

DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE
IN ETA' PEDIATRICA
E NELL'ADOLESCENZA

ESSSTÖRUNGEN IM
KINDES- UND
JUGENDALTER



RPP™ - Riabilitazione Psiconutrizionale Progressiva

Progressive psychonutrizionale
Ernährungsrehabilitation

Pierandrea Salvo



Regione Veneto A. ULSS 10 Veneto Orientale
Centro di riferimento per la cura e la riabilitazione dei disturbi del
comportamento alimentare e del peso
Portogruaro (VE) www.disturbialimentari.info



RPP™ RIABILITAZIONE PSICONUTRIZIONALE

PROGRESSIVA



Il razionale

- In response to the need of complex treatment regimens, we have adopted an intensive, transdiagnostic psycho-nutritional rehabilitation model combining stepped and targeted refeeding (STaR) strategies with psychotherapeutic and psychosocial interventions

Il pensiero ispiratore

- Costruire delle équipes specializzate e dedicate al trattamento dei DCA anche in presenza di comorlità psichiatrica
- Fornire trattamenti di cura e riabilitazione evidence based con un costante monitoraggio degli esiti di trattamento e con costi sostenibili
- Integrare trattamento sanitario e sociale in un continuum di interazioni con le agenzie del territorio (ULSS, scuole, privato sociale ecc.)
- Evitare/prevenire i ricoveri ospedalieri soprattutto in età pediatrica

RPP TM

Riabilitazione Psiconutrizionale Progressiva

Nasce dalla considerazione che patologie complesse richiedono trattamenti articolati ed in grado di rispondere sia ai pensieri disfunzionali tipici dei DCA, sia ai comportamenti maladattativi sia ai bisogni nutrizionali, sia alle richieste delle famiglie

La RPP™: cos'è

E' una specifica tecnica riabilitativa messa a punto nel nostro Centro e che si fonda sulla ricerca di adesione ad un percorso nutrizionale personalizzato e progressivo attuato nell'ambito di un più vasto intervento sul "core" psicopatologico dei DCA.



La RPP TM: cos'è

Questa specifica tecnica riabilitativa comprende lo svolgimento di svariate attività cliniche, l'utilizzo di farmaci se necessario, il costante monitoraggio delle condizioni organiche, l'erogazione delle terapie mediche necessarie.

La RPP TM: obiettivi

- Ridurre il comportamento alimentare disturbato
- Restaurare un peso sano
- Trattare comorbidità psichiatrica
- Correggere pensieri ed emozioni maladattativi
- Trattare complicanze fisiche
- Facilitare la prosecuzione del trattamento nel post ricovero

ALIMENTAZIONE SPONTANEA

Basata sulla percezione della fame e della sazietà (adeguata solo in situazione di normopeso)

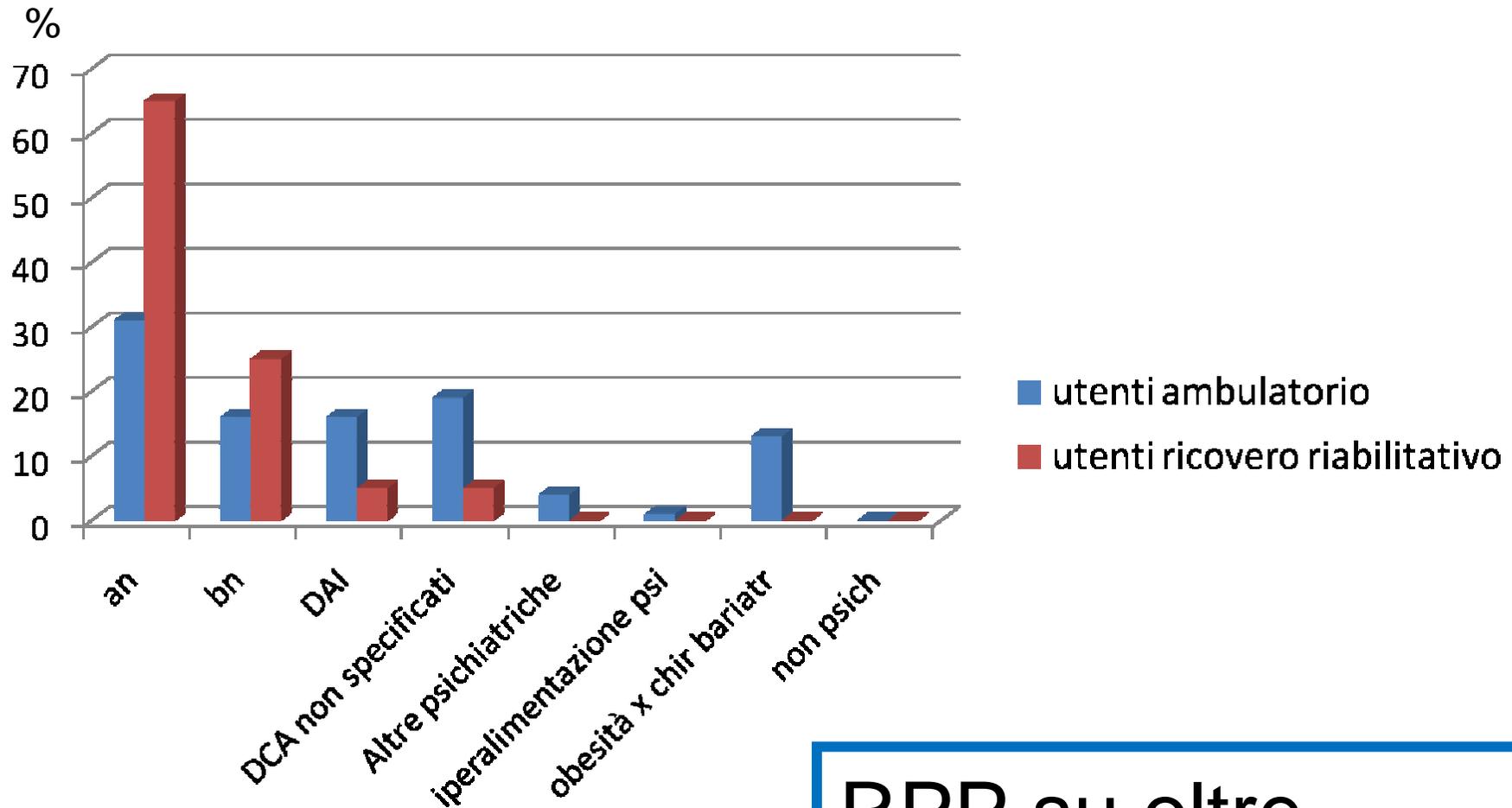
Fondata sulla capacità di mangiare in un modo che provveda alla copertura dei fabbisogni nutrizionali

Rispettando i gusti personali, le tradizioni, le fedi religiose, le abitudini sociali del luogo

Con modalità compatibile e adeguata al contesto dove ci si trova.

