Applicazione delle Linee di Indirizzo della Regione Toscana per i Disturbi Alimentari in adolescenza: la cura collaborativa con le famiglie

Indice generale della rivista

Authors:

Stefanini MC*, Balluchi L.*, Caselli M.*, Dirindelli P.*, Innocenti E.*, Troiani MR.*, Martinetti MG.*°

Affiliations:

*SODc Neuropsichiatria Infantile, AOU Careggi Firenze

Dipartimento di Neuroscienze, Psicologia, Area del farmaco e Salute del bambino - Università degli Studi di Firenze

*°Referente Scientifico per i Disturbi Alimentari della Regione Toscana

Corresponding author: Stefanini Maria Cristina, email: **mariacristina.stefanini@unifi.it** , tel. 055-4298430, fax. 0554296190

Riassunto

Il lavoro si colloca all'interno della cornice teorica di riferimento rappresentata dal modello di intervento multidisciplinare integrato che le Linee Guida internazionali considerano centrale nella cura dei pazienti con Disturbo Alimentare e che la regione Toscana si è proposta di promuovere e verificare con la stesura delle "Linee di indirizzo per la realizzazione di una rete integrata di servizi per la prevenzione e cura dei DA nella Regione Toscana". In questo ambito l'età evolutiva pone una sua propria specificità dell'intervento legata a fattori quali le conseguenze della patologia sul processo di modificazione adolescenziale, la necessaria personalizzazione del trattamento ed il coinvolgimento delle famiglie nel percorso di cura. Crescenti evidenze empiriche hanno infatti portato ad un progressivo spostamento del focus di attenzione non solo ai fattori familiari che possono contribuire allo sviluppo e al mantenimento del DA, ma anche a quelli che possono favorire l'esito positivo del trattamento, paradigma della "Family based therapy", considerata come psicoterapia di elezione per i DA in età evolutiva. Ispirato a questo modello ed in linea con la proposta del gruppo di Janet Treasure, è nato nel 2012 presso la SOD di NPI dell'Azienda Universitaria Ospedaliera di Firenze, un progetto pilota per il coinvolgimento in gruppi psicoeducazionali dei familiari dei pazienti con DA ricoverati per scompenso somatopsichico. Il progetto si inserisce in un modello di intervento intensivo, attuato nel periodo di ricovero che prevede un percorso di psicoterapia individuale basata sulla mentalizzazione, una riabilitazione dietetico nutrizionale e il lavoro con i genitori finalizzato al sostegno alla genitorialità in situazioni di psicopatologia del figlio. L'esperienza pilota condotta conferma che il Modello Maudsley potrebbe divenire un intervento centrale per integrare un approccio family-based, che emerge come di prima scelta per l'età evolutiva, con l'approccio multidisciplinare integrato previsto dalle Linee di Indirizzo Regionali.

Abstract

The work is part of the theoretical frame of reference represented by the model of integrated multidisciplinary approach that the international guidelines consider a core feature of care of Eating Disorders (ED). In this respect Tuscan Regional Government has promote "Guidelines for the implementation of an integrated network of services for the prevention and treatment of ED in Tuscany". Childhood and adolescence need a specific intervention related to consequences of disease on growth and development, customization of treatment and the involvement of families in the care process. Growing empirical evidence have led to a gradual shift of focus of attention not only to family factors that may contribute to the development and maintenance of the DA, but also to those factors that may facilitate the success of the treatment. "Family-based therapy " has become a psychotherapy of choice for the ED during development. Inspired by this model and in line with the proposal of the group of Janet Treasure, a pilot project has been performed in 2012 at the Neuropscychiatry Department of Careggi University Hospital of Florence. We had psychoeducational groups for parents of inpatients presenting with acute ED. The project is included in a model of intensive intervention, implemented during the period of hospitalization which provides individual mentalization based therapy, a dietary nutritional rehabilitation and work with parents aimed to support parenting in situations of child psychopathology. The pilot study seems to confirm that the Maudsley Model could become an essential part of the treatment of ED, especially in adolescence, combined with the integrated multidisciplinary approach as indicated by the Regional Address lines.

