



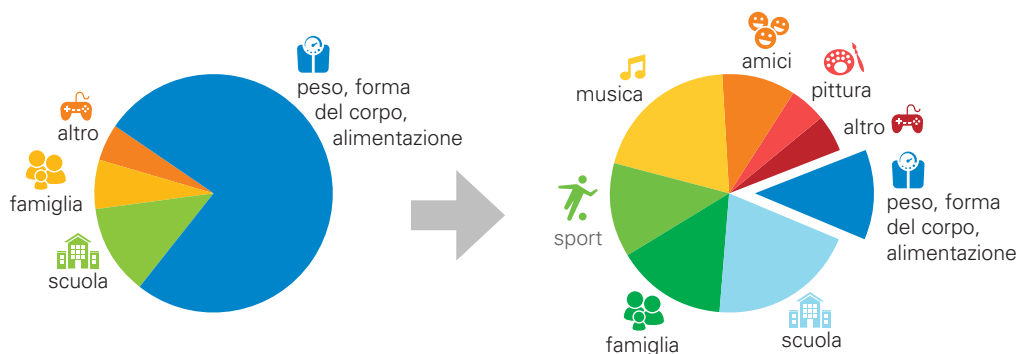
CASA DI CURA
Villa Garda

Unità Funzionale di Riabilitazione Nutrizionale
Responsabile dr. Riccardo Dalle Grave



Il trattamento dei disturbi dell'alimentazione di Villa Garda

Informazioni per i pazienti e i familiari



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

Questo manuale è protetto da copyright © Positive Press, gennaio 2022

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

Illustrazioni di Freepik www.flaticon.com



Introduzione

L'opuscolo descrive il trattamento di riabilitazione intensiva ospedaliera e in day-hospital per i disturbi dell'alimentazione applicato presso la Casa di Cura Villa Garda. Il trattamento si basa sulla teoria e terapia cognitivo comportamentale sviluppata dalla nostra équipe in collaborazione con il Centro per la Ricerca sui Disturbi dell'Alimentazione dell'Università di Oxford (CREDO), la cui efficacia è stata dimostrata da rigorosi studi scientifici.

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

Buona lettura!

Dr. Riccardo Dalle Grave

Responsabile dell'Unità Funzionale
di Riabilitazione Nutrizionale
della Casa di Cura Villa Garda

La Casa di Cura Villa Garda

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

Il reparto per la cura dei disturbi dell'alimentazione accoglie 32 pazienti (16 ricoverati e 16 in day-hospital), ed è composto da stanze a uno, due, tre e quattro letti, arredate in modo non ospedaliero, tipo "college" (Figura 2). L'atmosfera del reparto non è medica. Le camere sono arredate con mobili casalinghi e i pazienti possono personalizzare gli spazi con poster, oggetti personali e foto. Tutte le stanze sono fornite di bagno privato, armadi e scrivanie. Gli adolescenti alloggiano in stanze separate dagli adulti.

Sullo stesso piano si trova la sala da pranzo, la sala per le attività ricreative, l'internet point, il salotto con TV digitale e la medicheria. Il programma prevede l'utilizzo anche di altre aree della Casa di

Cura come, per esempio, la sala riunioni, la palestra e la sala per la terapia di gruppo.

Il reparto di Villa Garda è "aperto" e non "chiuso" come le tradizionali unità ospedaliere per i disturbi dell'alimentazione. I pazienti in condizioni mediche stabili possono avere permessi di uscita giornalieri (con l'autorizzazione dei genitori e accompagnati da un adulto se sono minorenni). Durante il day-hospital i pazienti passano periodi sempre più lunghi fuori dalla Casa di Cura per affrontare i fattori ambientali di mantenimento del disturbo dell'alimentazione con il supporto di un trattamento intensivo.

Un reparto aperto ha il vantaggio di esporre i pazienti agli stimoli ambientali durante il ricovero (fatto che sembra ridurre il tasso di ricaduta post-ricovero) e di limitare lo sviluppo della dipendenza dalla struttura, problemi spesso osservati nei tradizionali reparti chiusi.



FIGURA 1 La Casa di Cura Villa Garda



FIGURA 2 Una stanza del reparto

Il trattamento di Villa Garda

Indicazioni

Il trattamento di Villa Garda è indicato per persone affette da disturbi dell'alimentazione con più di 13 anni che non hanno risposto a una terapia ambulatoriale ben condotta o che non possono essere gestiti in modo sicuro con un trattamento ambulatoriale.

Il trattamento non è indicato per le persone che usano sostanze stupefacenti o che hanno disturbi mentali che impediscono di affrontare il trattamento.

La teoria su cui si basa il trattamento

Spiegare perché una persona continui a cercare di controllare l'alimentazione e perdere peso, nonostante gli effetti negativi sulla salute fisica, sul benessere psicologico e sulle relazioni interpersonali, è un tema ampiamente dibattuto, che ha portato a due spiegazioni molto diverse tra loro: il modello di malattia e il modello psicologico (vedi Tabella 1).

Modello di malattia

Il modello di malattia spiega le varie espressioni del disturbo dell'alimentazione, come la dieta, la paura di ingrassare e il mancato riconoscimento della gravità dell'attuale basso peso corporeo (se presente) come sintomi di una specifica malattia (per es.

anoressia nervosa o bulimia nervosa o altri disturbi dell'alimentazione).

Il modello di malattia separa il disturbo dell'alimentazione dalla persona (*esternalizzazione*), affermando che la persona ha una malattia. I trattamenti che si basano sul modello di malattia adottano un approccio prescrittivo (a volte coercitivo) chiedendo ai "pazienti" di non fidarsi dei loro pensieri sul peso, sulla forma del corpo e sul controllo dell'alimentazione perché sono sintomi della loro malattia, e di seguire le prescrizioni dei terapeuti. In altre parole, al paziente viene chiesto di assumere un ruolo passivo nel trattamento.

Modello psicologico

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

	Modello di malattia	Modello psicologico (di Villa Garda)
Concettualizzazione del disturbo dell'alimentazione	Separa il disturbo dell'alimentazione dal paziente (esternalizzazione)	Non separa il disturbo dell'alimentazione dal paziente
Coinvolgimento del paziente	Non è coinvolto attivamente nella decisione di cambiare e nel trattamento	È coinvolto attivamente nella decisione di cambiare e nel trattamento
Terapeuti	Prescrittori	Collaboratori - aiutanti
Coinvolgimento dei familiari	Vitale (controllori)	Utile (aiutanti)

TABELLA 1 Principali differenze tra il modello di malattia e il modello psicologico



FIGURA 3 Rappresentazione grafica dello schema di autovalutazione di una persona con disturbo dell'alimentazione e di una senza disturbo dell'alimentazione

Gli spicchi del grafico a torta rappresentano i domini di autovalutazione del paziente. La dimensione degli spicchi del grafico a torta illustra l'importanza attribuita dal paziente a ogni dominio di autovalutazione.