Un'alimentazione il cui pensiero non occupi completamente e non invada la mente.

Distribuzione percentuale prima diagnosi tra utenti ambulatoriali e in ricovero riabilitativo anni 2008 – 2010 (1100 utenti trattati)



RPP su oltre
2000 pz in 11
anni

La RPP in ambulatorio

ASSESSMENT MULTIPROFESSIONALE

Val psicologica\psichiatrica

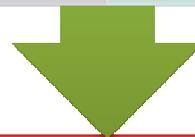
Val nutrizionale\internistica



DISCUSSIONE IN EQUIPE

Progetto terapeutico

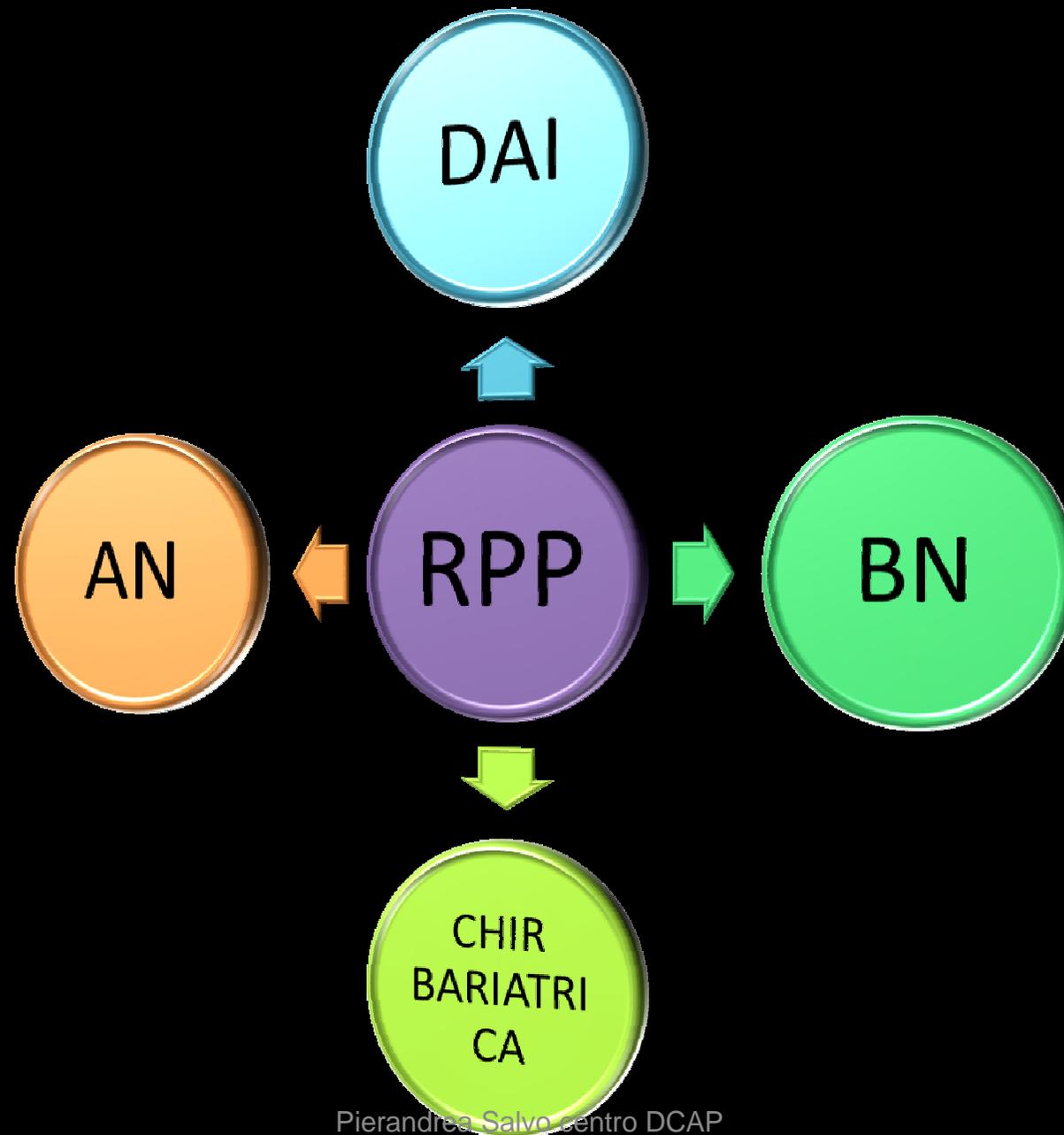
Scelta del contesto di cura



PRESA IN CARICO

psico\farmaco terapia

Riabilitazione nutrizionale

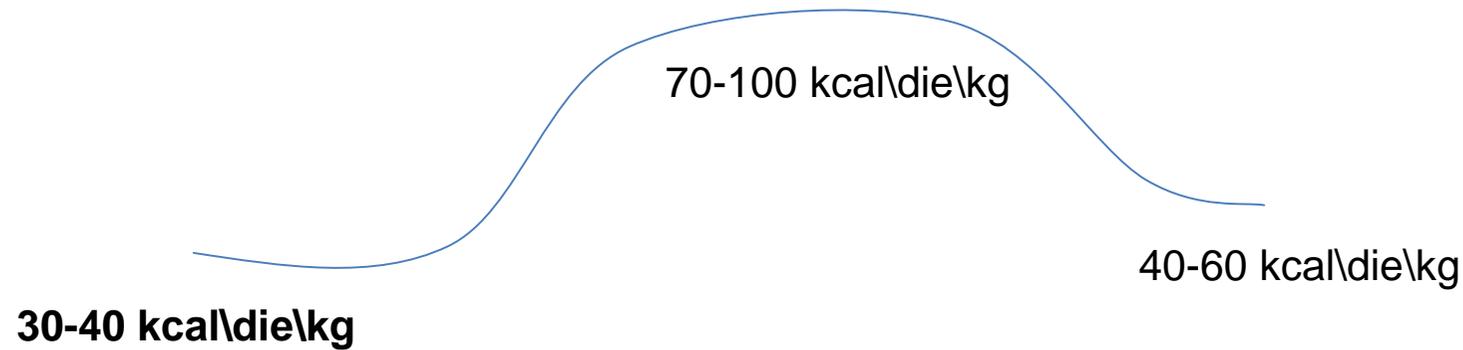


Pierandrea Salvo centro DCAP
Portogruaro

AN e BN: RPP™ ambulatoriale

- Micro Équipe di riferimento (medico\psicologo\dietista)
- Utilizzo del diario alimentare
- Riabilitazione progressiva come in struttura (modificata)
- Coinvolgimento della famiglia
- Attività di supporto (self help utenti e genitori)

Piano alimentare concordato



Aumento graduale e progressivo 100-200 kcal ca. oppure attraverso l'inserimento di integratori

L' intake consigliato all'inizio fa sempre riferimento alle reali capacità del paziente e vengono utilizzati gli alimenti meno ansiogeni evitando di inserire subito quegli alimenti che possono impaurire, si rispettano scelte di stili particolari (vegetariano, macrobiotico)

Frazionamento dei pasti

Presenza di tutti i gruppi alimentari al pranzo e cena (proteine, carboidrati, grassi)

Eliminazione di prodotti light , dolcificanti

