



La comunità «IN VOLO»  
esperienza di integrazione nella cura dei DCA

*Paolo Chierchia*

Residenza Trattamenti Riabilitativi In Volo

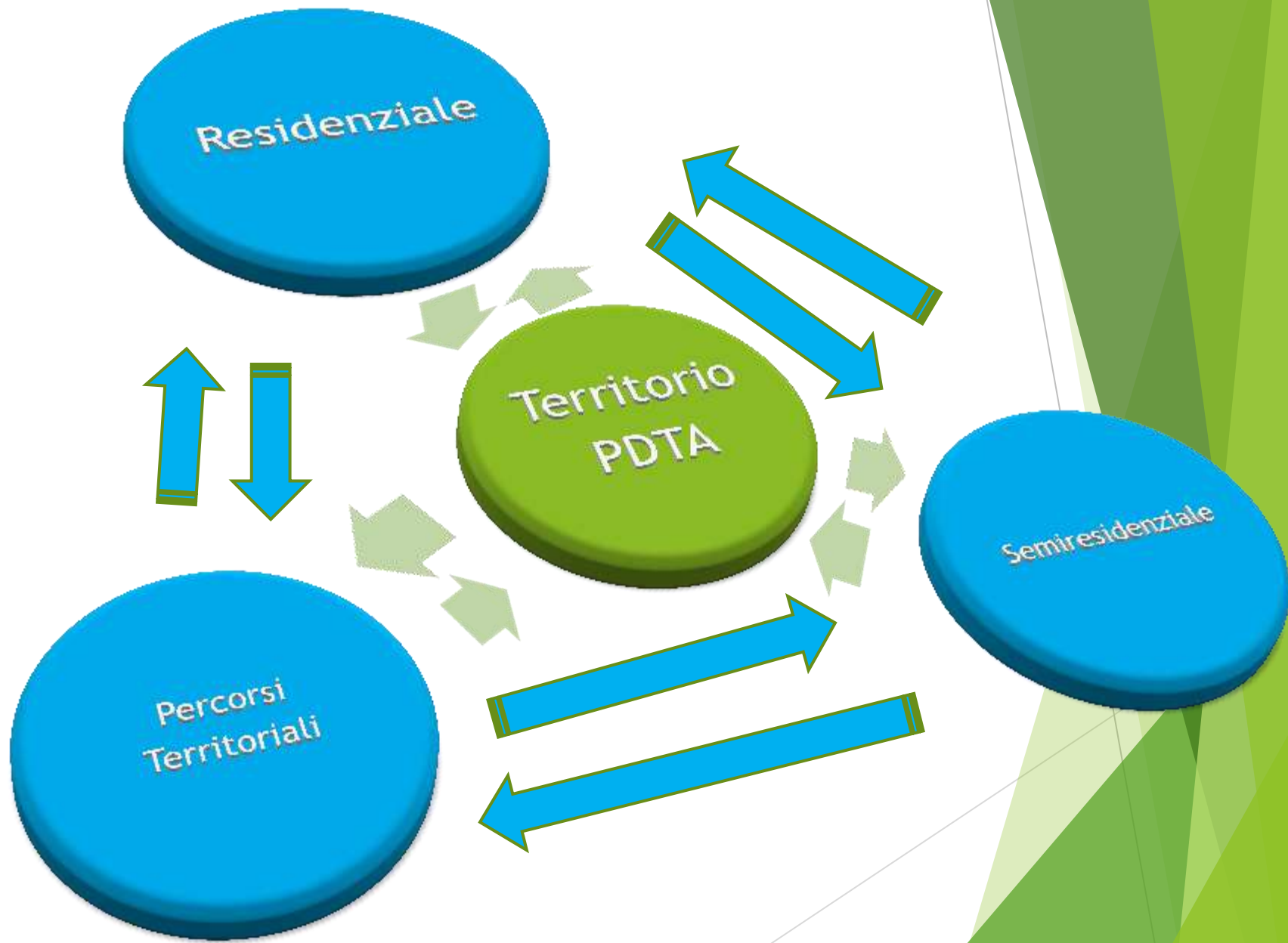
Parma, 19 ottobre 2017



# *Residenza Trattamenti - Riabilitativi* *«In Volo»*

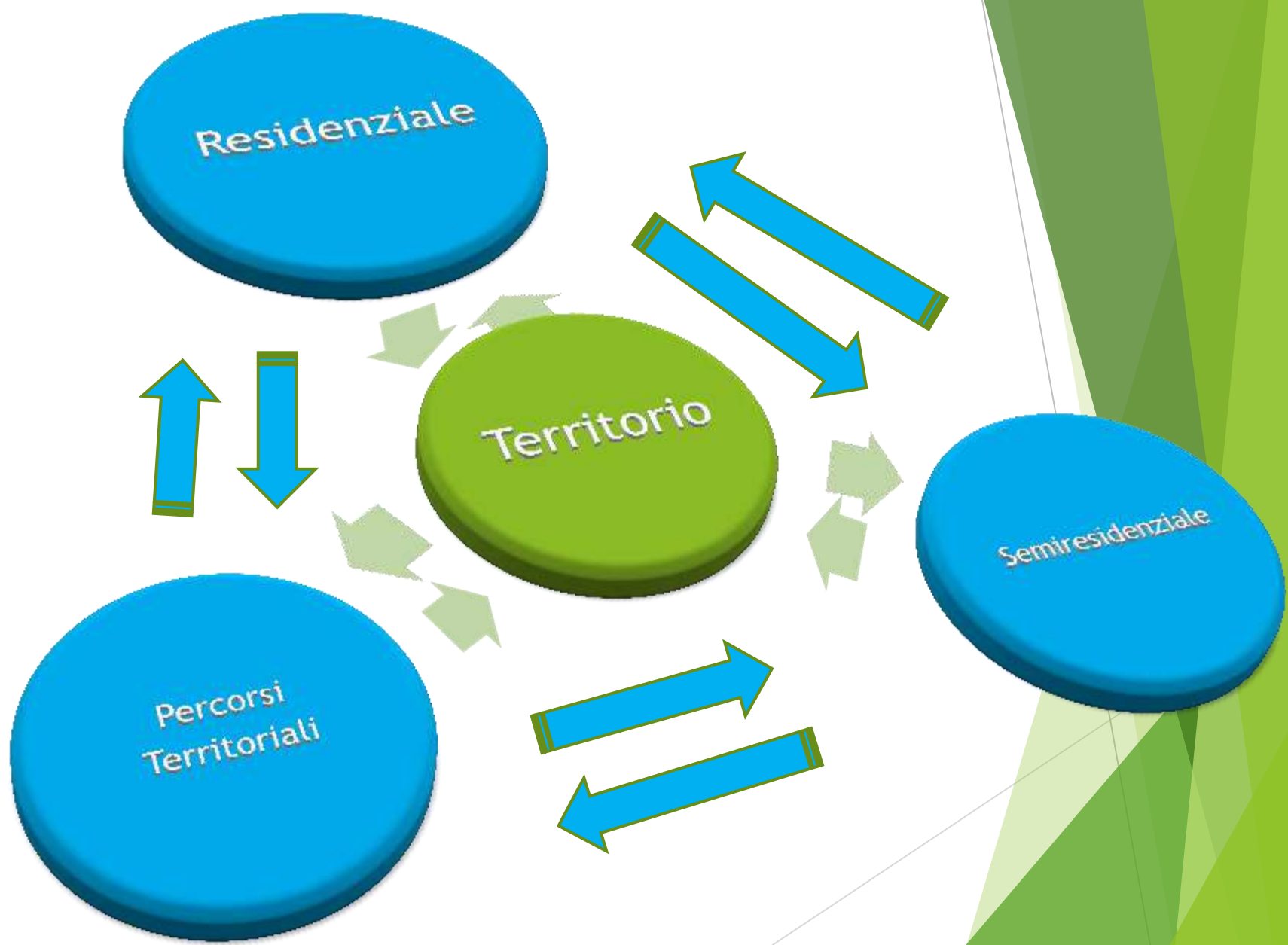
Paolo Chierchia - RTR «In Volo»