1. Introduzione

Le linee guida internazionali (APA, 2000), il progetto nazionale "Le buone pratiche di cura e la prevenzione sociale nei disturbi del comportamento alimentare" (2011) e il Documento di Consenso per la cura dell'Obesità e dei Disturbi Alimentari (2010), forniscono indicazioni riguardo alle modalità di intervento per i Disturbi Alimentari (DA). Ogni intervento deve realizzarsi attraverso una presa in carico integrata multidisciplinare che si articoli nella cura degli aspetti psicologico/psichiatrici, dietetico/nutrizionali e medici attraverso la condivisione del progetto terapeutico fra i diversi professionisti coinvolti. A seconda delle necessità di cura vengono identificati diversi livelli (*format*) di trattamento: prevenzione, ambulatorio, centro diurno/day hospital e centro residenziale a livello territoriale; ricovero medico e specialistico a livello ospedaliero. La Regione Toscana ha in questi anni promosso e sostenuto la necessità di individuare percorsi specifici per i DA, in rete, che garantiscano quanto indicato dalle linee guida, definendo nel 2006 delle "Linee di indirizzo per la realizzazione di una rete integrata di servizi per la prevenzione e cura dei DA nella Regione Toscana", con la finalità di verificare il complesso problema delle tipologie di servizi preposti alla prevenzione e alla cura dei DA nel territorio regionale e dell'appropriatezza degli interventi da questi erogati, superando la frammentazione delle azioni e fornendo un quadro di riferimento chiaro e articolato per lo sviluppo di interventi integrati, coordinati e professionalmente qualificati.

In attesa della informatizzazione delle schede cliniche che permetterà un osservatorio epidemiologico sulla incidenza e prevalenza di queste patologie, i dati epidemiologici attualmente a disposizione, relativi alla Regione Toscana, sono quelli relativi alle Schede di Dimissione Ospedaliera, monitorate dal 2005 al 2010, con una sostanziale

stabilità nel tempo. Attualmente la prevalenza trattata a livello ospedaliero per i DA è di circa 10/100000 abitanti (considerando tutte le fasce di età). I pazienti ricoverati con Prima Diagnosi di DA nel 2010 sono stati 555, di cui 161 afferiscono dalle altre regioni italiane. La distribuzione per fasce di età mette in evidenza l'importante prevalenza trattata di questi disturbi nell'infanzia e nell'adolescenza (278 pazienti < 18 anni), con un caso su quattro (118 pazienti) nella fascia 0-8 anni.

In età evolutiva il concetto di integrazione si estende, comprendendo la necessità di una specifica formazione, con particolare riferimento alle conoscenze neuro-psico-sociologiche relative al passaggio dall'infanzia all'adolescenza, e di percorsi terapeutici e di prevenzione dedicati. L'età evolutiva pone inoltre una sua propria specificità dell'intervento legata alla previsione della possibile lunga durata della malattia che in quanto tale determina una sospensione o una interruzione del processo di modificazione adolescenziale, comportando la necessità di interventi intensivi ed estensivi multidimensionali, che prevedano un ventaglio di risposte integrate, dalla iniziale valutazione diagnostica ai differenti momenti del percorso terapeutico, e che garantiscano la continuità tra i differenti livelli assistenziali nel percorso di cura per evitare l'instaurarsi di rigidi meccanismi di auto mantenimento, in un'ottica di prevenzione terziaria.

Nell'infanzia e nell'adolescenza risultano fattori protettivi nella cura anche la personalizzazione del trattamento e il coinvolgimento della famiglia, spesso in stato di profonda sofferenza a fronte di problematiche psicopatologiche del paziente. Si impone dunque in queste fasce di età una contemporaneità dell'intervento con il bambino o adolescente e con il contesto relazionale in cui è inserito, con particolare riferimento ai caregivers. Proprio la sospensione/interruzione del processo adolescenziale conseguente alla possibile lunga durata della malattia, impone una riflessione sulle modalità terapeutiche che maggiormente incidano sui fattori di mantenimento e permettano di utilizzare la preziosa risorsa dell'ambiente familiare in cui l'adolescente cresce, ambiente spesso troppo provato per riconoscersi questa possibilità.