Il sistema di autovalutazione basato prevalentemente sul peso, sulla forma del corpo e sul controllo dell'alimentazione spiega perché la persona provi un forte senso di realizzazione quando riesce a controllare l'alimentazione e a perdere peso. Inoltre, permette di non adottare il modello di malattia per spiegare perché la persona ha difficoltà a considerare i comportamenti estremi di controllo del peso e il basso peso come un problema, nonostante i gravi danni che essi comportano.

La persona può però essere aiutata a capire attraverso l'intervento psicologico che il suo sistema di autovalutazione, oltre ad essere associato a numerosi danni fisici e psicosociali, non permette di raggiungere una stabile e buona valutazione di sé. Una volta raggiunta questa conclusione la persona può decidere di trovare altre soluzioni più funzionali impegnandosi attivamente nel trattamento. In altre parole, alla persona viene chiesto di assumere un ruolo attivo sia nella decisione di cambiare sia nel trattamento.

L'eccessiva valutazione del peso, della forma del corpo e del controllo dell'alimentazione è di primaria importanza nel mantenimento dei disturbi dell'alimentazione: la maggior parte delle altre caratteristiche cliniche deriva, infatti, direttamente o indirettamente da essa. Per esempio, i comportamenti di controllo del peso estremi (dieta ferrea, esercizio fisico eccessivo, vomito autoindotto, uso improprio di lassativi o di diuretici) e il raggiungimento e il mantenimento del sottopeso e dei sintomi da malnutrizione (Tabella 2), si possono facilmente verificare se una persona crede che il controllo dell'alimentazione, del peso e della forma del corpo siano di estrema importanza per giudicare il suo valore.

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

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

Il modello psicologico propone che in un sottogruppo di persone con disturbo dell'alimentazione siano presenti uno o più dei seguenti fattori di mantenimento aggiuntivi o non specifici (perché sono presenti anche in altre problematiche psicologiche):

1. Perfezionismo clinico
2. Bassa autostima nucleare
3. Difficoltà interpersonali marcate
4. Intolleranza alle emozioni.

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

Effetti comportamentali	<ul style="list-style-type: none"> • Rituali alimentari (mangiare molto lentamente, tagliare il cibo in piccoli pezzi, mescolare il cibo in modo bizzarro, ingerire cibo bollente) • Lettura di libri di cucina e collezione di ricette • Incremento del consumo di caffè, tè, spezie, gomme da masticare e acqua • Onicofagia (mangiare le unghie) • Incremento del fumo di sigarette • Episodi di abbuffata • Incremento dell'esercizio fisico per evitare la riduzione del contenuto calorico della dieta • Autolesionismo
Effetti psicologici	<ul style="list-style-type: none"> • Danneggiamento della capacità di concentrazione • Scarsa capacità di giudizio critico • Preoccupazione per l'alimentazione • Depressione • Sbalzi del tono dell'umore • Irritabilità • Rabbia • Ansia • Apatia • Rigidità • Indecisione • Procrastinazione
Effetti sociali	<ul style="list-style-type: none"> • Isolamento sociale • Riduzione del desiderio sessuale
Modificazioni fisiche	<ul style="list-style-type: none"> • Perdita del ciclo mestruale • Disturbi del sonno • Vertigini • Debolezza • Dolori addominale • Disturbi gastrointestinali • Cefalea • Ipersensibilità al rumore e alla luce • Edema • Ipotermia • Riduzione della frequenza cardiaca e respiratoria • Parestesie • Aumento della fame • Precoce senso di pienezza

TABELLA 2 I principali sintomi da malnutrizione per difetto

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

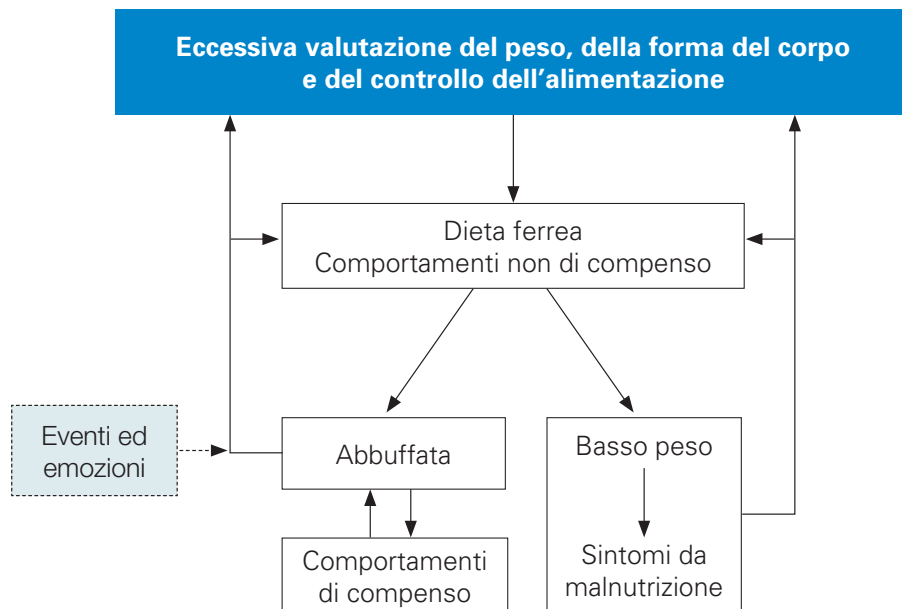


FIGURA 4 Formulazione dei principali meccanismi di mantenimento specifici dei disturbi dell'alimentazione

Adattata da <https://www.cbte.co/for-professionals/cbt-e-resources-and-handouts/>

La terapia cognitivo comportamentale migliorata (CBT-E) di Villa Garda

Dalla teoria psicologica descritta sopra è stato sviluppato un nuovo trattamento chiamato "CBT-E", che è l'abbreviazione di terapia cognitivo comportamentale migliorata (*Enhanced* in inglese).

La CBT-E è un trattamento ideato per tutte le forme dei disturbi dell'alimentazione, cioè l'anoressia nervosa, la bulimia nervosa, il disturbo da binge-eating e gli altri stati simili.