# Di cosa si occupa «In Volo»

- **Trattamento**
  - Residenziale
  - Semiresidenziale
- **Assistenze – Percorsi territoriali**
  - Domiciliari
  - Ospedaliera
  - Ambulatoriali



# Cos'è «In Volo»...

Residenza Trattamenti Riabilitativi

20 Posti in regime Residenziale

10 Posti in regime Semi-Residenziale

Equipe Multidisciplinare

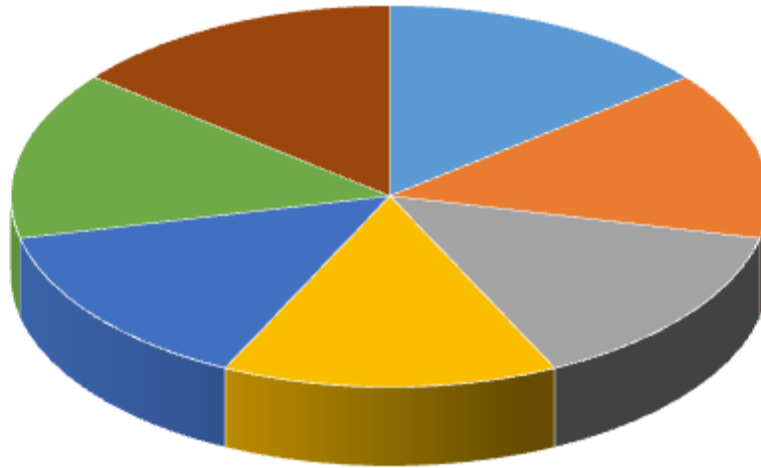




# L'avvio del progetto residenziale...

- Avviene tramite richiesta dei Servizi Territoriali di Riferimento
- Oppure tramite richiesta privata
- Prevede una prima visita di valutazione multidisciplinare e di conoscenza della comunità
- Persegue obiettivi specifici, condivisi e monitorati con l'equipe inviante

# Equipe



- Psichiatra
- Psicoterapeuta
- Medico Intenista
- Infermiere
- Educatore
- OSS
- Dietista

## Multidisciplinarietà

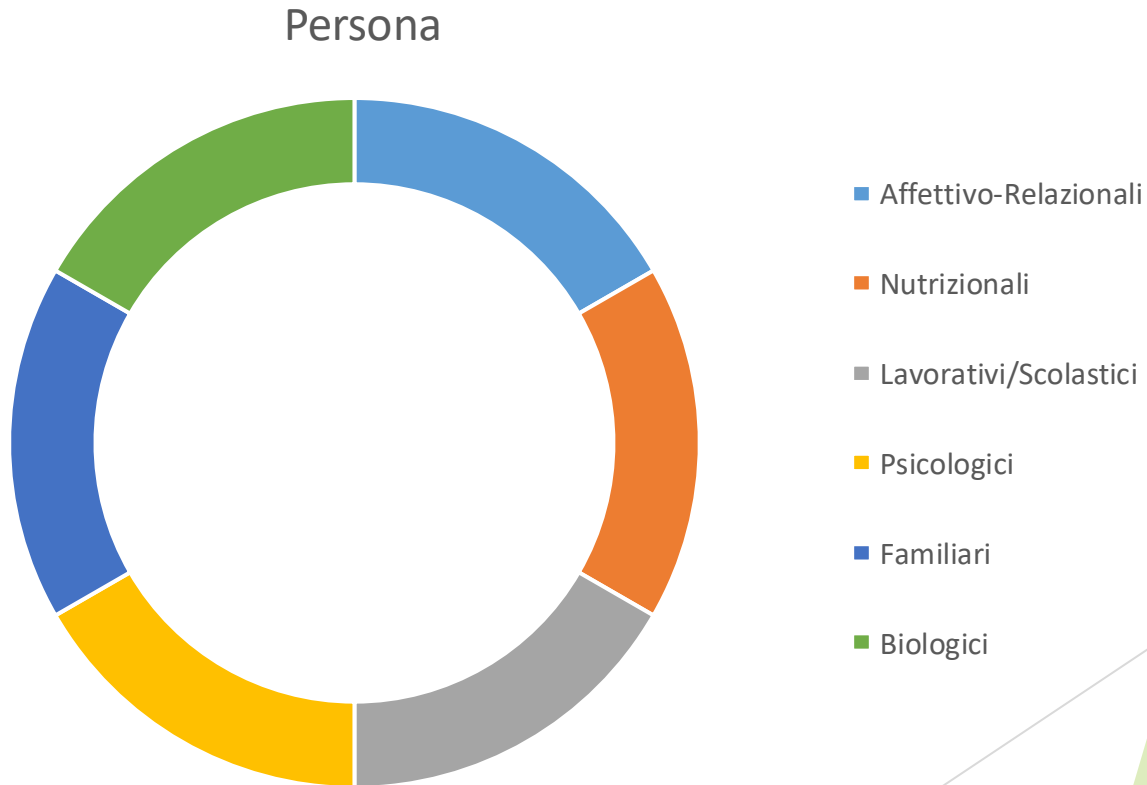


# L'equipe lavora in sinergia ad un progetto terapeutico individualizzato





# Il progetto terapeutico individuale rispecchia la complessità e l'interezza della persona...





Ogni persona definisce  
e ridefinisce  
il progetto con  
l'equipe, i familiari e  
gli inviati



# Incontri di monitoraggio del PTI

- ▶ Evidenziare l'andamento del progetto
- ▶ Valutare gli obiettivi
- ▶ Concordare nuovi obiettivi
- ▶ Favorire l'integrazione e la continuità terapeutica



# Per ogni persona si costruisce un sentiero....

Paolo Chierchia - RTR «In Volo»





# Fatto di tratti comuni.....

Paolo Chierchia - RTR «In Volo»



immagine tratta da:<http://www.altapusteria.com>



# Di momenti di orientamento....



# Scelte individuali...







# Ma con una meta comune!



DCA

Guarigione

Progetto Terapeutico Individualizzato



Percorrendo il progetto riabilitativo  
muta costantemente il rapporto con  
l'equipe, con la comunità  
e con il territorio...





Il Territorio da «luogo» di fobie,  
evitamenti e controllo  
mira ad essere «fonte» di stimoli,  
gratificazioni e relazioni.