A questo proposito il Piano Sanitario della Regione Toscana del 2012, per la specificità e complessità delle problematiche afferenti alla tutela e promozione della salute mentale in infanzia e adolescenza, conferma l'attenzione degli anni precedenti e l'impegno verso lo sviluppo di servizi per l'età evolutiva in grado di rispondere adeguatamente a bisogni molto differenziati e relativi a fasce di età diverse. Le molteplici attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione cui sono tenuti i servizi per la salute mentale infanzia ed adolescenza richiedono una forte integrazione con tutti i soggetti coinvolti che si occupano del bambino, dell'adolescente e della sua famiglia. Nel corso degli ultimi decenni la terapia familiare si è gradualmente confermata come un importante approccio terapeutico nei Disturbi Alimentari dell'adolescenza, portando al coinvolgimento attivo della famiglia nel processo di trattamento. Crescenti evidenze empiriche hanno portato ad un progressivo spostamento del focus di attenzione non solo ai fattori familiari che possono contribuire allo sviluppo e al mantenimento del DA, ma anche a quelli che possono favorire l'esito positivo del trattamento, paradigma della "Family based therapy".

Le Linee Guida APA e NICE e le revisioni sistematiche presenti nella letteratura scientifica più recente (Keel e Haed, 2008; Smith e Cook-Cottone, 2010), si sono occupate di stabilire quale sia l'efficacia dell'intervento Family-Based per i DA in età evolutiva. I dati a disposizione non sono di univoca lettura, tuttavia emerge l'indicazione alla Family-Based Therapy (FBT) come psicoterapia di elezione per i DA in età evolutiva. La review di Smith e Cook-Cottone (2010) evidenzia i limiti degli studi randomizzati controllati realizzati nel corso degli ultimi due decenni (mancanza di adeguate indagini su mediatori e moderatori, campioni di pazienti esigui, assenza di confronti significativi fra le terapie a diverso orientamento). La review giunge tuttavia alla conclusione che vi è una indicazione a considerare come trattamento di prima scelta quello della FBT per l'età evolutiva. A seconda dell'assetto familiare i clinici possono orientarsi per una terapia che coinvolga tutti i membri della famiglia assieme (Conjoint Family Therapy) o li coinvolga separatamente (Separated Family Therapy) in *setting* flessibili.

2. Materiali e metodi

L'approfondimento dei dati della letteratura, finalizzato alla comprensione di questo modello e alla verifica della riproducibilità nella rete dei servizi per i DA della Regione Toscana, ci ha messi in contatto con i professionisti che hanno applicato il Modello Maudsley ed ha prodotto un primo incontro ad Arezzo con la prof.ssa Janet Treasure. Tale modello rappresenta un approccio di intervento precoce per i familiari di adolescenti con DA, finalizzato a fornire ai genitori e più in generale a chi vive a stretto contatto con i pazienti affetti da DA (individuati tutti con il termine di carers) le abilità necessarie a favorire il cambiamento dei loro cari ed interrompere il perpetuarsi di fattori relazionali di mantenimento del disturbo. Prendendo spunto dal lavoro con le famiglie di Minuchin et al. (1978), il Modello Maudsley si sviluppa a partire dagli anni '80 del secolo scorso grazie a Eisler e Dare, giungendo a una prima sistematizzazione manualizzata nel 2001 (Lock et al), riguardante pazienti affetti da DA in trattamento ambulatoriale. Nell'ultimo decennio il Modello è stato ulteriormente affinato e si sono affrontati nuovi ambiti di trattamento: il lavoro con i pazienti ricoverati con uno specifico focus per il supporto alle famiglie nella fase di dimissione, il lavoro con i carers a distanza attraverso l'utilizzo di supporto telefonico o multimediale, la terapia multifamiliare e il lavoro psicoeducazionale con i carers attraverso incontri di gruppo. La sistematizzazione di queste nuove tecniche ha dato vita a un Nuovo Modello Maudsley, anch'esso manualizzato (Treasure et al, 2010). Da una serie di studi pilota (Treasure et al, 2007) è stato dimostrato come questo tipo di intervento risulti essere significativamente efficace, in termini sia di benessere riportato dai carers sia in termini di validità del trattamento.

Attraverso il ricorso a tecniche cognitivo comportamentali (il colloquio motivazionale, l'analisi funzionale, strategie di problem solving), il gruppo psicoeducazionale si propone di fornire ai carers quelle competenze necessarie per poter diventare loro stessi protagonisti in grado di supportare il percorso di cura del loro caro (nella tabella 1 vengono riportati gli obiettivi specifici del gruppo).