Intake non inferiore alle 1000-1200 kcal/die

La psicoterapia ambulatoriale nella RPP

- Riveste un ruolo fondamentale
- Nessun modello psicoterapico unico
- Nessun modulo precostituito di terapia
- Tutti i terapeuti hanno una visione comune del progetto terapeutico, delle sue finalità e degli strumenti da utilizzare
- Lo psicoterapeuta si integra, sostiene e indirizza tempi e modi della riabilitazione (case manager)

Chirurgia bariatrica: RPP™ ambulatoriale

- Micro Équipe di riferimento presso amb DCA (medico\chirurgo\dietista)
- Training pre intervento
- Utilizzo del diario alimentare
- Riabilitazione progressiva per paz chirurgici bariatrici
- Attività di supporto (self help utenti)

BED\DAI: RPP™ ambulatoriale

- Micro Équipe di riferimento DCA (psichiatra\psicologo\dietista)
- Trattamento di gruppo (16 incontri)
- Utilizzo del diario alimentare
- Riabilitazione progressiva per paz con binge
- Attività di supporto (self help utenti)

RPP™ nelle strutture residenziali



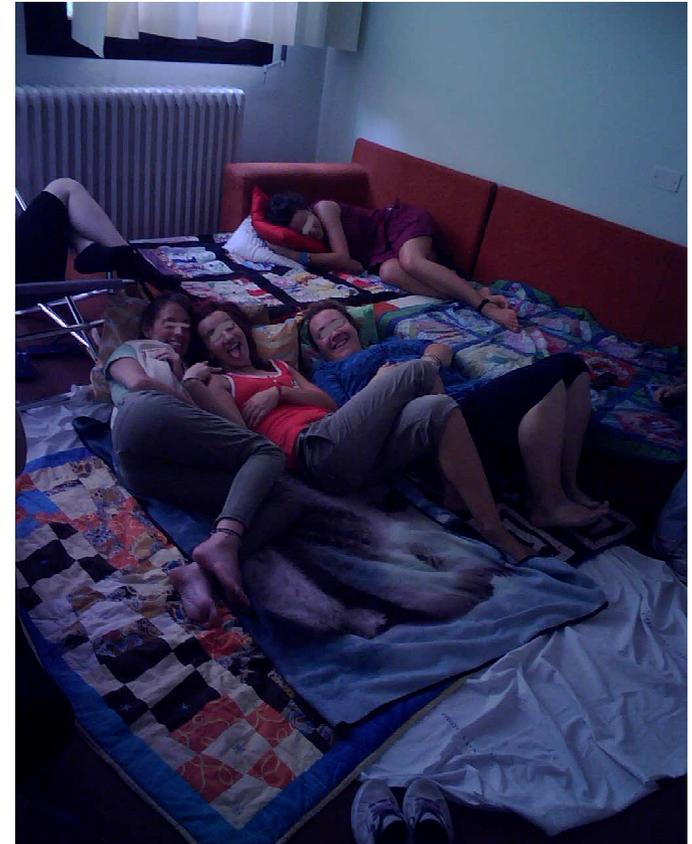
La riabilitazione residenziale: per chi?

- DCA di lunga durata
- Scacco del trattamento ambulatoriale
- Presenza di comorbidità psichiatrica
- Compresenza di utilizzo di sostanze
- Necessità di assistenza per nutrirsi
- Complicanze organiche
- Difficile gestione in famiglia



La riabilitazione residenziale: perché?

- Permette trattamenti più intensivi rispetto al contesto ambulatoriale
- I trattamenti possono essere di maggior durata rispetto all'ospedale
- I costi sono inferiori rispetto all'ospedale