Paesaggio con covoni e luna nascente (Kröller-Müller Museum, Otterlo) Van Gogh



# Obiettivi...

- Normalizzazione del peso
- Assenza di comportamenti compensatori
- Assenza di comportamenti alimentari disfunzionali
- Miglioramento della percezione dell'immagine corporea
- Ripresa dell'attività scolastica o lavorativa
- Miglioramento della qualità delle relazioni sociali e familiari
- Riduzione delle complicanze organiche



# Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE PER L'IGIENE E LA SICUREZZA  
DEGLI ALIMENTI E LA NUTRIZIONE

## LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI PER LA RIABILITAZIONE NUTRIZIONALE NEI DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE

**Tabella XX. Riassunto dei principali criteri utilizzati in letteratura scientifica per la definizione di remissione**

REFERENZA	CRITERI DI REMISSIONE
Morgan-Russell (Morgan & Hayvard, 1988)	Peso $\geq 85$ % del BMI ideale Mestruazioni regolari (non includendo mestruazioni irregolari) Assenza di sintomi bulimici
Pike (Pike, 1998)	Peso $\geq 90$ % del peso ideale Ripresa delle mestruazioni Assenza di comportamenti di compensazione Sottoscale Eating Disorder Examination (EDE, Fairburn et al. 1993) entro 2 DS dalla norma
Kordy (Kordy et al., 2002)	BMI $\geq 19$ Assenza di abbuffate, vomito e uso di lassativi Assenza di estrema paura di guadagnare peso
Morgan- Russell Modificati (Pike et al., 2003)	Mestruazioni regolari (non includendo mestruazioni irregolari) Peso $\geq 85$ % del BMI ideale Assenza di abbuffate e di comportamenti di compensazione Sottoscale EDE entro 1 DS dalla norma
Eating Disorder Diagnostic Scale (Stice et al., 2000, 2004)	BMI $\geq 17.5$ (per AN) Mestruazioni regolari Assenza di disturbi alimentari conclamati o sotto soglia
DSM-IV-TR (2004)	Peso $85 \geq$ % del peso ideale Assenza di amenorrea (accettabili mestruazioni irregolari) Sintomi psicologici entro un <i>range</i> normale (sottoscale EDE entro 2 DS dalla norma)
Bardone – Cone (Bardone-Cone et al., 2010)	BMI $\geq 18.5$ Assenza di abbuffate, vomito o digiuno (negli ultimi 3 mesi) Assenza di disturbi alimentari correnti Sottoscale EDE-Q entro 1 DS dalla norma



*The Minnesota*  
**STARVATION** experiment

## LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI PER LA RIABILITAZIONE NUTRIZIONALE NEI DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE

*Un modello multidisciplinare per gli interventi nutrizionali*

**Tabella.** I principali sintomi da malnutrizione

### **Effetti psicologici**

- Modificazione del modo di pensare
- Preoccupazioni nei confronti del cibo e dell'alimentazione
- Danneggiamento della concentrazione
- Pensiero inflessibile
- Difficoltà nel prendere decisioni
- Procrastinazioni
- Modificazioni emotive (sbalzi del tono dell'umore, depressione, irritabilità)
- Aumento dell'ossessività (necessità di prevedibilità, di seguire una routine e di tenere le cose in ordine e di accumulare le cose)
- Ritualità alimentari (tagliare il cibo in piccoli pezzi o in forme geometriche, mangiare lentamente)

37

### **Effetti psicosociali**

- Perdita di interessi
- Perdita del desiderio sessuale
- Isolamento sociale

### **Effetti fisici**

- Modificazioni nella struttura e nella funzione del cervello
- Perdita di massa ossea
- Sentire freddo
- Disturbi del sonno
- Debolezza muscolare
- Sensazione di pienezza
- Danneggiamento della fertilità
- Diminuzione del metabolismo basale



# Obiettivi...

- Normalizzazione del peso
- Assenza di comportamenti compensatori
- Assenza di comportamenti alimentari disfunzionali
- Miglioramento della percezione dell'immagine corporea
- Ripresa dell'attività scolastica o lavorativa
- Miglioramento della qualità delle relazioni sociali e familiari
- Riduzione delle complicanze organiche



# La ripresa della vita sociale è favorita da...

- ✓ Vita di comunità
- ✓ Recupero ponderale
- ✓ Recupero di sane regole alimentari
- ✓ Riscoperta del ruolo sociale dell'alimentazione
- ✓ Miglioramento delle capacità relazionali e comunicative
- ✓ Percorso di alfabetizzazione emotiva
- ✓ Sperimentazioni graduali





# Vita di Comunità

Far parte di un gruppo comunità permette di

**Sperimentare relazioni a livelli differenti con la possibilità di migliorare l'autoconsapevolezza di sé grazie al rispecchiamento, al confronto ed alla narrazione.**

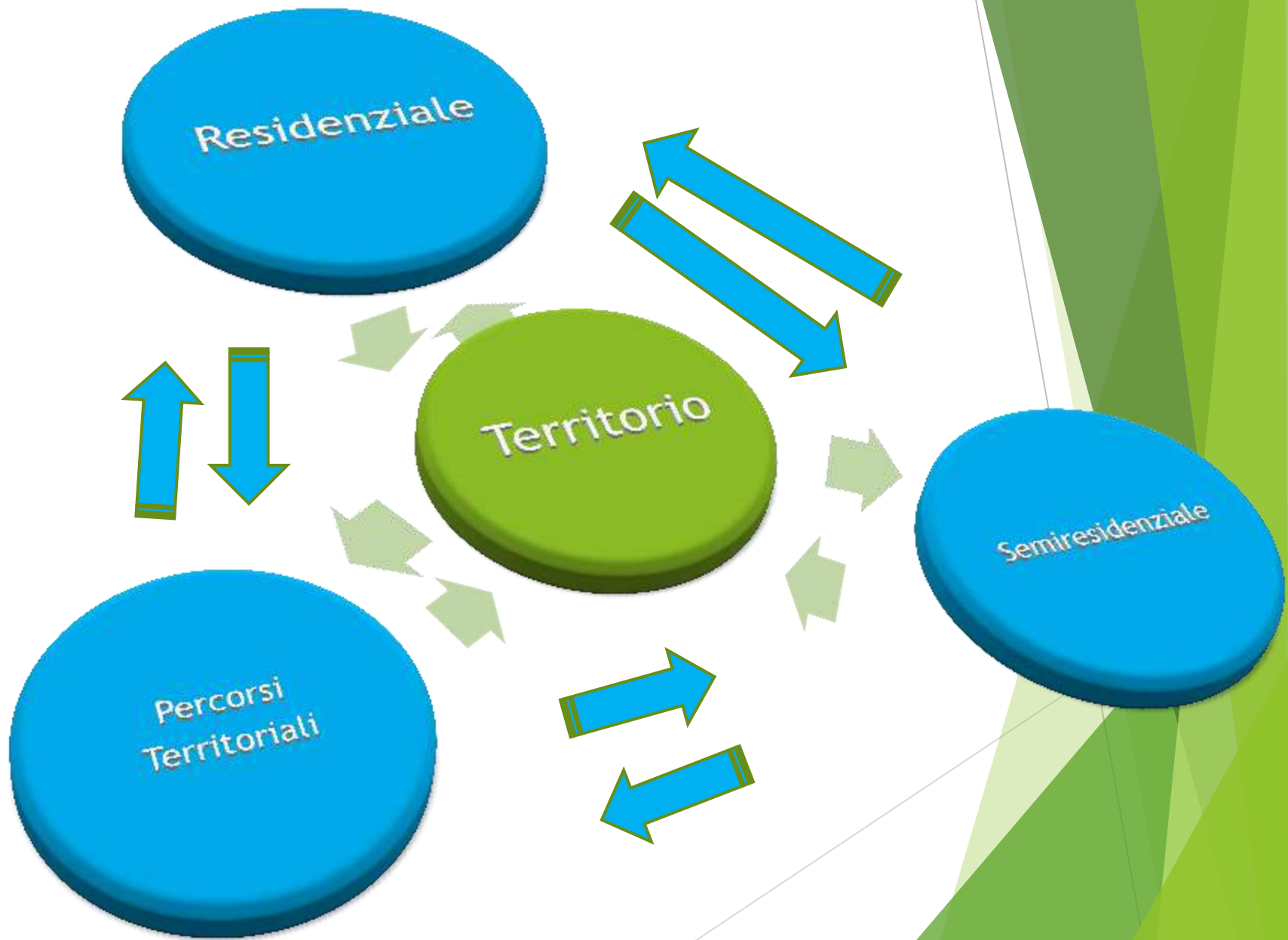
L'interazione con il gruppo operatori permette di rielaborare nel'hic et nunc pensieri e comportamenti disfunzionali