Essenzialmente viene offerto ai carers un breve corso per la gestione del DA, il cui scopo è quello di promuovere il sostegno reciproco tra i partecipanti e di perseguire un obiettivo di *empowerment*. Con questo termine si intende un processo di accrescimento del senso di autoefficacia personale attraverso la conoscenza del problema e l'acquisizione degli strumenti per fronteggiarlo.

Tab.1 Obiettivi del gruppo psicoeducazionale con i genitori di pazienti con DA

- Aiutare i carers a comprendere l'impatto e le funzioni che il DA esercita sul loro caro
- Incoraggiare i carers a prendersi cura anche di sé stessi

- Insegnare ai carers quelle abilità per divenire maggiormente efficienti nell'aiutare il proprio caro a riflettere sui propri comportamenti disfunzionali, come ad esempio essere capaci di riconoscere quei pattern comportamentali che potrebbero inavvertitamente contribuire al mantenimento del disturbo alimentare o identificare il proprio livello di emotività espressa e imparare a modificarlo.
- Sostenere la motivazione dei carers nel mettere in atto le abilità apprese per supportare il proprio caro e incoraggiarlo a modificare i suoi comportamenti patologici, grazie a specifici training basati sul miglioramento delle capacità comunicative e tracciando i principi del colloquio motivazionale.
- Focalizzarsi sui carers come possibile parte attiva del gruppo di intervento.
- Sviluppare buoni livelli di regolazione emotiva
- Migliorare le abilità di problem-solving e decision-making, sviluppando abilità di ascolto e comunicazione (chiara, diretta, coerente) e imparando a gestire lo stress e la tensione, rinforzando la resilienza.

Risulta estremamente importante che i carers siano partecipi fin dall'inizio del trattamento, in un ruolo attivo e di collaborazione con gli operatori, che possa mettere a frutto le esperienze reciproche. Risulta inoltre particolarmente significativa l'esperienza del confronto tra famiglie nelle quali esiste un problema simile. Talvolta una considerazione o un'indicazione appare più facilmente comprensibile e accettabile se viene fornita da una persona che vive lo stesso problema piuttosto che dal medico o dallo psicologo; inoltre, l'esperienza di non essere soli ad affrontare queste difficoltà aiuta a non lasciarsi soverchiare e ad accrescere la propria resilienza.

Tra le principali motivazioni che spingono i carers a partecipare a un gruppo di intervento come quello proposto dal modello Maudsley, vi è proprio il bisogno fondamentale di condividere la propria esperienza con qualcuno che la comprenda veramente e che possa così fornire supporto e comprensione. Il gruppo può diventare un vero e proprio punto di riferimento, dispensatore di comprensione, conforto ed empatia, al quale appoggiarsi anche al di fuori degli incontri, specie nei momenti più difficili. L'esperienza del gruppo, inoltre, può aiutare la coppia genitoriale a sopperire alla mancanza di comprensione e supporto che può risultare assente nelle famiglie allargate. Un altro fattore che può motivare un carer a partecipare è rappresentato dal bisogno di approfondire le proprie conoscenze: oltre alle informazioni fornite dagli specialisti del settore, che costituiscono i contenuti base dell'intervento terapeutico, all'interno del gruppo ogni partecipante porta un patrimonio di conoscenze, opinioni ed esperienze da condividere con gli altri. Il condividere ogni tipo di informazione è di stimolo per riflessioni personali e ciò permette ai carers di riscoprirsi in una veste del tutto nuova, ossia di cominciare a pensare a sé stessi come potenziale risorsa di informazione e di aiuto.

La prima parte del lavoro si basa sull'introduzione di informazioni su come migliorare le proprie strategie di coping per ridurre lo stress e per modificare quei fattori, come lo stile di pensiero, lo stile emotivo, l'emotività espressa, che favoriscono il mantenimento del disturbo. Gli incontri cominciano con una discussione relativa ai problemi di transfert, tradotta però in forma di metafore animali, in modo da facilitare la comprensione e di introdurre umorismo e leggerezza al procedimento. Successivamente vengono invece mostrate delle competenze su come reagire nel modo migliore agli alti livelli di emotività espressa riguardanti i sintomi del disturbo alimentare. Infine vengono illustrate ai carers tecniche per l'utilizzo delle abilità acquisite per aiutare il proprio caro con DA a modificare il suo comportamento.

