 5,1 mesi ± 1,1 con l'85,9% dei pazienti che non ha presentato difficoltà e il 14,1% con riferita difficoltà di adattamento ai cibi semisolidi, all'uso del cucchiaino, all'introduzione di nuovi alimenti.

L'età media di insorgenza del disturbo alimentare nel campione in esame è di 149,3 mesi ± 41,1 e il valore medio di BMI all'ingresso risulta di 16,3 [Tabella 1].

L'osservazione dei valori medi risultati alla somministrazione dei reattivi psicometrici mette in luce l'elevata incidenza di altri tratti psicopatologici nei pazienti con disturbi del comportamento alimentare.

In particolare, oltre a valori patologici nelle scale specifiche per i disturbi alimentari (EAT-26, BUT), il valore medio raggiunto alle scale che esplorano la presenza di ossessioni/compulsioni, pensieri paranoidei e ansia sociale nel campione totale esaminato appare notevolmente elevato rispetto al cut-off. È stato quindi effettuato un confronto tra i due gruppi diagnostici considerati (AN e DNA con altra specificazione) [Tabella 2].

L'analisi descrittiva delle caratteristiche generali del campione all'interno dei sottogruppi (AN vs DNA NAS) non mostra differenze statisticamente significative, se non per una differenza in termini di BMI e BMI pc, concordemente con la differente diagnosi clinica [Tabella 2].

Il confronto dei valori medi risultati ai reattivi psicometrici nei sottogruppi analizzati (AN vs DCA NAS) per mezzo dell'analisi della varianza (ANOVA) non evidenzia differenze statisticamente significative, a riprova dell'importante comorbidità psicopatologica nei pazienti con disturbi alimentari, che pertanto non si limita a uno specifico gruppo diagnostico [Tabella 2].

In un secondo step dello studio è stato effettuato un Follow Up, con un tempo medio di 18 mesi rispetto alla prima valutazione, in cui sono state somministrate le medesime scale psicometriche utilizzate a tempo T0.

Il campione esaminato a tempo T1 risulta composto da 20 pazienti (18 F) di età compresa tra 152 e 228 mesi, con età media di 192,61 mesi (DS 18,4). Il BMI medio del campione esaminato a T0 risulta pari a 16,79 (DS 2,83), mentre il valore medio di BMI a tempo T1 risulta essere pari a 20,69 (DS 3,59).

Al confronto tra il BMI a tempo T0 e tempo T1 si evidenzia naturalmente una differenza statisticamente significativa (p=0,0009),

Tabella 3. Confronto caratteristiche cliniche tra i due sottogruppi

	Media gruppo 1	Media gruppo 2	DS gruppo 1	DS gruppo 2	p
Età	187,2	193,917	9,203	20,854	0,456
Insorgenza	142	152,083	24,423	17,858	0,346
BMI T1	20,82	20,68	3,971	3,838	0,949
BMI T0	16,77	16,80	3,60	2,66	0,983

indicativa dell'evoluzione migliorativa in termini di peso corporeo nell'intero gruppo, testimoniata anche dalla ripresa del ciclo mestruale in 9/18 pazienti. Pertanto, con un follow up a breve-medio termine si osserva un evidente miglioramento degli outcome primari considerati nei DNA.

È stato quindi effettuato un confronto dei risultati emersi ai test psicometrici effettuati a tempo T0 e a tempo T1, per valutare l'evoluzione della sintomatologia correlata al disturbo alimentare in termini di comportamenti alimentari patologici e disagio rispetto all'immagine corporea, e delle comorbidità psichiatriche espresse in termini dimensionali tramite i risultati delle scale autosomministrate utilizzate.

Dall'analisi dei dati si evidenzia quindi una riduzione statisticamente significativa dei valori medi ottenuti nella scala che valuta i comportamenti alimentari patologici e l'atteggiamento verso il cibo.

Si nota inoltre una riduzione dei valori medi ottenuti nelle scale che indagano il disagio rispetto all'immagine corporea, i sintomi ossessivi e la paranoia. Tuttavia, i valori medi ottenuti in suddette scale risultano comunque positivi e la riduzione non risulta statisticamente significativa.

Infine, si nota un incremento dei valori medi ottenuti nel reattivo che esplora l'ansia sociale, a testimonianza di quanto tale sintomatologia sia ricorrente e molto influente nei pazienti con disturbi del comportamento alimentare.