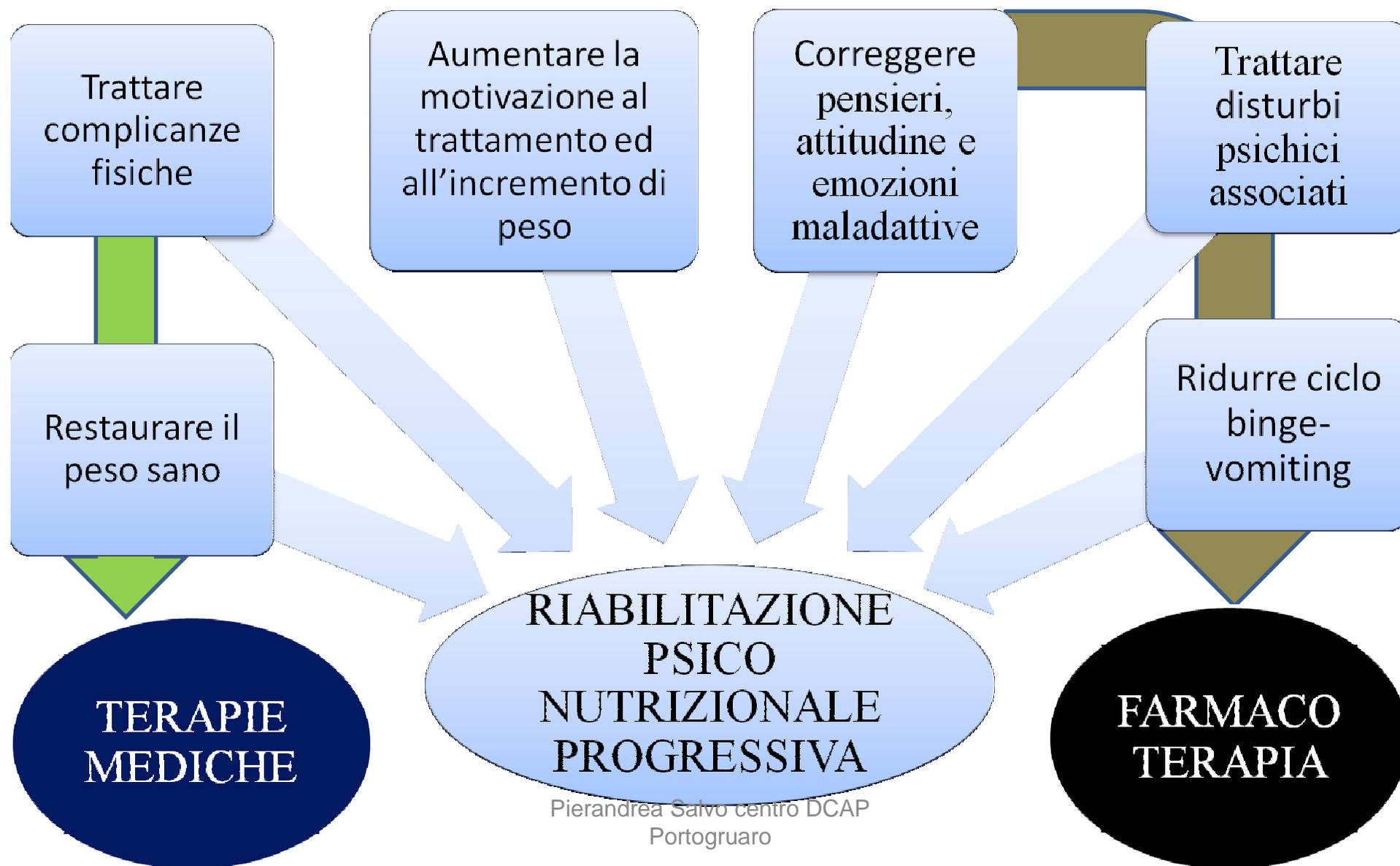


La riabilitazione residenziale: quando?

- Dopo un adeguato periodo di trattamento ambulatoriale
- In presenza di adeguata motivazione al trattamento intensivo
- Prima che si presenti la necessità ad un ricovero ospedaliero



RPP nelle strutture residenziale



La “Casa delle Farfalle” di Portogruaro



COMUNITA'
RIABILITATIVA
AD ALTA
INTENSITA'
(CTRP)



GRUPPO
APPARTAMENTO



CENTRO
DIURNO

Il programma di cura

- Our treatment program included a mix of structured activities, aiming at:
 - Weight normalization and maintenance
 - Modification of dysfunctional eating behaviours and reduction of compensatory mechanisms
 - Restructuration of irrational beliefs about food, body and Self
 - Restoration of a satisfactory psycho-social well-being

Weight normalization and maintenance

- a progressive structured program of oral caloric intake was administered to achieve weight gain in AN patients (the target is usually BMI 19-20) and normalize weight in BN, BED and EDNOS patients.
- The staff discussed with each patient when facing a particular difficulty, thus finding the most effective strategies to overcome step-by-step ED related complaints
- Indeed, under dietician supervision patients took food and choose weekly what to eat in meals, progressively increasing their caloric intake (even with the use of supplements *per os*) and introducing phobic foods in their diets
- Moreover, patients were always informed about weight changes in order to develop the correct perception of body mass/body shape makeover, accordingly with the real caloric intake
- As patients improved, they were involved in meal planning and preparation, food portioning and table setting. As appropriate, patients were allowed to have a snack or a meal out of the admission unit assisted by dieticians or their families in order to check eating behaviour out of a close setting.

Modification of dysfunctional eating behaviours and reduction of compensatory mechanisms

- the support of a dietician during meals discouraged patients to reiterate abnormal eating habits, such as chopping or hiding food, slowness in chewing or voracious intake
- Patients were continuously monitored over the misuse of diuretics or laxatives through the collection of daily urinary output, measurement of fluid intake and bioelectrical impedance, control of bowel function.
- The systematic use of self-induced vomiting was prevented with the timed closure of bathrooms.
- The impulse to burn calories by excessive exercising was converted in individualized goal-directed activities (i.e.: assisted gardening, embroidering, decoupage).

Restructuration of irrational beliefs about food, body and Self

- psychotherapeutic treatments included a range of 90 minute group sessions, which were held weekly over the entire period of admission
- Development of appropriate nutritional skills and functional coping strategies (psychoeducation for patients and families),
- improvement of verbal (assertiveness training)
- not verbal communication (music-therapy and art-therapy)
- correction of overvalued thoughts and behaviours (cognitive behaviour therapy)
- distorted body image perception (psychodynamically-oriented body image therapy),

Restoration of a satisfactory psycho-social well-being

- a number of group occupational activities (i.e. patchwork, decoupage, pet-therapy) allowed patients to shift attention from ED related thoughts and increase social skills, patience, frustration tolerance and self-esteem.
- low-impact exercises in swimming pool helped patients to remodel body perception.
- we promoted the continuation of studies of young patients providing scheduled skype contacts with their own teachers, in accordance with the Italian law for the right to study of hospitalized patients
- Individual psychotherapy and pharmacotherapy, psychiatric interviews and nutritional counselling were also provided, as appropriate.