Il processo di training include una parte teorica, rappresentata dai principi del modello transteorico per il cambiamento del comportamento funzionale alla salute, un'analisi funzionale dei comportamenti connessi al DA e alcune abilità come il ridefinire la comunicazione utilizzando i principi del colloquio motivazionale e del problem-solving. Inizialmente questi principi si focalizzano sul comportamento e gli atteggiamenti propri dei carers, così che possano imparare a modificare il proprio rapporto con il DA. Nella fase successiva, viene invece mostrato loro come implementare queste abilità per poter aiutare il proprio caro con il DA a cambiare i suoi comportamenti.

Il lavoro è suddiviso in sei sessioni di due ore ciascuna, con un follow-up dopo tre mesi. A tutti i carers viene fornito un opuscolo e una presentazione power point che accompagna la sessione pratica. La maggior parte del tempo è utilizzata per la discussione, riflessione e lo sviluppo delle abilità pratiche. I sei incontri sono inoltre accompagnati da una serie di fogli di teoria, compiti per casa, fogli di attività e specifiche slide per ogni sessione.

Riproducibilità del modello: All'interno del progetto di costruzione e monitoraggio della rete dei servizi preposti alla prevenzione e alla cura dei DA promosso dalla regione Toscana, a cui il nostro gruppo ha partecipato con attività di formazione continua[1] e di ricerca[2], abbiamo sentito la necessità di verificare, arricchire e rafforzare il nostro Modello di presa in carico muldisciplinare integrato, individuando modalità di intervento sempre più specifiche, efficaci e scientificamente validabili. In quest'ottica è nato nel 2012 un progetto per il coinvolgimento dei familiari dei pazienti con DA ricoverati per scompenso somatopsichico (Martinetti et al, 2010, 2011) presso la SOD di NPI dell'Azienda Universitaria Ospedaliera di Firenze, in gruppi psicoeducazionali in linea con la proposta del gruppo di Janet Treasure. Il progetto si inserisce in un modello di intervento intensivo, attuato nel periodo di ricovero (ordinario o DH) che prevede un percorso di psicoterapia individuale basata sulla mentalizzazione, una riabilitazione dietetico nutrizionale e il lavoro con i genitori finalizzato al sostegno alla genitorialità in situazioni di psicopatologia del figlio.

3. Risultati

Nel periodo marzo-maggio 2012 abbiamo attivato un gruppo pilota con il coinvolgimento dei genitori degli ultimi 10 pazienti afferiti al servizio (n = 18) con diagnosi di DA e ricoverati in regime di degenza o Day Hospital intensivo presso la nostra SOD. I gruppi sono stati condotti secondo la manualizzazione proposta dal gruppo del Maudsley Hospital, che ha supervisionato il lavoro.

I incontro	Identificare e modificare le risposte interpersonali maladattive. Proposta dei modelli animali per l'identificazione dei meccanismi di mantenimento.

II incontro	Il sistema cerebrale, stile di processazione delle informazioni e disturbo alimentare.
III incontro	Emotività espressa, fattori di mantenimento e il modello di cambiamento.
IV incontro	Comunicazione adattiva, i principi del colloquio motivazionale (primo livello)
V incontro	Il colloquio motivazionale (secondo livello)
VI incontro	Affrontare i comportamenti problematici (introduzione del modello ABC) e lavorare con la fase di mantenimento.

Tabella 1: il programma degli incontri per i carers nel modello Maudsley.

Presentiamo in questo articolo i primi risultati qualitativi emersi dall'esperienza.

Nei genitori abbiamo riscontrato una gamma di aspettative nei confronti di questo tipo di intervento che variavano dalla speranza di poter apprendere ulteriori informazioni sul disturbo, alla necessità di ricevere maggiori suggerimenti pratici su quale fosse il modo migliore di rapportarsi con i propri cari, all'esigenza di condividere le proprie esperienze e le proprie preoccupazioni con qualcuno che si trovasse nella medesima situazione.

Durante le sei sessioni di incontri i carers hanno accolto con grande interesse la riflessione sui fattori di mantenimento e sui loro comportamenti che, pur dettati da buone intenzioni, non erano d'aiuto ai fini del miglioramento della patologia.

La definizione di un lavoro comune atto a incidere sui fattori di mantenimento ha trovato l'accordo di molti genitori sul fatto che sia inutile accanirsi cercando di trovare una causa scatenante del disturbo, in quanto ciò non fa altro che sviare il genitore dai suoi compiti di accudimento. Altri hanno sottolineato il ruolo dannoso del senso di colpa, che spesso porta i genitori a rinunciare ad aspetti personali della propria vita per concentrarsi completamente verso il disturbo del figlio, ed annullando un senso di normalità nella vita dell'intera famiglia.