La CBT-E è stata inizialmente sviluppata dal centro CREDO dell'Università di Oxford (UK), come trattamento ambulatoriale per gli adulti con disturbi dell'alimentazione, ma poi è stata adattata dall'équipe di Villa Garda, in collaborazione con il gruppo di Oxford, anche per gli adolescenti e per le forme più intensive di cura, come il day-hospital e la riabilitazione ospedaliera.

Solo dopo la condivisione dei problemi da affrontare si pianificano con il paziente, le procedure per affrontare le varie espressioni del disturbo dell'alimentazione, chiedendogli di applicarle con il massimo impegno. Se il paziente non raggiunge la conclusione che ha un problema da affrontare il trattamento non inizia o viene interrotto, ma questo accade raramente.

Il trattamento adotta una varietà di procedure psicologiche, ma favorisce l'uso di cambiamenti strategici nel comportamento per ottenere la riduzione delle preoccupazioni per il peso, la forma del corpo e l'alimentazione. Nelle fasi più avanzate del trattamento, quando queste preoccupazioni si sono ridotte e sono intermittenti, il paziente è aiutato a riconoscere i primi segnali di attivazione dello stato mentale del disturbo dell'alimentazione e a decentrarsi rapidamente da esso evitando così la ricaduta.

L'obiettivo principale del trattamento

L'obiettivo principale della CBT-E è aiutare il paziente a sviluppare uno schema di autovalutazione di sé più articolato e non dipendente in modo predominante o esclusivo dal peso, dalla forma del corpo e dal controllo dell'alimentazione (Figura 6).

Le caratteristiche del trattamento

La CBT-E è un **trattamento personalizzato** e **non adotta mai procedure coercitive e prescrittive**.

Il paziente è aiutato a comprendere la funzione psicologica dell'eccessiva valutazione del peso, della forma del corpo e del controllo dell'alimentazione, i danni che comporta, e a costruire in modo collaborativo la Formulazione Personalizzata (un grafico simile alla Figura 4) dei principali processi di mantenimento del suo disturbo dell'alimentazione, che diverranno il bersaglio del trattamento.

I FATTORI DI MANTENIMENTO AGGIUNTIVI SE PRESENTI, POSSONO PERPETUARE IL DISTURBO DELL'ALIMENTAZIONE

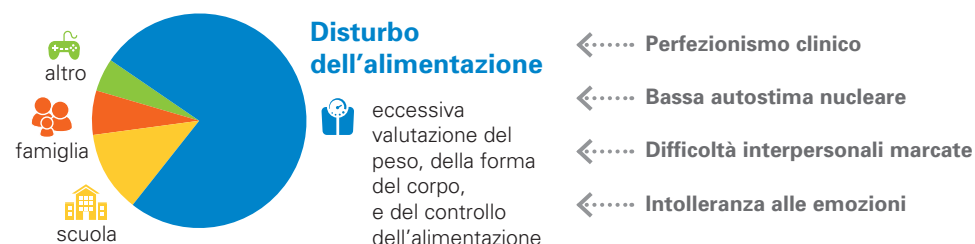


FIGURA 5 Fattori di mantenimento aggiuntivi presenti in un sottogruppo di persone con disturbo dell'alimentazione

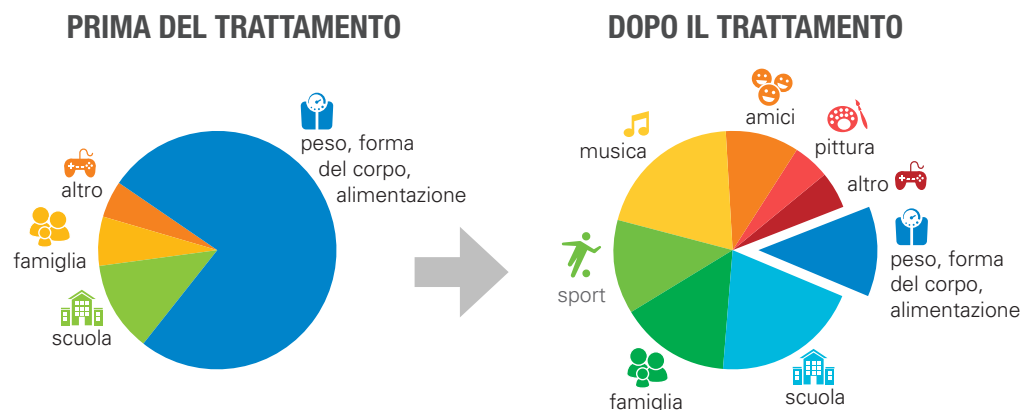


FIGURA 6 Obiettivo principale della CBT-E

I quattro obiettivi generali del trattamento

1. Ingaggiare il paziente e coinvolgerlo attivamente nel processo di cambiamento
2. Rimuovere gradualmente le espressioni principali del disturbo dell'alimentazione e cioè il modo disturbato di mangiare (e il basso peso, se presente), i comportamenti estremi di controllo del peso e le preoccupazioni per il peso, la forma del corpo e l'alimentazione
3. Correggere i processi che mantengono il disturbo dell'alimentazione
4. Assicurarsi che i cambiamenti siano duraturi.

Équipe multidisciplinare

Il trattamento è condotto da un'équipe multidisciplinare specializzata nella CBT-E per i disturbi dell'alimentazione.

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

Tutti i membri dell'équipe hanno ricevuto una formazione approfondita sulla teoria cognitivo comportamentale e sulla CBT-E. I medici e gli psicologi hanno anche effettuato il web-training sulla CBT-E sviluppato dal centro CREDO dell'Università di Oxford e hanno conseguito l'Advanced Certificate nella CBT per i disturbi dell'alimentazione.

La caratteristica distintiva dell'équipe di Villa Garda è che i terapeuti utilizzano gli stessi concetti e la medesima terminologia e adottano strategie e procedure mutuamente compatibili (**approccio multidisciplinare non eclettico**).

Ruolo del paziente

Affrontare il disturbo dell'alimentazione è molto impegnativo, ma ne vale sempre la pena!

È necessario che il paziente svolga un ruolo attivo durante e fuori dalle sedute di terapia

Nel trattamento di Villa Garda è necessario che il paziente svolga un ruolo attivo durante e fuori dalle sedute per affrontare il cambiamento. Il trattamento ha, infatti, poche, o nessuna, probabilità di successo se il paziente non è coinvolto attivamente.

Il paziente è incoraggiato a considerare il trattamento come una priorità

Al paziente è consigliato di spostare gli sforzi dal controllo dell'alimentazione verso il trattamento. In altre parole, il paziente è incoraggiato a considerare il trattamento come una priorità e a mettere lo stesso impegno che dedica al controllo del peso, della forma del corpo e dell'alimentazione nel cercare di cambiare.