Le caratteristiche cliniche in termini di età, epoca di insorgenza e BMI al baseline e al follow up dei due gruppi sono riportate in **Tabella 3**.

Rispetto a tali caratteristiche non si notano pertanto differenze significative tra i due gruppi analizzati.

### Discussione

Dall'analisi dei dati, in accordo con quanto riscontrato in letteratura, questo studio rileva un'alta incidenza di disturbi del comportamento alimentare soprattutto in soggetti di sesso femminile (88,1%) in questo gruppo, per fascia di età e categoria diagnostica.

Rispetto alla diagnosi, nel nostro campione, la maggioranza dei soggetti è affetta da anoressia nervosa e il sottotipo diagnostico più osservato è il restrittivo, con un BMI inferiore al 5° pc nella maggior parte dei pazienti esaminati.

Lo studio si è posto innanzitutto l'obiettivo di promuovere consapevolezza di malattia e motivazione al cambiamento, aiutare le pazienti a riconoscere e elaborare deficit nei processi evolutivi di differenziazione (analisi delle relazioni familiari), aiutare le pazienti a comprendere la valenza pseudo-riparativa dei sintomi alimentari e considerare i bisogni, le carenze, i vissuti e i conflitti emotivi, che sono alla base del disturbo per individuare obiettivi terapeutici a lungo termine.

Si è proceduto inoltre a esplorare eventuali differenze psichiatriche tra pazienti con AN e DCA con altra specificazione ma non sono emerse differenze statisticamente significative tra i due gruppi presi in esame, probabilmente limitate dalla numerosità campionaria del secondo sottotipo.

Dall'analisi dei dati longitudinali, seppure con i limiti di un campione ristretto (20 pazienti) e di un follow up a breve termine (circa 18 mesi) si registra un miglioramento degli aspetti clinici organici dei disturbi alimentari (BMI e ciclo mestruale) e un miglioramento dell'aspetto psicopatologico correlato

all'alimentazione valutato al reattivo psicometrico che indaga i sintomi tipici dei disturbi alimentari, mentre si mantiene problematica l'area relativa alla preoccupazione rispetto alla propria immagine corporea. Al follow up si evidenzia inoltre una tendenza a perdurare nel tempo dei tratti psicopatologici indagati, che si esprimono soprattutto sottoforma di importanti difficoltà nelle relazioni sociali, con peggioramento dell'ansia sociale.

Rispetto all'outcome globale si evidenzia infatti che nel gruppo di pazienti con evoluzione peggiore risultano maggiormente compromessi i tratti psicopatologici considerati in comorbidità con il disturbo alimentare piuttosto che le variabili cliniche della sintomatologia alimentare (epoca di insorgenza, BMI, ciclo, sintomi alimentari) [3].

### Conclusioni

I risultati di questo studio confermano l'elevata incidenza di disturbi psichiatrici associati all'anoressia nervosa e ai disturbi della nutrizione e dell'alimentazione con altra specificazione.

La gravità psicopatologica tende a persistere nel tempo incidendo sull'outcome globale ed esprimendosi con una sintomatologia internalizzante, soprattutto sottoforma di importanti difficoltà nelle relazioni sociali e di sintomi ansioso-depressivi e ossessivi.

Si sottolinea tuttavia che tali dati risultano preliminari e limitati dall'esiguità del campione clinico analizzato al follow up. Pertanto, le prospettive per il futuro sono quelle di validare tale disegno di studio su un campione più ampio, in cui poter considerare inoltre altri fattori quali il livello di cura raggiunto, eventuali ospedalizzazioni, la durata del ricovero, la terapia intrapresa ed eventualmente la possibilità di un follow up a lungo termine.

Tutti questi risultati confermano l'ipotesi di quanto sia fondamentale un approccio multiprofessionale e multidimensionale nella gestione dei disturbi alimentari. ■

### Bibliografia

1. Fichter MM, Quadflieg N, Crosby RD, Koch S. Long-term outcome of anorexia nervosa: Results from a large clinical longitudinal study. *Int J Eat Disord.* 2017 Sep;50(9):1018-1030.
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders.* 2013.
3. Perry TR, Lusich R, Billman Miller MG, et al. Comparing changes in eating disorder psychopathology and comorbid symptoms over treatment in anorexia nervosa and atypical anorexia nervosa in a partial hospitalization program. *Int J Eat Disord.* 2024 Apr 24