Un esempio di questa situazione è stato fatto proprio in riferimento ad eventuali fratelli o sorelle della persona affetta da DA, che risentono delle eccessive attenzioni riservate a quest'ultima ed avvertono come ignorati i propri bisogni personali.

Per la maggior parte dei genitori sembra poi essere molto difficile capire il modo in cui la realtà viene percepita dai propri figli. Il focalizzarsi sullo stato d'animo del figlio, il provare a vivere le sue emozioni in situazioni problema simulate assieme agli altri genitori, è stato particolarmente stimolante ed ha attivato meccanismi di empatia, di riconoscimento e di validazione delle emozioni.

D'altro canto è rilevante il dato di un progressivo riconoscimento dei confini fra genitori e figli, e quindi della necessità di un atteggiamento rispettoso relativamente a certi contenuti che possono non essere esplicitati nella relazione. I carers si sono spesso trovati d'accordo sul fatto che un errore, che talvolta capita di commettere per perdita della pazienza, sia affrontare troppo di petto le discussioni con i propri figli.

Le metafore animali sono state uno degli argomenti di maggiore interesse durante il ciclo di incontri, e ognuno dei carers non ha avuto difficoltà a immedesimarsi nello stile relazionale ritenuto più appropriato alla propria situazione. Alcuni carers, soprattutto quelli coinvolti da più tempo nella patologia, affermavano che, durante le varie fasi della malattia del proprio figlio, si erano identificati con tutti gli animali descritti dal modello, poichè in un determinato momento alcune problematiche erano state risolte, ma altre si erano aggiunte a complicare la situazione. In molti infatti affermavano di ritenere le metafore animali come collegate all'età dei figli; con il cambiamento dell'età cambiano i rapporti, così come il modo di relazionarsi.

Uno degli elementi che è emerso da questo ciclo di incontri e che è stato possibile ritrovare più o meno in tutti i carers, è relativo alla problematica di gestione dello stress associato alla malattia del figlio. In molti hanno ad esempio affermato di sentirsi come delle "spugne", cercando di smussare ed assorbire le problematiche e cercando di mortificare i propri bisogni nel tentativo di poter concentrare l'attenzione nella gestione del DA.

Nonostante sia presente la voglia di dedicarsi anche ad altro, la paura relativa alla situazione fisica e psichica del figlio prevale su tutto, annullando ogni tipo di necessità, che diventa secondaria al disturbo alimentare.

Un particolare momento di condivisione è stato invece inerente a uno degli *homework* previsti dall'intervento, in cui ai carers veniva chiesto di scrivere una lettera al proprio figlio che avesse come tema quello di descrivere che cosa egli significasse per loro. I carers sono apparsi emozionati nell'ascoltare la lettura delle lettere durante l'incontro, riferendo di aver come ripercorso delle sensazioni che inconsciamente avrebbero voluto cancellare. Inoltre si sono potuti coinvolgere attraverso un processo di identificazione empatico, con le storie degli altri genitori.

Per quel che riguarda le strategie ritenute più efficaci dai carers per fronteggiare il disturbo alimentare dei propri figli, viene evidenziato il fatto di trattare con loro argomenti che esulino dal cibo e dall'alimentazione come modalità per non iper-focalizzarsi e creare un buon clima comunicativo, il fare leva su aspetti normali desiderati, che non potrebbero essere raggiunti continuando a mettere in atto comportamenti patologici, cercare di evitare le discussioni interrompendo la conversazione quando i toni si fanno troppo accesi e riprendendola eventualmente in seguito, in un clima di maggiore calma. I carers cercano poi di rafforzare gli aspetti positivi e i miglioramenti, provando a non

concedere al figlio di arretrare rispetto ai passi in avanti conquistati. Inoltre è per loro importante cercare di mostrare ai figli la visione d'insieme delle cose, dal momento che la ricerca del dettaglio li rende sicuri nell'evitamento del confronto e li avvicina alla ricerca della perfezione.