Il trattamento deve essere visto come un'opportunità speciale

Il trattamento dovrebbe essere visto come un'opportunità speciale per affrontare il disturbo dell'alimentazione e per iniziare una vita nuova e più soddisfacente.

Come ogni cambiamento ci sono dei rischi, ma i vantaggi che si possono ottenere sono enormi ed includono:

- Pensare più liberamente, senza essere continuamente oppressi dai pensieri sull'alimentazione, sul peso e sulla forma del corpo
- Sviluppare una prospettiva mentale più allargata
- Diventare più felici, meno irritabili e rigidi
- Riuscire a formarsi una famiglia
- Raggiungere condizioni di salute migliori.

Ogni appuntamento deve iniziare e finire con puntualità

È di fondamentale importanza che ogni appuntamento inizi e finisca con puntualità ed è una buona idea anche arrivare un po' in anticipo (circa 10, 15 minuti prima) a ogni seduta. Ciò darà l'opportunità di mettersi a proprio agio, rilassarsi e preparare le cose da discutere nella seduta.

Le prime quattro settimane sono le più importanti per costruire lo "slancio"

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

cio”, grazie al quale si può lavorare ogni giorno per interrompere il disturbo dell'alimentazione.

Fondamentale è il lavoro di squadra tra paziente e terapeuta

È fondamentale che il paziente lavori insieme ai terapeuti, proprio come una squadra, per affrontare il disturbo dell'alimentazione. Insieme si accorderanno di volta in volta su specifici compiti (o “passi”), che il paziente dovrà impegnarsi di svolgere tra una seduta e l'altra. I compiti sono fondamentali e ad essi va data l'assoluta priorità. È proprio ciò che il paziente farà tra un incontro e l'altro che determinerà i benefici o i limiti del trattamento.

Il manuale del trattamento

All'inizio del trattamento è consegnato al paziente il manuale “Il trattamento dei disturbi dell'alimentazione di Villa Garda. La guida per i pazienti” (Figura 7).

Il manuale nella Parte Uno riporta informazioni sui disturbi dell'alimentazione e

sulla CBT-E, mentre nella Parte Due mette a disposizione del paziente la guida per eseguire il trattamento.

Il manuale va portato a ogni seduta e, quando il terapeuta fornisce informazioni sul disturbo dell'alimentazione e sulle procedure del trattamento, al paziente è suggerito di leggere la sezione del manuale che descrive gli elementi educativi affrontati in seduta. La lettura delle procedure terapeutiche al di fuori della seduta, e avere a portata di mano la loro descrizione, aiuta il paziente a utilizzarle nel modo più appropriato.

Organizzazione generale del trattamento

Il trattamento si svolge in **tre passi** che includono una sequenza individualizzata e flessibile di strategie e procedure per interrompere i principali meccanismi di mantenimento del disturbo dell'alimentazione che operano nel singolo paziente.

- Passo Uno – Preparazione
- Passo Due – Trattamento residenziale
- Passo Tre – Trattamento ambulatoriale.



IL TRATTAMENTO DEI DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE DI VILLA GARDA. LA GUIDA PER I PAZIENTI

Riccardo Dalle Grave



Il manuale **va portato a ogni seduta**



È suggerito di leggere la sezione del manuale **affrontata in seduta**



Al di fuori della seduta, è consigliato di **averlo a portata di mano**

FIGURA 7 Il manuale del trattamento di Villa Garda per il paziente



Passo Uno Preparazione

- Comprendere i meccanismi di mantenimento psicologici
- Decidere di cambiare e di svolgere un ruolo attivo nel trattamento

La preparazione è un momento fondamentale che precede l'inizio del trattamento residenziale. Al programma di Villa Garda sono infatti ammessi solo i pazienti che decidono “volontariamente” di farsi ricoverare e che sono disponibili a considerare il programma come una priorità e a svolgere un ruolo attivo nel trattamento.

Per raggiungere questo stato è fondamentale che il paziente prima di affrontare il trattamento residenziale (Passo Due):

1. **Comprenda i meccanismi di mantenimento psicologici del suo disturbo dell'alimentazione**
2. **Concordi con gli obiettivi del trattamento.**

Dal momento che il processo del recupero di peso inizierà fin dal primo giorno del trattamento residenziale, è anche fondamentale che (se indicato) il paziente abbia raggiunto la decisione di volerlo affrontare prima di essere ricoverato. Infatti, l'obiettivo del trattamento di Villa Garda è che sia il paziente a decidere di recuperare il peso piuttosto che questa decisione sia imposta dai terapeuti.

Nella maggior parte dei casi, dopo una prima visita con il medico, che valuta l'indi-

cazione e appropriatezza per un eventuale ricovero o day-hospital, si dedicano almeno quattro sedute alla preparazione al trattamento di Villa Garda, ma a volte sono necessari più incontri affinché il paziente arrivi a decidere di affrontarlo e di svolgere un ruolo attivo nel processo di cambiamento.

Le sedute di preparazione sono indicate anche per i pazienti che non necessitano di recuperare peso perché per superare il disturbo dell'alimentazione (per es. interrompere gli episodi di abbuffata) è necessario essere disponibili ad affrontare i meccanismi che la mantengono (per es. la dieta ferrea).

Quando il paziente arriva alla conclusione che il trattamento di Villa Garda rappresenti una buona opportunità per cambiare, è inserito in una lista d'attesa. Al contrario, se il paziente non raggiunge la conclusione di affrontare il cambiamento in questa fase di preparazione vanno valutate altre forme di cura che non richiedano il suo coinvolgimento attivo.

Una settimana circa prima del ricovero, fissato sempre il lunedì, è prevista un'altra seduta con il medico di reparto che ha lo scopo di rivedere in dettaglio con il paziente le strategie e le procedure del trattamento e di rivalutare e confermare la sua motivazione al cambiamento.



Passo Due

Trattamento residenziale

- Affrontare le caratteristiche e i fattori di mantenimento del disturbo dell'alimentazione

Durata e forme

Il trattamento residenziale di Villa Garda può essere somministrato in due forme:

1. ricovero + day-hospital
2. day-hospital.

L'organizzazione e le procedure adottate nelle due forme di trattamento sono identiche con l'eccezione che i pazienti in day-hospital non dormono in Casa di Cura.

Il trattamento ricovero + day-hospital ha una durata massima di 20 settimane (13 di ricovero e 7 di day-hospital).

Il trattamento solo in day-hospital ha una durata massima di 13 settimane ed è riservato ai pazienti che hanno condizioni mediche stabili e sono in grado di gestirsi da soli al di fuori della Casa di Cura. I pazienti con meno di 18 anni per l'intero periodo di day-hospital, se non vivono nella loro casa di famiglia, devono alloggiare in camere private o appartamenti con almeno un genitore o un parente designato dai genitori.