# Strumenti...

- Piano alimentare personalizzato
- Pasti assistiti
- Colloqui Psichiatrici
- Psicoterapia individuale e di gruppo
- Visite internistiche
- Percorso scolastico
- Gruppi educativi
- Attività ludico ricreative
- Attività di ri-socializzazione
- Sperimentazioni graduali
- Gruppi Psicoeducazionali
- Gruppo sull'immagine corporea
- Gruppo cognitivo comportamentale







# Trattamento riabilitativo SemiResidenziale

Pre- Residenzialità

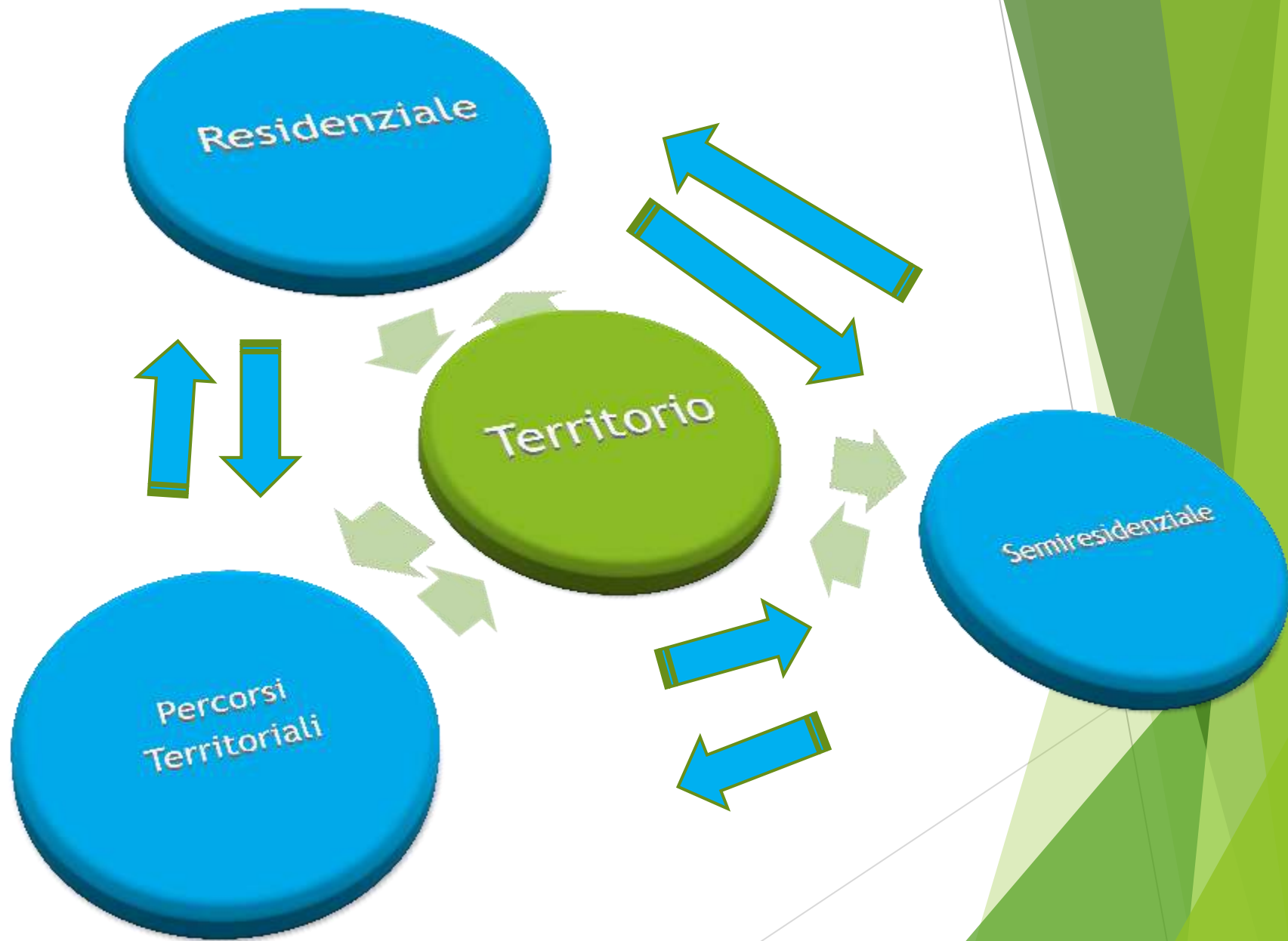
Post- Residenzialità

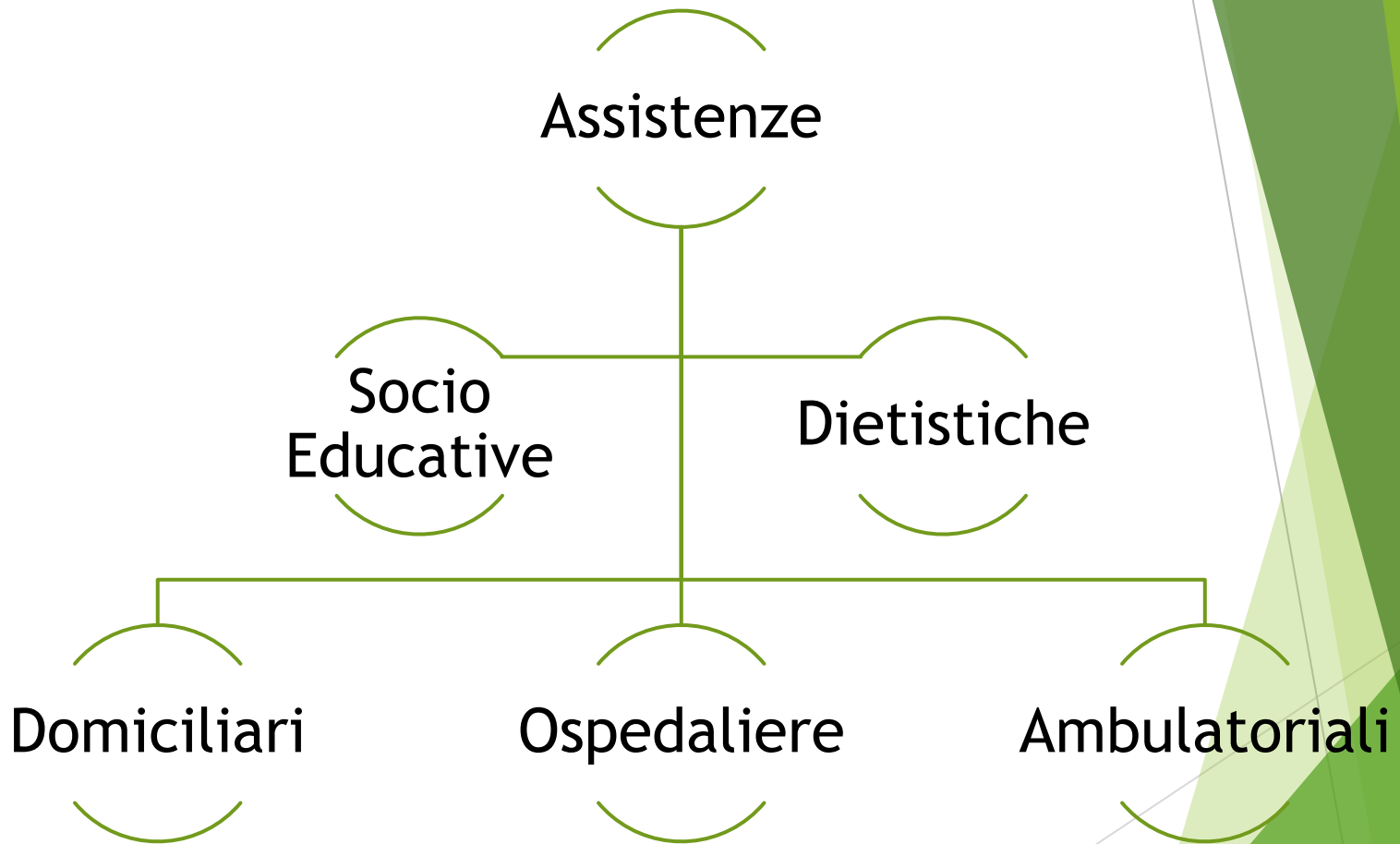
Ad integrazione del  
percorso territoriale



# Trattamento semi-residenziale: obiettivi

- Garantire continuità rispetto al percorso residenziale
- Sperimentare le competenze e le autonomie
- Facilitare il passaggio al livello ambulatoriale
- Monitorare le condizioni
- Rinforzare la motivazione