La riabilitazione nutrizionale progressiva e concordata in comunità: com'è

Criteria fondanti sono:

Piano alimentare personalizzato

Partenza dalle reali abilità di cui dispone l'utente al momento del ricovero (anche bassissimo apporto calorico o con supplementazione enterale [integratori – SNG])

Incremento progressivo, concordato e non meccanico dell'apporto calorico e della variazione qualitativa dei cibi assunti

Assistenza diretta a tutti i pasti da parte dei dietisti con reporting del reale intake calorico (kCal/Kg) (attività svolte in comunità)

Attività di preparazione dei pasti direttamente da parte degli utenti in comunità e in appartamento sotto supervisione dei dietisti (attività svolte in comunità)

Uscite con il personale per consumare spuntini e/o pasti (anche individualmente) (attività svolte in comunità)

Stretta correlazione con le attività finalizzate alla gestione dei disturbi dell'immagine corporea (attività svolte in comunità)

RPP™



Fase 1	Fase 2	Fase 3	Fase 4	Fase 5
accoglienza	autonomizzazione		Passaggio in appartamento	Organizzazione della dimissione
Assessment Idratazione, farmacoterapia	Monitoraggio clinico			
1 piano alimentare	Pasti assistiti	Preparazione guidata pasti	Pasti concordati ma autonomi	Pasti autonomi e monitorati
Visite in struttura	Uscite con operatori e familiari	Permessi a casa e pasti esterni		
Sostegno personale	psicoterapia	Gruppi self help utenti	Gruppi self help utenti	
Attività occupazionali in struttura	Scuola a distanza	Attività occupazionali anche esterne	Attività personali	
Gruppi psicoeducazionali genitori + utenti				Self help genitori

IL PASTO ASSISTITO

I pasti assistiti vengono svolti in comunità, appartamento, durante le attività esterne, in apposite uscite con il personale.

Parte dei pasti vengono preparati dagli utenti sotto supervisione

Attività riabilitativa è anche l'acquisto di cibi, in presenza degli operatori, da parte degli utenti



Molti dei pasti sono preparati direttamente dagli utenti (quasi tutti in appartamento) sotto la supervisione degli operatori

L'équipe nella RPP in struttura

- E' il cardine del funzionamento della struttura
- Conosce e condivide tutti i casi ed i programmi
- E' il contesto nel quale vengono decisi i passaggi terapeutici ed i nuovi ricoveri
- Vi partecipano tutte le figure professionali

Terapie canoniche

Psicoterapia

Terapia nutrizionale

Farmacoterapia

Gruppi educazionali

Auto aiuto

Gruppi assertività

Attività

sull'immagine

corporea



Progetto scuola in struttura...

«la scuola che non c'è»

Le caratteristiche psicopatologiche di molti pazienti con disturbi del comportamento alimentare si manifestano in maniera particolare anche nella modalità di studio:

- Eccessivo perfezionismo
- Tendenza all'ossessività nello studio
- Alte aspettative legate alla prestazione
- Scarse relazioni interpersonali

Sono fattori comuni a molte storie scolastiche di pazienti ricoverati

Le co-terapie

Lo scopo delle co-terapie è quello di facilitare l'approccio medico e terapeutico e riabilitative soprattutto nei casi in cui il paziente non dimostra collaborazione spontanea.



Pet therapy

- Con il termine ***pet therapy*** (in italiano, *zooterapia*) s'intende, generalmente, una terapia *dolce*, basata sull'interazione [uomo-animale](#)
- Si tratta di una co-terapia che integra, rafforza e coadiuva le tradizionali terapie
- Accudimento e nutrizione dell'animale
- Strutturazione di una relazione positiva con l'animale
- Pulizia degli ambienti abituali degli animali

Si è dimostrata utile per:

PAZIENTI MOLTO GIOVANI

In cui le abilità legate all'autonomia personale ed alla relazione empatica non sono ancora affinate

PAZIENTI CRONICI

In cui la storicità del disturbo ha causato dei pesanti deficit rispetto all'autonomia personale



Pierandrea Salvo centro DCAP
Portogruaro

Le attività occupazionali

La terapia occupazionale si costituisce da un insieme di attività creative centrate sullo sviluppo e il mantenimento della capacità di agire delle persone.

- Contribuisce al miglioramento della salute e della qualità di vita.
- Facilita la partecipazione alla società
- permette di prendere parte alle attività quotidiane