I moduli e le due forme del trattamento

Il trattamento di Villa Garda è personalizzato per affrontare in modo flessibile le problematiche psicologiche e i meccanismi di mantenimento presenti nel paziente, con l'uso strategico di moduli specifici.

I moduli della **forma focalizzata** del trattamento, che affronta i fattori di mantenimento specifici del disturbo dell'alimentazione, sono i seguenti:

- Modulo Basso Peso e Restrizione Dietetica Calorica
- Modulo Esercizio Fisico Eccessivo
- Modulo Comportamenti Purgativi
- Modulo Episodi di Abbuffata
- Modulo Immagine Corporea
- Modulo Restrizione Dietetica Cognitiva
- Modulo Eventi, Emozioni e Alimentazione
- Modulo Passi indietro e Stati Mentali
- Modulo Preparazione del Ritorno a Casa.

I moduli della **forma allargata** del trattamento, che affronta i fattori di mantenimento aggiunti non specifici del disturbo dell'alimentazione, sono i seguenti:

- Modulo Perfezionismo Clinico
- Modulo Bassa Autostima Nucleare
- Modulo Difficoltà Interpersonali Marcate
- Modulo Intolleranza alle Emozioni.

La forma focalizzata è adatta alla maggior parte dei pazienti, mentre quella allargata è riservata solo ai pazienti in cui il meccanismo di mantenimento aggiuntivo è pronunciato, sembra mantenere il disturbo dell'alimentazione e interferisce con la risposta al trattamento.

La decisione di somministrare la forma allargata è presa in una delle sedute di psicoterapia individuale effettuate dopo 4 settimane di trattamento.

Procedure principali

Le principali procedure del trattamento di Villa Garda sono riportate nella Tabella 3.

Accoglienza

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

Valutazione diagnostica

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

- Accoglienza
- Valutazione diagnostica
- Formulazione Personalizzata
- Monitoraggio in tempo reale
- Misurazione collaborativa del peso
- Valutazione dell'andamento del trattamento
- Alimentazione assistita
- Alimentazione non assistita
- Tavola Rotonda
- Sedute individuali con psicologo
- Sedute di gruppo
- Sedute di attività fisica
- Coinvolgimento degli altri significativi
- Gestione delle complicità fisiche e delle malattie internistiche
- Gestione dei disturbi mentali coesistenti
- Gestione delle difficoltà quotidiane e delle crisi
- Scuola in ospedale

TABELLA 3 Le principali procedure del trattamento di Villa Garda

- Visita medica e anamnesi
- Valutazione psichiatrica eseguita dal medico psichiatra di riferimento
- Esami bioumorali e strumentali per valutare le complicità mediche dei disturbi dell'alimentazione
- Valutazione del peso e dell'altezza per il calcolo dell'Indice di Massa Corporea (IMC)
- Intervista "Eating Disorder Examination (EDE)" con uno psicologo per la valutazione delle principali caratteristiche cliniche del disturbo dell'alimentazione

- Questionari per valutare i problemi psicologici e interpersonali spesso associati ai disturbi dell'alimentazione.

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

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

Formulazione Personalizzata

Il paziente costruisce in modo collaborativo con lo psicologo, nelle sedute individuali la Formulazione Personalizzata, rappresentata da un diagramma (simile alla Figura 4) che mostra i principali processi che sembrano mantenere il suo disturbo dell'alimentazione.

La Formulazione Personalizzata ha tre scopi principali:

1. Aiuta il paziente a distanziarsi dal suo problema (a fare un passo indietro ed esaminare il suo disturbo dell'alimentazione)
2. Coinvolge attivamente il paziente e aumenta la comprensione del suo disturbo dell'alimentazione aiutandolo a capire che è intrappolato in una serie di meccanismi interattivi di mantenimento
3. Identifica gli obiettivi del trattamento (è la carta stradale del trattamento), evi-

denziando le caratteristiche del disturbo dell'alimentazione e i processi che le mantengono.

La Formulazione Personalizzata è utilizzata dal paziente e da tutti i membri dell'équipe per identificare le espressioni cliniche e i processi di mantenimento del disturbo dell'alimentazione da affrontare ed è aggiornata periodicamente nel corso del trattamento.

Monitoraggio in tempo reale

È una delle procedure fondamentali del trattamento. Consiste nel registrare, in una scheda chiamata Scheda di Monitoraggio, i comportamenti rilevanti, i pensieri, le emozioni e gli eventi "nel momento" in cui si sperimentano.

Il monitoraggio ha due obiettivi principali:

1. Aiuta il paziente e i terapeuti a migliorare la comprensione dei meccanismi psicologici che mantengono il disturbo dell'alimentazione
2. Permette al paziente di capire che è possibile cambiare.

Le Schede di Monitoraggio compilate vanno portate dal paziente a ogni seduta individuale con lo psicologo.

Misurazione collaborativa del peso

La misurazione collaborativa del peso ha cinque obiettivi principali:

1. Corregge convinzioni errate sul peso e sulle sue modificazioni

2. Affronta sia le misurazioni troppo frequenti del peso sia l'evitamento della misurazione
3. Fornisce al paziente informazioni affidabili sul suo peso
4. Aiuta il paziente a interpretare la cifra della bilancia
5. Riduce le preoccupazioni per il peso.

Il peso corporeo è misurato dal paziente, assieme all'infermiera di reparto, una volta la settimana. Il paziente è istruito a inserire il valore del peso nel suo Grafico del Peso e a scrivere l'interpretazione del peso nell'ultima colonna della Scheda di Monitoraggio, valutando l'andamento delle ultime quattro settimane. L'andamento e l'interpretazione del peso sono discussi durante la Tavola Rotonda che si svolge nella medesima mattina (vedi sotto).

Valutazione dell'andamento trattamento

Una volta la settimana nella Tavola Rotonda (vedi pag. 21) dopo l'interpretazione del peso, il paziente compila il questionario Eating Problem Check List (EPCL). Le domande del questionario si riferiscono ai comportamenti e alle preoccupazioni che di solito sono presenti nelle persone che hanno un disturbo dell'alimentazione occorsi negli ultimi sette giorni.

L'EPCL permette di valutare i comportamenti e le problematiche psicologiche del disturbo dell'alimentazione da affrontare e come si modificano durante il trattamento. I dati del questionario sono inseriti nella Scheda Riassuntiva Settimanale e discussi durante la Tavola Rotonda.