- Effettuare una fase valutativa
- Effettuare pasti assistiti







# Assistenze

Svolge da OSS, educatori o dietiste formate sulla RPP

Rapporto 1:1

Svolge a casa o in ospedale

Integrate al progetto di cura della persona

Prevedono incontro di monitoraggio e verifica



## Assistenze

Supportano il lavoro di  
eliminazione delle condotte  
compensatorie

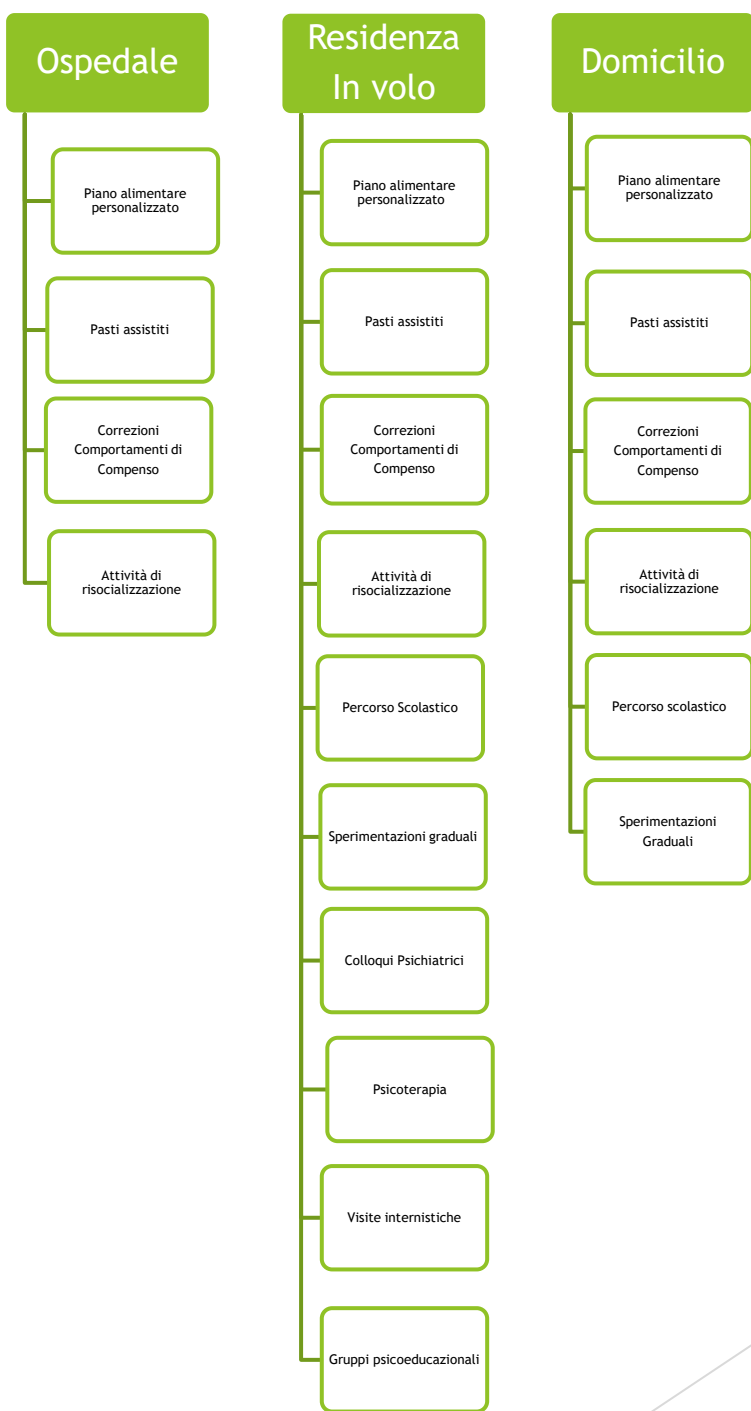
---

Facilitano la  
conoscenza delle  
difficoltà della  
persona, grazie  
all'osservazione  
diretta e costante

---

Favoriscono  
l'adesione al  
piano alimentare  
ed ad attività  
ricreative

---



Continuità... Integrazione....

# I modelli di Intervento...

Paolo Chierchia - RTR «In Volo»





# La riabilitazione psiconutrizionale progressiva:

E' una specifica tecnica riabilitativa 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.