Yoga



Gite e uscite



Pizza e
bowling

Il sito



Personalizzazio
ne delle
stanze

Pierandrea Salvo centro DCAP
Portogruaro



Il
blo
g

patchwork



Per le famiglie

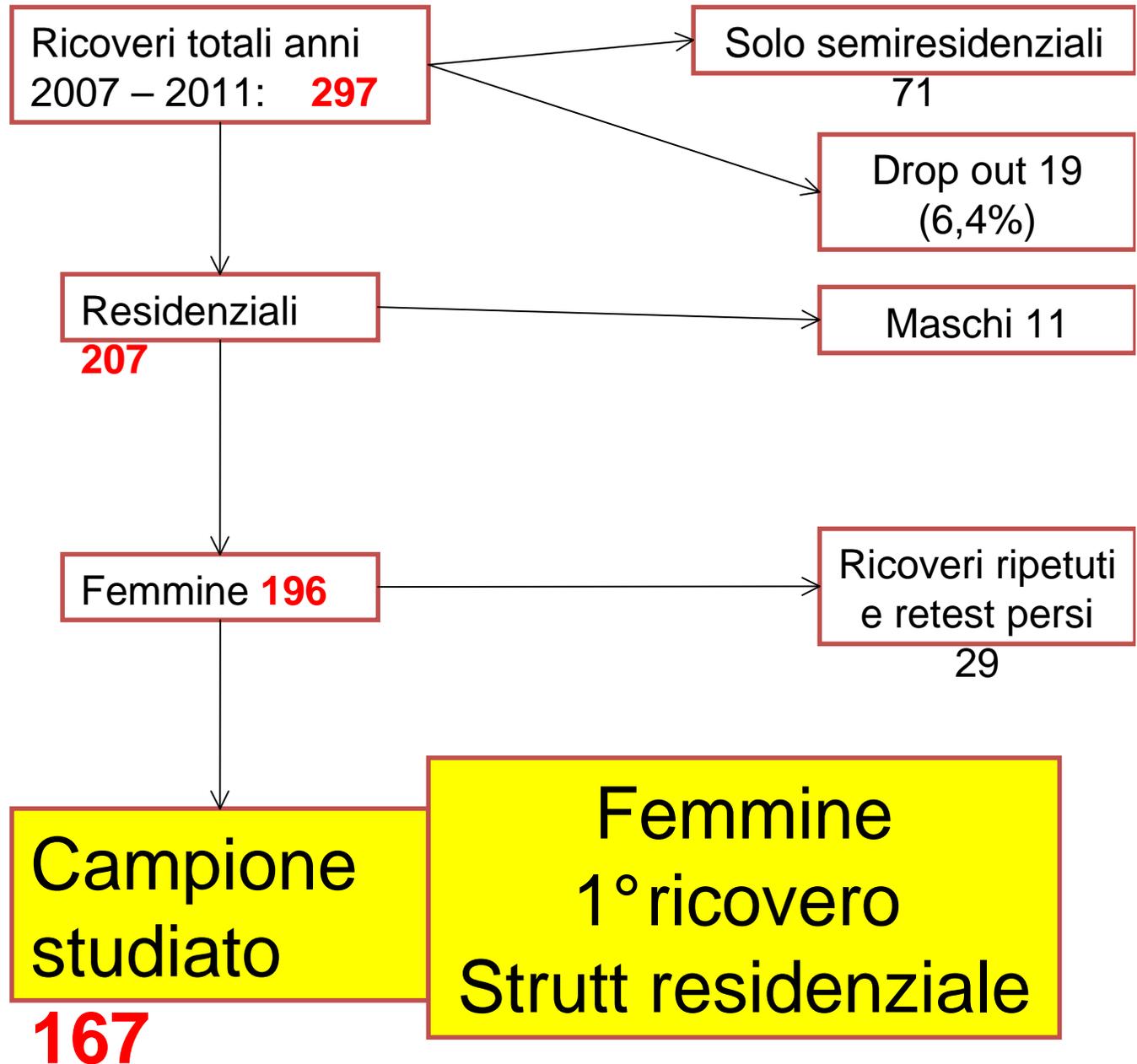
- Gruppi psicoeducazionali durante il ricovero
- Gruppi self help (portogruaro, FVG, Mirano prox apertura Belluno)
- Cogestione gruppo appartamento
- Lotta allo stigma e sensibilizzazione (feste e spettacoli)

L'efficacia

- From 2007 and 2011, a total of 167 female inpatients carried out the RPP™ program.
- The diagnosis of ED and any other comorbid psychiatric disorder was based on ICD-10 criteria.

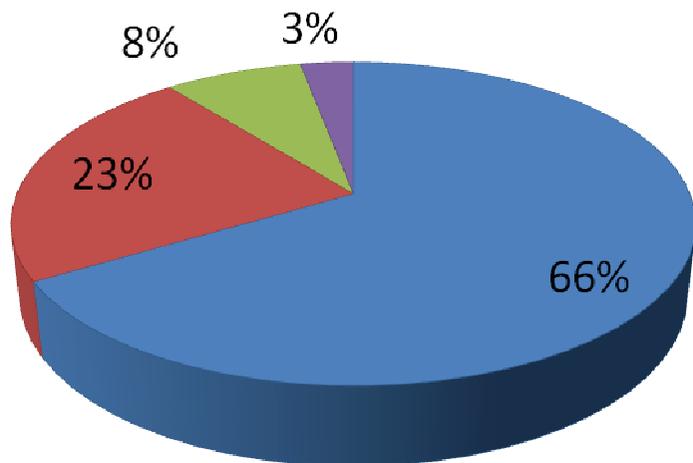


Costruzione e del campione

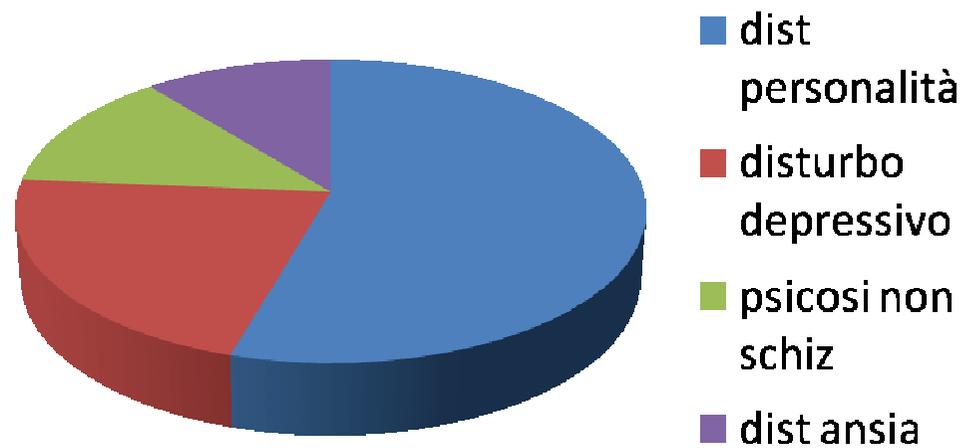


distribuzione diagnosi DCA (167 pz)