Alimentazione assistita

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

La Figura 8 mostra la sala dove si svolge l'alimentazione assistita.

Ruolo del paziente durante l'alimentazione assistita

Come ogni procedura del programma di Villa Garda, durante l'alimentazione assistita è essenziale che il paziente svolga un ruolo attivo, cercando di fare del suo meglio per applicare le strategie e le procedure consigliate; queste hanno gli scopi di aiutare a ridurre l'ansia nei confronti dell'alimentazione, a sentirsi in controllo durante il processo di recupero del peso e a non farsi influenzare dalle preoccupazioni per l'alimentazione. Consumare i pasti in modo passivo senza applicare le strategie e le procedure serve a poco perché, quando saranno affrontati senza assistenza, non si sarà in grado di gestire lo stato mentale del problema alimentare.



FIGURA 8 La sala dell'alimentazione assistita

Ruolo di chi assiste ai pasti

Durante l'alimentazione assistita i pasti sono consumati con l'assistenza di un dietista e/o infermiere professionale. Il loro compito è di aiutare il paziente a utilizzare specifiche strategie e procedure psicologiche per riuscire a consumare i pasti senza adottare rituali alimentari e farsi influenzare dai pensieri e dalle preoccupazioni riguardanti l'alimentazione, il peso e la forma del corpo.

Pianificare l'alimentazione

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

Per affrontare i problemi sopra descritti, dopo avere interpretato le variazioni del suo peso, il paziente decide durante la Tavola Rotonda le eventuali modifiche da apportare del suo piano alimentare da implementare nella successiva settimana basandosi sulle indicazioni riportate dalle linee guida di Villa Garda. Le linee guida sono spiegate all'entrata dal dietista e, nella fase di recupero di peso, prevedono l'adozione di un piano alimentare che produca un incremento di peso tra 1 e 1,5 kg la settimana.

Nella pianificazione dell'alimentazione il paziente può scegliere uno dei tre alimenti per ogni portata previsti dal menù di Villa Garda. Poi ogni settimana rivede con il dietista di riferimento se la scelta degli alimenti è stata influenzata dalle preoccupazioni per l'alimentazione e valuta in modo collaborativi i pro e i contro di inserire alcuni alimenti precedenti evitati la settimana successiva.

A un $IMC \geq 19$ e nei pazienti che all'entrata non sono sottopeso viene identificato un intervallo di mantenimento del peso di 3 kg che deve soddisfare tutte e tre le seguenti condizioni necessarie per superare il disturbo dell'alimentazione:

1. Può essere mantenuto senza adottare comportamenti estremi e non salutari di controllo del peso
2. Non è associato ai sintomi da malnutrizione
3. Permette una vita sociale.

Gestire i momenti seguenti al pasto

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

Alimentazione non assistita

L'alimentazione non assistita inizia dopo almeno quattro settimane di alimentazione assistita se il paziente:

- Ha un $IMC \geq 15$
- Non mostra eccessive difficoltà durante i pasti
- Adotta un comportamento attivo nel trattamento.

Quando si passa all'alimentazione non assistita il paziente inizia a consumare i pa-

sti senza assistenza in Casa di Cura e poi, quando passa in day-hospital, gradualmente al di fuori di Villa Garda.

In questa fase sono eseguiti incontri con il dietista di riferimento per identificare e affrontare le regole dietetiche residue. Inoltre, sono gestiti in modo autonomo i momenti dopo i pasti incluso l'accesso ai bagni.

L'obiettivo finale di questa fase è riuscire a mantenere una condizione che non sia di sottopeso peso adottando in modo flessibile linee guida alimentari salutari.

Tavola Rotonda

La Tavola Rotonda si svolge il mattino, una volta la settimana, attorno ad un tavolo in un'apposita sala. Alla tavola rotonda, oltre al paziente, partecipano i terapeuti di riferimento (medico, dietista, psicologo e infermiera professionale). Al centro della tavola è posto il Grafico del Peso, i dati dell'EPCL con la Scheda Riassuntiva Settimanale e la Formulazione Personalizzata.

La Tavola Rotonda inizia con l'interpretazione del Grafico del Peso effettuata dal paziente. Poi, i terapeuti chiedono al paziente di suggerire il piano alimentare da consumare nei sette giorni seguenti seguendo le indicazioni delle Linee Guida Villa Garda per la scelta del piano alimentare consegnate dal dietista all'inizio del trattamento. Alla fine di questa analisi il paziente e i terapeuti decidono assieme il piano alimentare per i sette giorni seguenti.

Il tempo successivo è dedicato alla compilazione e alla revisione dei punteggi dell'EPCL. Ogni terapeuta di riferimento discute con il paziente e gli altri terapeuti

i progressi raggiunti nella settimana precedente e gli ostacoli da affrontare.

Nella Tavola Rotonda sono anche discussi gli aspetti organizzativi del trattamento (per es. passaggio all'alimentazione non assistita, transizione al day-hospital, week-end a casa). Se necessario, il medico di riferimento prescrive esami aggiuntivi alla routine per valutare eventuali complicanze mediche e farmaci nel caso ci fosse la necessità.

La Tavola Rotonda si conclude stabilendo assieme gli obiettivi e i compiti della settimana.

Sedute individuali con lo psicologo

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

L'obiettivo delle sedute di psicoterapia è di mantenere ingaggiato il paziente nel trattamento, di aiutarlo a sviluppare in modo collaborativo la Formulazione Personalizzata delle caratteristiche e dei fattori di mantenimento del disturbo dell'alimentazione e di concordare le strategie e le procedure per affrontarli.

Nelle ultime settimane del trattamento residenziale il contenuto della psicoterapia è focalizzato sulla conclusione del Passo Due e sulla preparazione del trattamento ambulatoriale (Passo Tre).

Sedute di gruppo

Il programma di Villa Garda prevede due tipi di gruppi che hanno l'obiettivo di rinforzare

il lavoro eseguito durante le sedute individuali di psicoterapia: (1) Gruppi Psicoeducazionali; (2) Gruppi di Skill Training per apprendere delle abilità per affrontare alcune caratteristiche del disturbo dell'alimentazione. Inoltre, i pazienti minorenni partecipano una volta la settimana al Gruppo Adolescenti condotto da uno psicologo, dove sono affrontate alcune problematiche adolescenziali associate ai disturbi dell'alimentazione.

Sedute di attività fisica

Se non sono presenti "segni d'allerta" i pazienti partecipano a due sedute di attività fisica la settimana dove sono eseguiti esercizi di rinforzo muscolare e di ginnastica calistenica con l'aiuto di un fisioterapista specializzato.