# RPP in Comunità:

Piano alimentare personalizzato

Partenza dalle reali abilità di cui dispone l'utente al momento del ricovero

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 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 del disturbo dell'immagine corporea (attività svolte in comunità)

# RPP™





# La riabilitazione nutrizionale progressiva e concordata: **obiettivi**

- **R**idurre il comportamento alimentare disturbato
- **R**estaurare un peso sano
- **T**rattare comorbidità psichiatrica
- **C**orreggere pensieri ed emozioni maladattativi
- **T**rattare complicanze fisiche
- **F**acilitare la prosecuzione del trattamento nel post ricovero



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

Istituto Superiore di Sanità  
Roma, 24-25 ottobre 2012



ISSN 1123-3117

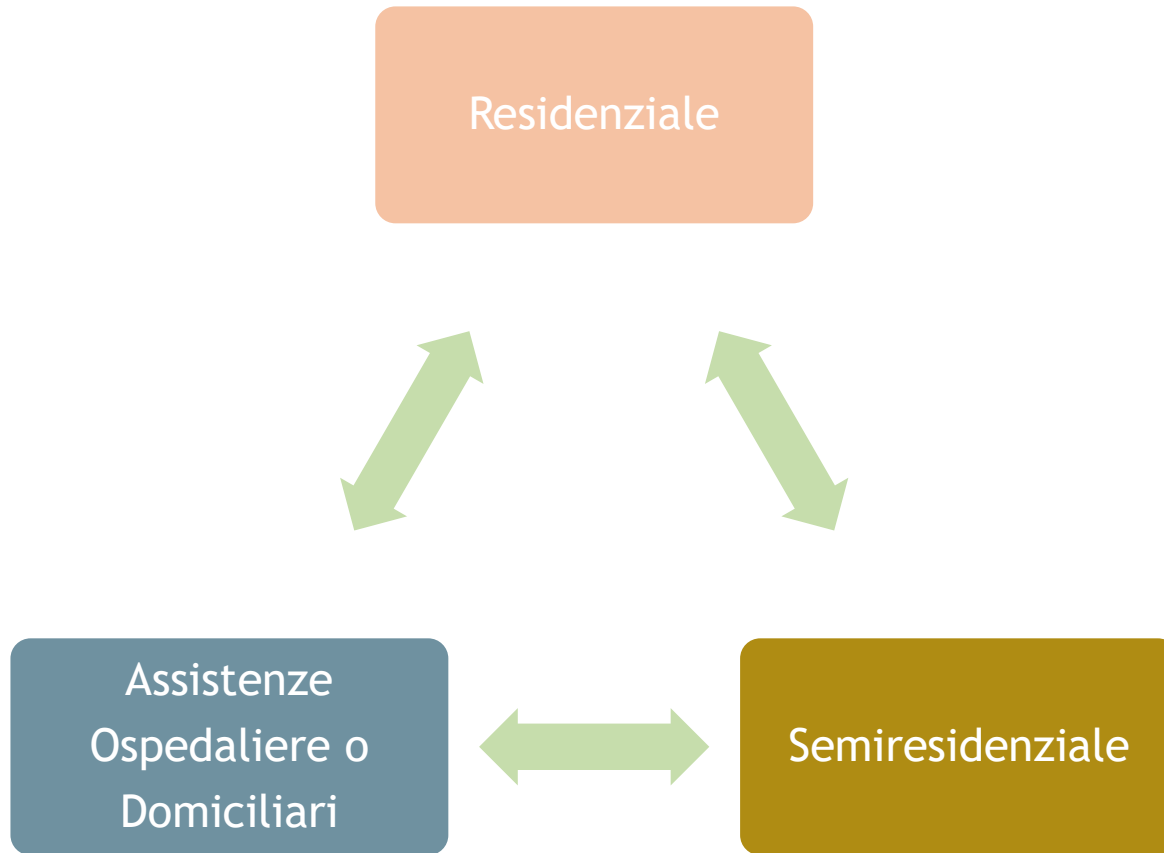
A cura di G. De Virgilio,  
D. Coclite, A. Napoletano,  
D. Barbina, L. Dalla Ragione,  
G. Spera e T. Di Fiandra

(NICE 2004 grado C).

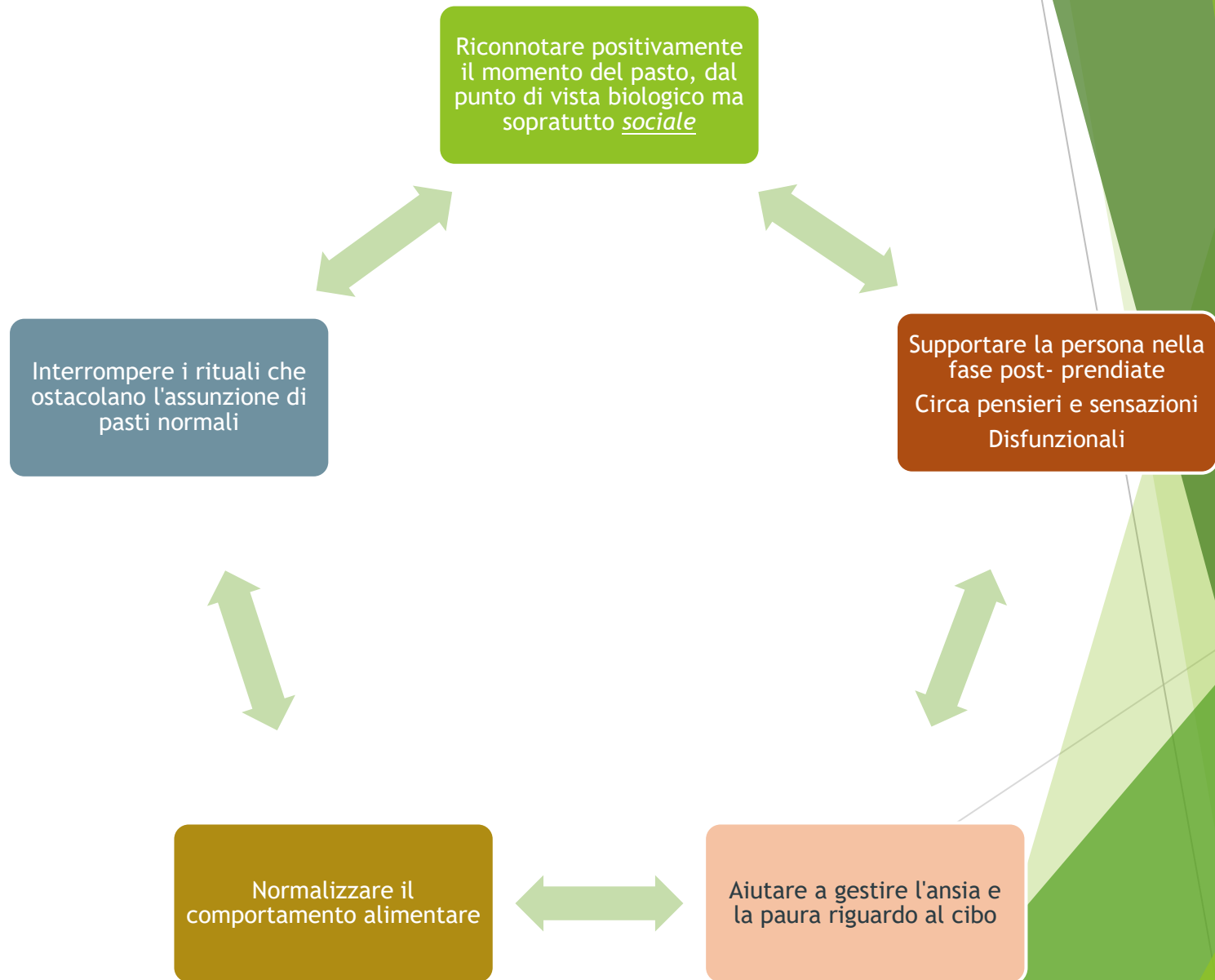
La riabilitazione nutrizionale è indicata a tutti i livelli di trattamento per il recupero ponderale, la ristrutturazione dei pattern alimentari, il raggiungimento di una percezione normale delle sensazioni di fame e sazietà e la correzione di tutte le conseguenze biologiche e psichiche della malnutrizione. È importante che i programmi di rialimentazione siano applicati in contesti non giudicanti e che garantiscano un supporto emotivo adeguato al paziente (APA 2006 livello I). Il *counselling* nutrizionale non deve essere utilizzato come trattamento esclusivo per l'AN (NICE 2004 grado C). Le evidenze per quanto riguarda l'utilità di un trattamento psicofarmacologico sulle componenti nucleari dei DCA sono molto limitate (Bulik *et al.*, 2007); il trattamento psicofarmacologico può invece certamente essere utile nell'appropriato trattamento delle condizioni di comorbidità psichiatrica, benché alcuni farmaci debbano essere utilizzati con cautela, in considerazione della vulnerabilità fisica di molti pazienti con AN (NICE 2004 grado C). Per gli antipsicotici di seconda generazione (olanzapina, risperidone, quetiapina) mancano dati certi provenienti da studi controllati. L'impressione clinica suggerisce che possono essere utili nei pazienti che presentano resistenza al recupero ponderale, pensiero ossessivo, negazione della malattia (APA 2006 livello III).