Il ciclo di incontri è stato ad ogni modo valutato positivamente dai carers, che si sono mostrati desiderosi di apprendere nuove strategie per relazionarsi in modo efficace ai propri figli affetti da DA, così come propensi e ben disposti a modificare quei comportamenti che potevano risultare disfunzionali ai fini del buon esito della patologia, pur riportando spesso la difficoltà di mettere in pratica nella quotidianità quanto appreso nel gruppo e soprattutto la difficoltà di generalizzazione. La partecipazione al gruppo è stata frequente e continua, elemento questo che ci incoraggia nel proseguimento di tale lavoro in questa direzione.

Il lavoro si è svolto parallelamente nel servizio per i DA della USL 11 di Empoli (rivolto a pazienti adulti) e si sono raccolti dati quantitativi che permetteranno di valutare l'efficacia dell'intervento. Alcuni dati preliminari ci dicono che i meccanismi di mantenimento si sviluppano con maggiore intensità proprio nei carers di pazienti adolescenti rispetto agli adulti, con maggiore adattamento della famiglia al Disturbo Alimentare. È su questa fascia di età che un intervento con i carers si prospetta maggiormente necessario.

4. Conclusioni

L'esperienza pilota condotta ci conferma nella necessità di proseguire in questa direzione. Questo particolare focus del Modello Maudsley, sia per la strutturata manualizzazione, sia per la fruibilità da parte di differenti professionisti, sia, soprattutto, perché permette di razionalizzare le risorse dei servizi attraverso un intervento di gruppo, potrebbe divenire un intervento centrale per integrare un approccio family-based, che emerge come di prima scelta per l'età evolutiva, con l'approccio multidisciplinare integrato previsto dalle Linee di Indirizzo Regionali.

5. Riferimenti

1. American Psychiatric Association, Practice Guidelines for the Treatment of Patients with Eating Disorders. American Journal of Psychiatry . 2000; 157: 1- 39.

2. Ministero della Salute e Ministro della Gioventù (2011) *Le buone pratiche nella Cura e nella Prevenzione Sociale dei Disturbi del Comportamento Alimentare,* dati in corso di pubblicazione

3. Donini LM, Cuzzolaro M, Spera G et al; Obesità e Disturbi dell'alimentazione. Indicazioni per I diversi livelli di trattamento. Documento di Consensus. *Eating Weight* Disorders. 2010; 15: 1-31.

4. Linee di indirizzo per la costruzione di una rete integrata di servizi per la prevenzione e cura dei Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) nella Regione Toscana. DGR n. 279 del 18/04/06.

5. Keel P, Haedt A; Evidence-based psychosocial treatments for eating problems and eating disorders. Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology . 2000; 37: 39–61.

6. Smith A, Cook-Cottone C, A Review of Family Therapy as an Effective Intervention for Anorexia Nervosa in Adolescents. J Clin Psychol Med Settings . 2011; 18: 323–334.

7. Minuchin S, Rosman BL, Baker L. *Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context.* Cambridge, MA: Harvard University Press. 1978.

8. Lock J, le Grange D, Agras WS, Dare C; Treatment manual for anorexia nervosa: A family-based approach. New York, NY: The Guilford Press. 2001.

9. Treasure J, Schmidt U, Macdonald P, Clinician Guide to Collaborative Caring for Eating Disorders. Routledge. 2010.

10. Treasure J, Smith G, Crane A, Skill-based Learning for caring for a loved-one with an eating disorder . Routledge. 2007.

11. Martinetti MG, Caselli M, Dirindelli P, Troiani MR, Stefanini MC I disturbi del comportamento alimentare. La rete integrata dei servizi per la prevenzione e la cura. Salute e Territorio. 2010; 182: 262-266.

12. Martinetti MG, Menicalli C, Stefanini MC, Caselli M, Dirindelli P, Troiani MR, De Wet D, Disturbo alimentare in scompenso e ricovero specialistico: gravità sintomatica indicatore di outcome? Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza. 2011; vol.78: pp.633-653.

1 Master universitario "disturbi del comportamento alimentare in età evolutiva", corsi di perfezionamento- Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche, Università degli Studi di Firenze 2003-2012

2 Progetto di ricerca "Monitoraggio del l'attuazione della rete integrata dei servizi per la prevenzione e a cura dei DA nella Regione Toscana (area vasta centro di Empoli, Firenze, Pistoia, Prato)", Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche, Università degli Studi di Firenze, 2006-2012 (responsabile prof. Martinetti)