Gli obiettivi delle sedute di fitness sono:

1. Favorire il recupero della massa muscolare e migliorare la fitness fisica
2. Favorire l'accettazione della forma del corpo
3. Imparare a fare esercizio senza pensare al peso, alla forma del corpo e al controllo dell'alimentazione.

Coinvolgimento degli "altri" significativi

Il coinvolgimento degli altri significativi (per es. genitori, partner, amici) ha due obiettivi principali:

1. Creare un ambiente familiare ottimale
2. Aiutare il proprio figlio/a (o partner) a implementare alcune procedure del trattamento.

La strategia del trattamento di Villa Garda è di coinvolgere gli altri significativi come "aiutanti" non come "controllori" del proprio figlio/a (o partner).

I genitori dei pazienti minorenni partecipano a un incontro individuale con lo psicologo di riferimento nelle prime settimane del trattamento e successivamente a vari incontri congiunti con lo psicologo e il paziente. Inoltre, sono eseguiti degli incontri con il dietista di riferimento e il paziente per organizzare i pasti fuori dalla Casa di Cura.

Gli altri significativi dei pazienti adulti sono coinvolti prima e durante il trattamento solo con il consenso del paziente se possono facilitare il cambiamento.

Agli altri significativi sono forniti anche i link per accedere ai seguenti video educativi:

- Ruolo dei familiari nel programma di Villa Garda
- Modello di malattia e modello psicologico dei disturbi dell'alimentazione
- Cause e fattori di rischio dei disturbi dell'alimentazione
- La terapia cognitivo comportamentale migliorata (CBT-E)
- Creare un ambiente familiare ottimale
- Aiutare il proprio familiare ad implementare alcune procedure del trattamento.



<http://www.dallegrave.it/video-per-familiari-di-pazienti-con-disturbi-alimentazione/>

password: videofamiliarida

Gestione delle complicanze fisiche e delle malattie internistiche

La salute e la sicurezza dei pazienti con disturbi dell'alimentazione ricoverati a Villa Garda è di fondamentale importanza. Per tale motivo ogni paziente è seguito da un medico esperto nella valutazione e nella gestione delle complicanze fisiche dei disturbi dell'alimentazione.

A differenza dei trattamenti residenziali dei disturbi dell'alimentazione somministrati in strutture extra ospedaliere, il trattamento della Casa di Cura Villa Garda, essendo una riabilitazione intensiva ospedaliera, è in grado di gestire la maggior parte delle complicazioni fisiche dei disturbi dell'alimentazione e di eventuali malattie internistiche coesistenti.

Gestione dei disturbi mentali coesistenti

La maggior parte dei pazienti con disturbi dell'alimentazione ha problemi psicologici coesistenti, come depressione, sbalzi del tono dell'umore, elevati livelli di ansia ed irritabilità. Molte di queste caratteristiche sono gli effetti del basso peso e del disturbo dell'alimentazione e si risolvono con il trattamento di Villa Garda senza l'uso di psicofarmaci.

Un sottogruppo di pazienti ha però un disturbo mentale coesistente (es. depressione clinica, disturbo ossessivo compulsivo, gravi disturbi d'ansia, ecc.) che, oltre a creare un danno psicosociale aggiuntivo, può interferire con il trattamento del disturbo

dell'alimentazione. Per tale motivo ogni paziente è seguito da un medico psichiatra esperto nella valutazione e nell'eventuale trattamento farmacologico delle malattie mentali coesistenti con i disturbi dell'alimentazione.

Gestione delle difficoltà quotidiane e delle crisi

Il paziente apprende nelle sedute di gruppo di Skill Training la procedura di Risoluzione dei Problemi Proattiva e la procedura delle Cose da Dirsi e delle Cose da Fare per affrontare gli eventi e i cambiamenti emotivi che possono influenzare l'adesione al trattamento. Nel caso in cui queste strategie non gli permettano di superare le difficoltà, il paziente è incoraggiato a chiedere aiuto all'infermiera che, oltre ad ascoltarlo, lo aiuta a rivedere come migliorarne l'applicazione per risolvere la difficoltà o la crisi del momento.

Scuola nell'ospedale

La Casa di Cura Villa Garda ha aderito al progetto "Scuola in Ospedale", sviluppato dal Ministero dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca (MIUR) <https://www.miur.gov.it/scuola-in-ospedale-e-istruzione-domiciliare> per offrire il diritto di studio agli studenti ospedalizzati per un periodo superiore ai 30 giorni. Il progetto, implementato nel reparto di Riabilitazione Nutrizionale della Casa di Cura Villa Garda grazie alla disponibilità dell'Ufficio Scolastico Provinciale di Verona, permette ai pazienti ricove-

rati di non interrompere il loro percorso di studi durante la degenza riabilitativa.

L'intervento prevede lezioni impartite dagli insegnanti delle sezioni ospedaliere sia direttamente o via web, usando le nuove tecnologie dell'informazione e della comunicazione (vedi Figura 9). I pazienti/studenti sono sottoposti periodicamente a verifiche del loro apprendimento orali e scritte che hanno valore legale.

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

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



FIGURA 9 L'internet point per la scuola nell'ospedale
<https://www.miur.gov.it/scuola-in-ospedale-e-istruzione-domiciliare>



Passo Tre Trattamento ambulatoriale

- Affrontare i problemi residui
- Prevenire la ricaduta

Il Passo Tre può essere eseguito a Villa Garda o presso specialisti che hanno ricevuto dalla nostra équipe una formazione su questo trattamento.

Gli obiettivi generali della terapia ambulatoriale post-ricovero sono due:

1. **Affrontare i problemi residui continuando ad applicare le procedure apprese a Villa Garda**
2. **Sviluppare abilità per prevenire la ricaduta.**

I vantaggi della terapia ambulatoriale post-ricovero eseguita presso la Casa di Cura Villa Garda sono i seguenti:

- Continuare il trattamento con lo stesso terapeuta
- Poter usufruire di un trattamento focalizzato sui problemi che residuano usando le procedure apprese durante il ricovero
- Avere un supporto intensivo nei primi mesi dopo la dimissione
- Seguire un trattamento “specifico” per il disturbo dell'alimentazione limitato nel tempo.

Il trattamento prevede 25 sedute di psicoterapia individuale in 40 settimane e 4 visite mediche (vedi Tabella 4).