# Pasti Assistiti



# Pasti Assistiti





# Pasti Assistiti

**LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI PER LA RIABILITAZIONE  
NUTRIZIONALE NEI DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE**

*Un modello multidisciplinare per gli interventi nutrizionali*

## **Vantaggi del pasto assistito**

I vantaggi correlati a percorsi che prevedano il pasto assistito sono collegati alla possibilità di ridurre la durata dei ricoveri e la necessità di metodi di rialimentazione più aggressivi e invasivi. Per i membri del team terapeutico, inoltre. Il supporto al pasto è un'opportunità per sviluppare un rapporto con i pazienti e osservare i loro comportamenti alimentari. Queste osservazioni possono integrare valutazioni mediche e psicosociali ed evidenziare problematiche utili per il trattamento psicoterapico e nutrizionale che potranno essere affrontati in sedute di terapia individuale e/o di gruppo.



# Coinvolgimento familiare

Definizione pti

Gruppi  
psicoeducazionali

Training  
Personalizzato



# Gruppi Psicoeducazionali

- ❖ 17 incontri a cadenza settimanale
- ❖ Coinvolgono genitori ed ospiti
- ❖ Sono tenuti a rotazione da tutte le figure dell'equipe
- ❖ Affrontano tutti gli aspetti dei Dca



# Scuola a distanza

- Viene garantita a tutti i pazienti
- Prevede un tutor e un programma di studi personalizzato
- Garantisce la continuità scolastica
- Offre l'opportunità di riprendere gli studi con un affrancamento e supporto
- Rappresenta una potente fonte di stimolazioni e gratificazioni
- Permette di riprendere contatti sociali



# Modello Comunitario

- Centralità dell'equipe
- Importanza della relazione
- Valorizzazione del confronto e della consapevolezza degli stati emotivi
- Visione integrata e globale della persona

# DCA ed emozioni....



L'inconsapevolezza interocettiva venne identificata dalla Bruch (1962) come uno dei nuclei patogenetici fondamentali dell'anoressia, definita come *l'incapacità ad interpretare gli stimoli interiori* (1978), ovvero di identificare accuratamente, rispondere e descrivere le esperienze interne, in particolare gli stati emozionali. Tale concettualizzazione sembra avere rappresentato per la comunità scientifica uno stimolo ad intraprendere un filone di ricerca che mettesse insieme le funzioni metacognitive ed i disturbi alimentari.

Negli ultimi anni, infatti, molti studi empirici (Overton, Selway, Strongman e Houston, 2005; Bydlowski et al., 2005; Carano, 2007; Corcos et al., 2000; Zonneville-Bender et al., 2004), pur utilizzando metodologie diverse e/o valutando aspetti emotivi diversi, convergono nell'affermare che la mancanza di consapevolezza emotiva rappresenta un fattore predominante nei disturbi del comportamento alimentare (DCA).

Anche le credenze autovalutative negative, derivanti soprattutto dalla convinzione di non poter fronteggiare *emozionalmente* le situazioni temute, giocano un ruolo importante nell'eziologia di questi disturbi (Sassaroli, Ruggiero, 2002; Kreitler et al., 2003; Apparigliato, Ruggiero e Sassaroli, 2004; Meyer et al., 2005). Alcuni studi (Dugas, Freeston e Ladoucer, 1997) mostrano





# *Long term Remission of AN: factors Involved in the Outcome of Female Patients*

(Cybele R. Espindola and Sergio L. Blay, Plos One. 2013)

- Interviste somministrate a Donne con AN a 5 anni dalla remissione.
- Remissione intesa come assenza di sintomi secondo il DSM-IV confermate anche da un Medico non a conoscenza dello studio.
- Temi indagati: Come è iniziato il disturbo; Cosa ha contribuito alla guarigione; Come è la tua vita dopo la guarigione?



# *Long term Remission of AN: factors Involved in the Outcome of Female Patients*

(Cybele R. Espindola and Sergio L. Blay, Plos One. 2013)

Individuati 4 elementi considerati fondamentali per una guarigione a lungo termine

1. Motivazione e Presenza di stimoli
2. Sviluppo dell'autonomia
3. Utilizzo di strumenti di autonarrazione
4. Trattamento Multidisciplinare



# Valutazione Multidimensionale Integrata

Per ogni persona che inizia il progetto si effettua una “valutazione” Multidisciplinare circa il:

- Funzionamento psichico
- Comportamento alimentare
- Condizione organica
- Le competenze e gli stili relazionali
- Funzionamento emotivo



## Sintomi da malnutrizione

La restrizione calorica e il sottopeso si associano con lo sviluppo di caratteristici sintomi, come documentato dal Minnesota Study, condotto tra il 1944 e il 1945 allo scopo di esplorare le migliori modalità di assistenza alle vittime della carestia in Europa e in Asia durante la Seconda Guerra Mondiale. Molti sintomi da malnutrizione riportati dai volontari del Minnesota Study (effetti comportamentali, psicologici, sociali, fisici – si veda la Tabella) sono simili a quelli osservati nelle persone sottopeso affette da anoressia nervosa o da altri disturbi della nutrizione e dell'alimentazione.