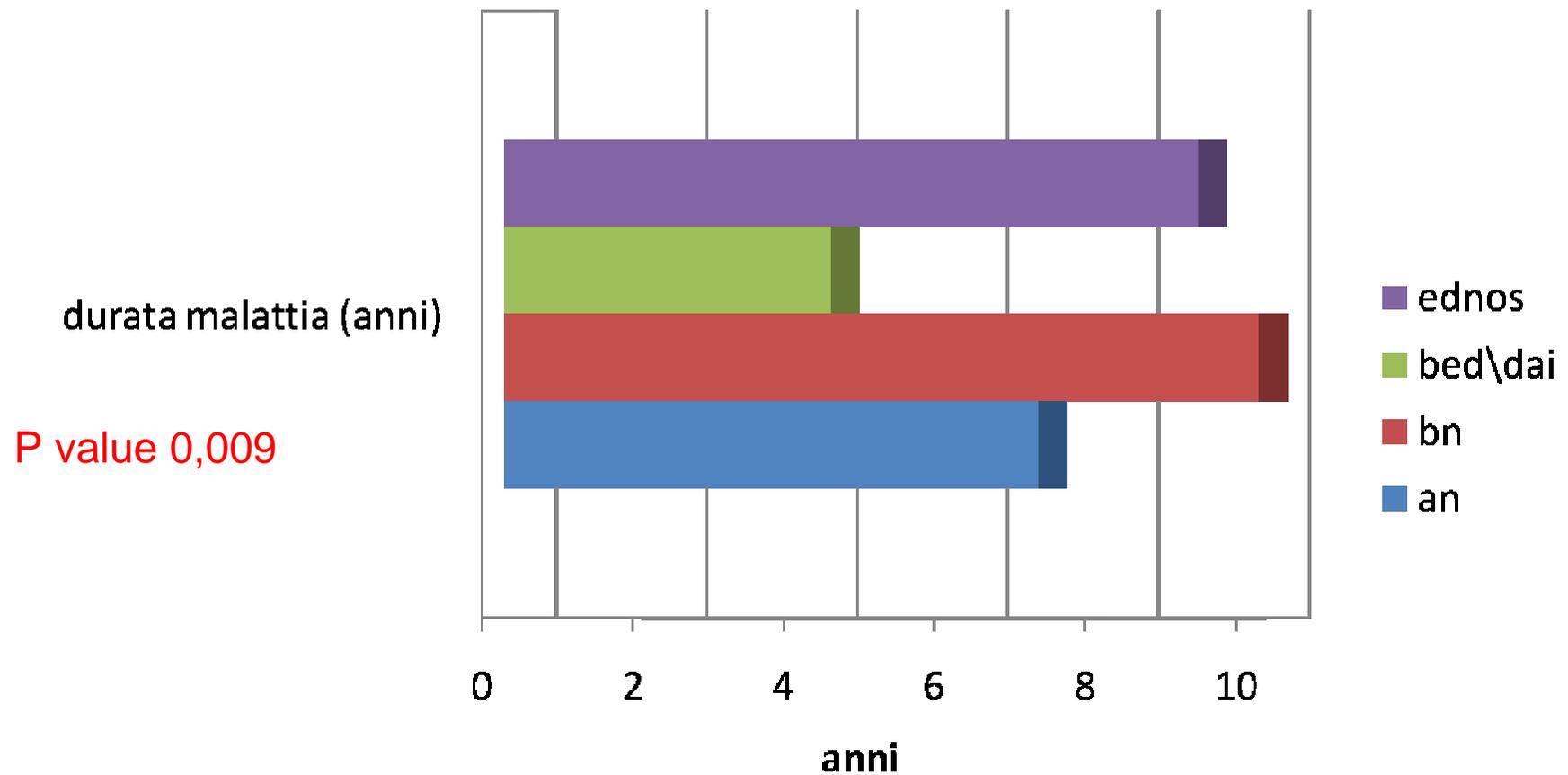
■ AN ■ BN ■ DAI\BED ■ NAS



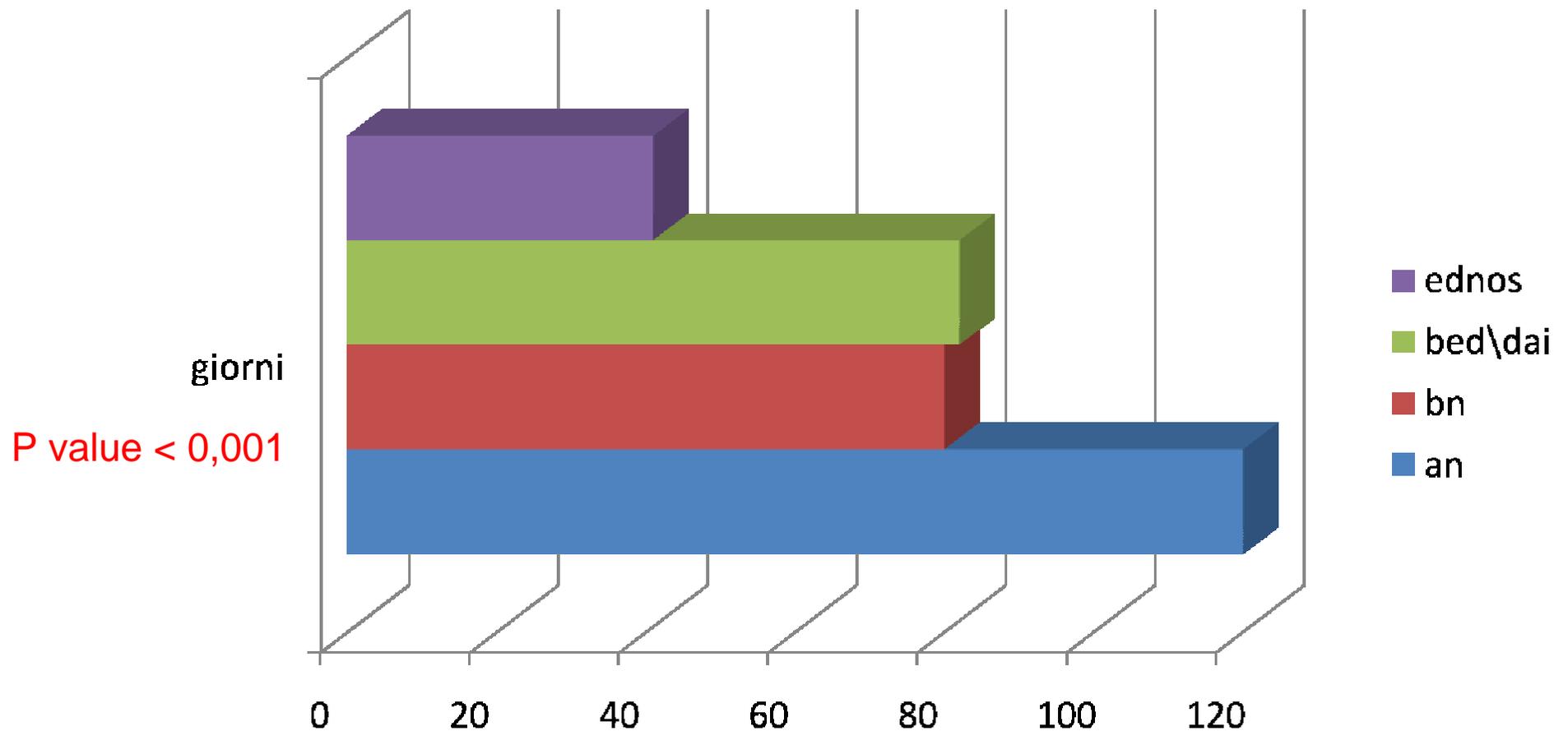
comorbidità psichiatrica 81\167



Durata malattia pre ricovero per diagnosi

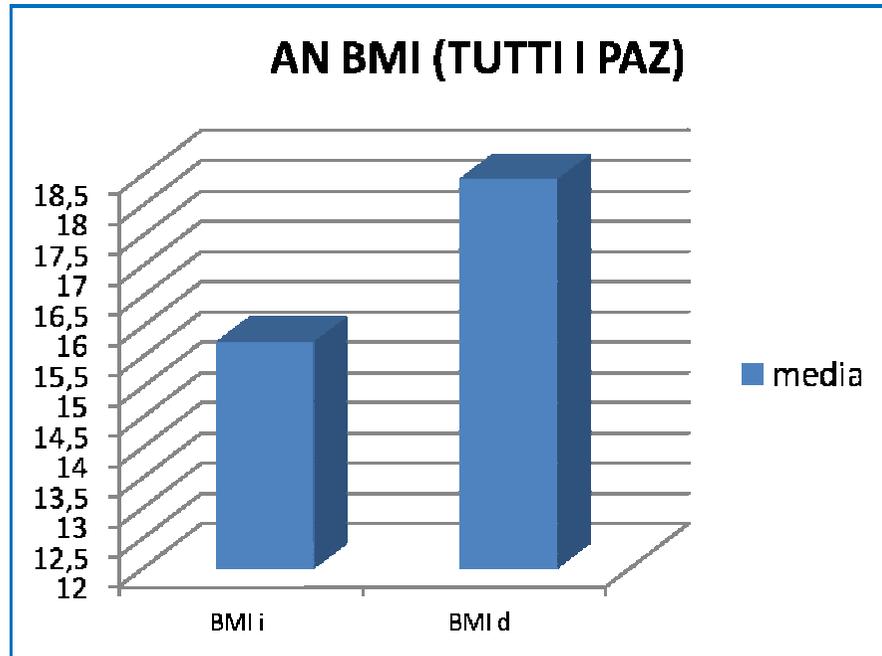


Durata ricovero per diagnosi

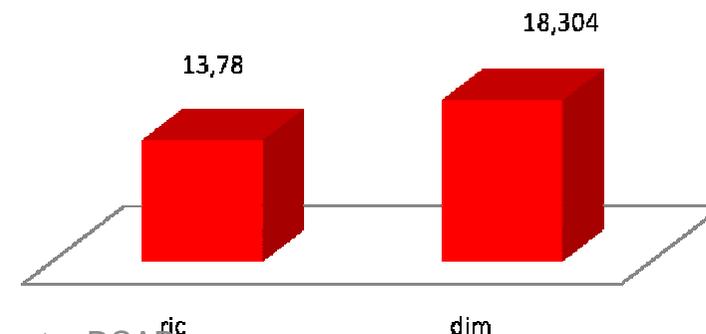


ESITI RICOVERO AN

L'analisi dei dati ha evidenziato delle differenze significative tra tutti i punteggi ottenuti nei test somministrati all'ingresso e in dimissione ai pazienti e anche tra BMI in ingresso e in dimissione.



**andamento BMI utenti con BMI < 14
al ricovero in comunità (29% delle
AN)**



EDI 2 RICOVERO vs DIMISSIONE X DIAGNOSI

	An	Bn	BED\DAI	EDNOS
<i>Drive for Thinness</i>	p<0.001	p<0.001	p=0.021	p=0.043
<i>Bulimia</i>	p<0.001	p<0.001	p=0.048	p=0.043
<i>Body Dissatisfactio</i>	p<0.001	p<0.001	p=0.007	p=1.000
<i>Ineffectiveness</i>	p<0.001	p<0.001	p=0.007	p=0.141
<i>Interpersonal Distrust</i>	p<0.001	p<0.001	p=0.008	p=0.063
<i>Interoceptive Awareness</i>	p<0.001	p<0.001	p=0.003	p=0.08
<i>Maturity Fears</i>	p<0.001	p<0.001	p=0.009	p=0.408