Sedute di psicoterapia individuali	<ul style="list-style-type: none"> • Settimane 1-4: 2 sedute a settimana • Settimane 5-12: 1 seduta a settimana • Settimane 14-20: 1 seduta ogni due settimane • Settimane 21-40: 1 seduta ogni 4 settimane
Visite mediche	<ul style="list-style-type: none"> • Dopo 4 - 12 - 20 - 40 settimane e in caso di perdita di peso e/o adozione di comportamenti estremi di controllo del peso

TABELLA 4 Organizzazione del trattamento ambulatoriale post-ricovero



Risultati del trattamento di Villa Garda

La Casa di Cura Villa Garda ha eseguito in collaborazione con il Centre for Research on Eating Disorders dell'Università di Oxford (CREDO) uno studio randomizzato e controllato che ha valutato l'efficacia della CBT-E residenziale focalizzata e allargata dei disturbi dell'alimentazione (Dalle Grave, Calugi, Conti, Doll, & Fairburn, 2013).

La ricerca è stata eseguita su 80 pazienti consecutivi affetti da anoressia nervosa. I risultati dello studio indicano che:

1. Il 90% dei pazienti completa il trattamento di Villa Garda
2. Il trattamento determina nei pazienti che hanno completato il trattamento residenziale:
 - a. Un aumento significativo dell'Indice di Massa Corporea (IMC) (da $14,4 \pm 1,7$ a $19,3 \pm 1,1$)
 - b. Una diminuzione significativa del punteggio globale della psicopatologia specifica dei disturbi dell'alimentazione valutata con l'intervista Eating Disorder Examination Questionnaire
3. A 12 mesi dopo la dimissione i pazienti che hanno completato il trattamento hanno un IMC di $18,1 \pm 1,9$ e una minima psicopatologia del disturbo dell'alimentazione
4. Non sono emerse differenze significative negli esiti tra la forma focalizzata e allargata del trattamento.

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

Uno studio osservazionale successivo ha confermato che il trattamento di Villa Garda ha esiti simili negli adolescenti e negli adulti con anoressia nervosa (Dalle Grave, Conti, & Calugi, 2020). In questo studio l'85% dei pazienti ha completato il trattamento e tra questi circa il 50% ha una remissione completa dal disturbo dell'alimentazione 60 settimane dopo la dimissione dalla Casa di Cura.

Un altro studio osservazionale ha evidenziato che il trattamento di Villa Garda può essere utilizzato anche nei pazienti con anoressia nervosa grave e di lunga durata (Calugi, El Ghoch, & Dalle Grave, 2017). L'85% di questi pazienti ha completato il trattamento e tra questi il 33% ha avuto una risposta completa 12 mesi dopo la dimissione da Villa Garda.

Calugi, S., El Ghoch, M., & Dalle Grave, R. (2017). Intensive enhanced cognitive behavioural therapy for severe and enduring anorexia nervosa: A longitudinal outcome study. *Behaviour Research and Therapy*, 89, 41-48. doi:10.1016/j.brat.2016.11.006

Dalle Grave, R., Calugi, S., Conti, M., Doll, H., & Fairburn, C. G. (2013). Inpatient cognitive behaviour therapy for anorexia nervosa: A randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82(6), 390-398. doi:10.1159/000350058

Dalle Grave, R., Conti, M., & Calugi, S. (2020). Effectiveness of intensive cognitive behavioral therapy in adolescents and adults with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 53(9), 1428-1438. doi:10.1002/eat.23337

Alcune nozioni pratiche

Visite

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

Soldi per le piccole spese

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

Farmaci

I farmaci sono prescritti con parsimonia nel nostro programma. È possibile che nelle prime fasi di trattamento siano prescritte vitamine o sali minerali. Nel caso sia presente una depressione di gravità clinica o un altro disturbo mentale non secondari al disturbo dell'alimentazione che ostacolano il trattamento è possibile che siano prescritti, in accordo con il paziente, dal medico psichiatra di riferimento dei farmaci anti-

depressivi o altri psicofarmaci (previo consenso dei genitori nei pazienti minorenni). Possono essere assunti solo i farmaci prescritti dal medico e somministrati dall'infermiera. Non è permesso assumere lassativi o diuretici né consumare alcol, né tenerli in camera. Gli orari di somministrazione dei farmaci sono comunicati dall'infermiera professionale di reparto.

Vestiti e cambi di biancheria

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

Modalità di ammissione

Il ricovero e il day-hospital sono completamente convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale. Per essere ammessi, dopo la valutazione dell'appropriatezza di ricovero di un medico di reparto, è necessaria la carta di richiesta di ricovero compilata dal medico di famiglia.

Problemi burocratici e amministrativi

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



Bibliografia

Libri in Italiano

- Dalle Grave, R., el Khazen, C. (2022). *Terapia cognitivo comportamentale dei disturbi dell'alimentazione per gli adolescenti. La guida per i genitori*. Verona: Positive Press.
- Dalle Grave, R., Calugi, S., & Sartirana, M. (2018). *Manuale di terapia cognitivo comportamentale dei disturbi dell'alimentazione nell'adolescenza (CBT-Ea). Dal trattamento ambulatoriale al ricovero riabilitativo*. Verona: Positive Press.
- Dalle Grave, R. (2018). *La terapia cognitivo comportamentale multistep dei disturbi dell'alimentazione. Terapia, trattamento e casi clinici*. Trento: Erickson.
- Dalle Grave, R. (2017). *Vincere i disturbi dell'alimentazione con il trattamento di Villa Garda*. Verona: Positive Press.

Libri in inglese

- Dalle Grave, R., el Khazen, C. (2022). *Cognitive behaviour therapy for eating disorders in young people. A parents' guide*. London: Routledge
- Dalle Grave, R., Sartirana, M., & Calugi, S. (2021). *Complex cases and comorbidity in eating disorders. Assessment and management*. Cham, Switzerland: Springer Nature.
- Dalle Grave, R., & Calugi, S. (2020). *Cognitive behavior therapy for adolescents with eating disorders*. New York: Guilford Press.
- Dalle Grave, R. (2013). *Multistep cognitive behavioral therapy for eating disorders: Theory, practice, and clinical cases*. New York: Jason Aronson.
- Dalle Grave, R. (2012). *Intensive cognitive behavior therapy for eating disorders*. Hauppauge, NY: Nova.



Siti internet

- **Casa di Cura Villa Garda**
<http://www.villagarda.it/it/>
- **Associazione Italiana Disturbi dell’Alimentazione e del Peso (AIDAP)**
<https://www.aidap.org>
- **AIDAP Ricerca e Prevenzione**
<https://www.aidapricercaeprevenzione.org>
- **CBT-E - Enhanced Cognitive Behaviour Therapy**
<https://www.cbte.co>
- **Scuola in Ospedale**
<https://scuolainospedale.miur.gov.it>



Appunti/Note

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



Appunti/Note

A series of horizontal dotted lines for writing notes.