Il fatto che molti sintomi, riferiti dai pazienti sottopeso con disturbi dell'alimentazione, siano la conseguenza della malnutrizione e non della loro psicopatologia, indica che una valutazione attendibile della personalità e del funzionamento psicosociale di questi pazienti possa essere possibile solo dopo la normalizzazione del peso corporeo. ✓

I sintomi da malnutrizione svolgono anche un ruolo importante nel mantenere la psicopatologia del disturbo dell'alimentazione perché sono spesso interpretati dai pazienti in modo disfunzionale, come minaccia al controllo alimentare (per es. la fame) o come fallimento del controllo alimentare (per es. il precoce senso di pienezza) o come necessità di aumentare il controllo alimentare (per es. la riduzione del dispendio energetico basale), con la conseguenza che l'individuo incrementa il controllo dell'alimentazione e i livelli di restrizione dietetica. Infine, la diminuzione della socializzazione conseguente alla malnutrizione porta spesso i pazienti ad aumentare l'uso del controllo del peso, della forma del corpo e dell'alimentazione per la valutazione di sé.



# Effettuare una Valutazione Multidisciplinare Integrata

*Conoscere la persona, il suo disagio  
e che rapporto ha con il mondo e le  
persone con cui interagisce.*



# Valutazione Multidimensionale Integrata

- ✓ La valutazione fornisce elementi per la definizione del Progetto terapeutico Individualizzato
- ✓ E come il progetto terapeutico individualizzato prevede ridefinizioni puntuali, ovvero contestualmente a cambiamenti evolve la valutazione ed evolve il progetto
- ✓ La valutazione della dimensione psicopatologica avviene dopo il recupero del peso

# ALIMENTAZIONE SPONTANEA

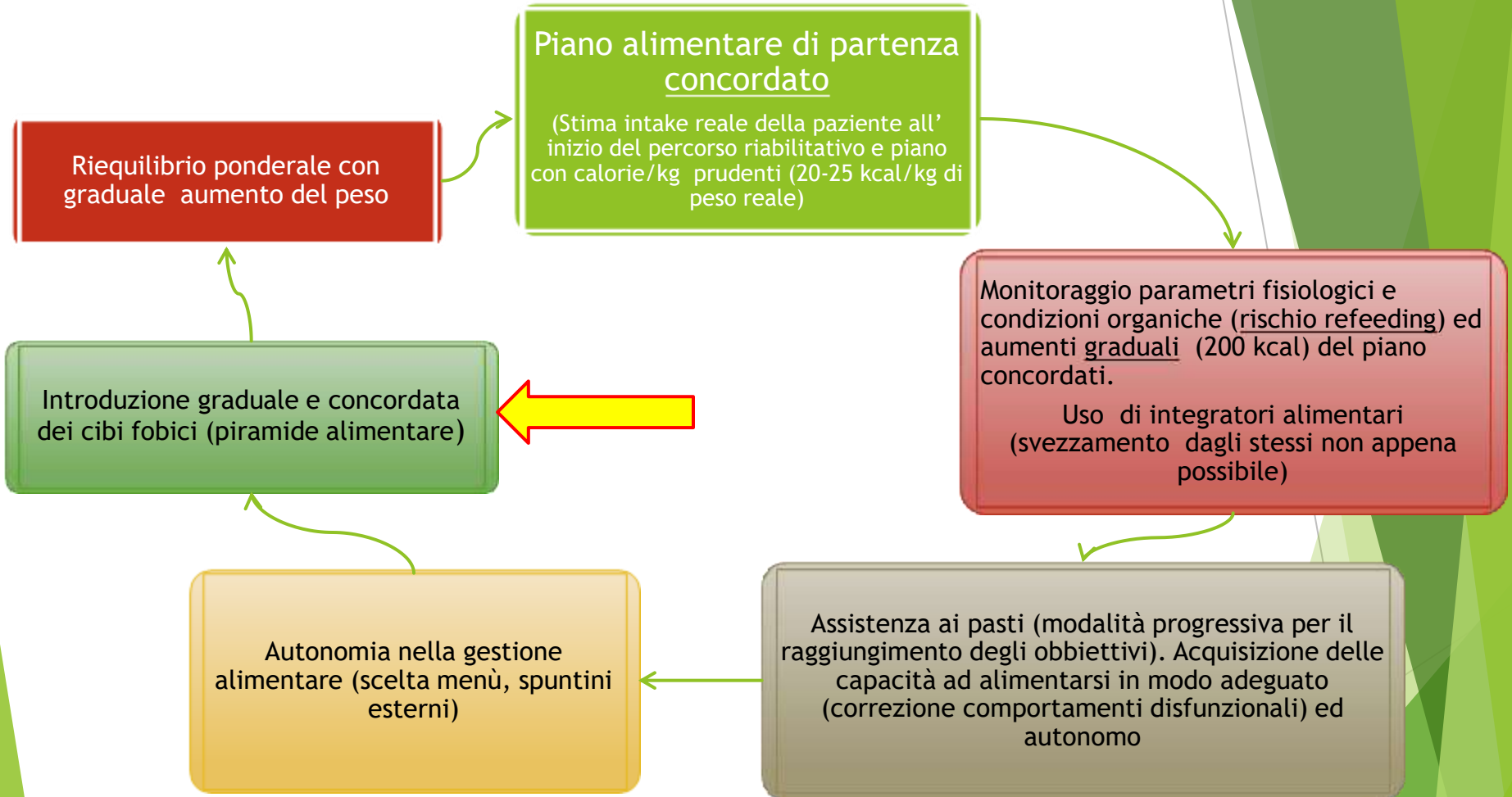
**B**asata sulla percezione della fame e della sazietà (adeguata solo in situazione di normopeso)

**F**ondata sulla capacità di mangiare in un modo che provveda alla copertura dei fabbisogni nutrizionali

**R**ispettando i gusti personali, le tradizioni, le fedi religiose,  
le abitudini sociali del luogo

**C**on modalità compatibile e adeguata al contesto dove ci si trova.

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



### Piano alimentare di partenza concordato

(Stima intake reale della paziente all' inizio del percorso riabilitativo e piano con calorie/kg prudenti (20-25 kcal/kg di peso reale))

Riequilibrio ponderale con graduale aumento del peso

Monitoraggio parametri fisiologici e condizioni organiche (rischio refeeding) ed aumenti graduali (200 kcal) del piano concordati.

Uso di integratori alimentari (svezzamento dagli stessi non appena possibile)

Introduzione graduale e concordata dei cibi fobici (piramide alimentare)

Assistenza ai pasti (modalità progressiva per il raggiungimento degli obiettivi). Acquisizione delle capacità ad alimentarsi in modo adeguato (correzione comportamenti disfunzionali) ed autonomo

Autonomia nella gestione alimentare (scelta menù, spuntini esterni)





*Il tetto si è bruciato:  
ora  
posso vedere la luna.*

Mizuta Masahide  
(1657 -1723)



# *Accatastata per il fuoco, la fascina comincia a germogliare.*

Nozawa Bonchō  
(1640 – 1714)



# Grazie per l'attenzione!!!

Paolo Chierchia - RTR «In Volo»

*The End*