<i>Social Insecurity</i>	p<0.001	p<0.001	p=0.045	p=0.08
<i>Perfectionism</i>	p<0.001	p=0.004	p=0.058	p=0.130
<i>Ascetism</i>	p<0.001	p<0.001	p=0.326	p=0.06
<i>Impulsiveness</i>	p<0.001	p<0.001	p=0.05	p=0.138

ALTRI TESTS - RICOVERO vs DIMISSIONE X DIAGNOSI

	An	Bn	BED\DAI	EDNOS
BITE	p<0.001	p<0.001	p<0.001	p=0.043
BES	p<0.001	p<0.001	p=0.003	p=0.008
EAT 40	p<0.001	p<0.001	p=0.008	p=0.153
BAT	p<0.001	p=0.002	p=0.026	p=0.50

SCL90 RICOVERO vs DIMISSIONE X DIAGNOSI

	An	Bn	BED\DAI	EDNOS
<i>Obsessionality-Compulsivity</i>	p<0.001	p<0.001	p=0.002	p=0.001
<i>Interpersonal Sensitivity</i>	p<0.001	p<0.001	p<0.001	p=0.043
<i>Depression</i>	p<0.001	p<0.001	p=0.003	p=0.045
<i>Somatization</i>	p<0.001	p<0.001	p=0.007	p=0.296
<i>Anxiety</i>	p<0.001	p<0.001	p=0.021	p=0.144
<i>Hostility</i>	p<0.001	p<0.001	p=0.002	p=0.345
<i>Psychoticism</i>	p<0.001	p<0.001	p=0.003	p=0.176
<i>Sleep</i>	p<0.001	p<0.001	p=0.007	p=0.223
<i>Phobic Anxiety</i>	p<0.001	p<0.001	p=0.262	p=0.043
<i>Paranoid Ideation</i>	p<0.001	p<0.001	p=0.054	p=0.015
<i>General Symptomatic Index</i>	p<0.001	p<0.001	p=0.006	p=0.093