

DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE E DELLA NUTRIZIONE

Lia Cama — Psicologa, Volo Oltre
Maria Sansone — Psicologa psicoterapeuta, Volo Oltre
Marco M. Benedettini — Medico, Volo Oltre



Ordine dei Medici Chirurghi
e Odontoiatri della provincia di
Forlì-Cesena

L'importanza del riconoscimento precoce dei disturbi dell'alimentazione e della nutrizione

I disturbi dell'alimentazione (DA) sono un insieme di patologie psichiatriche molto più diffuso di quello che si possa immaginare, caratterizzate da una anomalia della relazione con il cibo e delle modalità di controllo del peso corporeo ben definite. Non sono secondari ad altre patologie mediche o psichiatriche e vengono descritti nel Manuale Diagnostico Statistico (DSM) dei disturbi mentali arrivato alla sua quinta edizione.

Si manifestano con le conseguenze mediche più gravi, fino alla morte che risulta 12 volte maggiore di quella riscontrabile in soggetti sani della stessa età.

Data la loro grande diffusione ed il frequente ritardo nella diagnosi, si sottolinea l'importanza del loro precoce riconoscimento da parte del medico di famiglia o del pediatra di libera scelta, attuando la diagnosi differenziale con altre patologie, per una maggiore possibilità di successo della terapia. Il trattamento entro i 6-12 mesi dal manifestarsi dei primi sintomi aumenta notevolmente le probabilità di remissione completa del disturbo, soprattutto per le forme restrittive negli adolescenti.

Diffusione

Per la loro diffusione nella popolazione generale (0,8% per l'anoressia e 1,5-3% per la bulimia) **rimane una patologia difficilmente intercettabile**. In Italia si stima che circa 2 milioni di persone ne siano affette e sono stimati circa 9000 nuovi casi all'anno. Di tali pazienti l'80% sono donne ed il 20% uomini. La fascia di età tra i 12 ed i 25 anni è quella più colpita (50%), dagli 8 ai 12 anni (20%) e sopra i 25 anni (30%).

CLASSIFICAZIONE IN ETA' INFANTILE E PEDIATRICA

Negli ultimi dieci anni l'età di insorgenza dei Disturbi Alimentari si è abbassata notevolmente, tanto che si è provveduto a formulare due classificazioni distinte da parte del Gos Criteria di un gruppo di ricerca inglese.

Età infantile 0-3 anni

Chatoor (2002)

- 1 Disturbo alimentare di Regolazione di Stato (omeostasi) caratterizzata soprattutto da difficoltà di regolazione degli stati emotivi
- 2 Disturbo alimentare di reciprocità nella relazione caregiver-bambino
- 3 Anoressia infantile
- 4 Avversioni sensoriali al cibo legati alla percezione del gusto
- 5 Disturbo alimentare associato ad una condizione medica
- 6 Disturbo alimentare post-traumatico

La diagnosi in questa età è basata fundamentalmente sul rapporto del bambino con la persona che lo accudisce e nella osservazione accurata delle dinamiche durante il pasto.

Età pediatrica <14 anni

Great Ormond Street Criteria (GOS; Lask e Bryant-Waugh, 2000)

- 1 Anoressia nervosa ad esordio precoce
- 2 Bulimia nervosa ad esordio precoce
- 3 Disturbo di alimentazione incontrollata ad esordio precoce
- 4 Disturbo emotivo di evitamento del cibo, non legato alla paura di ingrassare ma ad un disagio emotivo di tipo ansioso depressivo
- 5 Alimentazione selettiva, comportamento comune in età pediatrica con limitazione a certi cibi soprattutto carboidrati e ad un rifiuto degli altri quindi senza deficit di apporto calorico ma con mancanza qualitativa di alcuni alimenti
- 6 Fobie alimentari, rifiuto di determinati cibi con vissuto di ansia
- 7 Disfagia funzionale, impossibilità di ingerire alcuni cibi con paura del soffocamento
- 8 Rifiuto del cibo e sindrome di rifiuto pervasivo, disturbo psicotico grave nel quale il bambino si rifiuta di mangiare, bere, parlare e di stabilire qualsiasi relazione

CLASSIFICAZIONE PER ADOLESCENTI (>14 ANNI) ED ADULTI CLASSIFICAZIONE (DSM-5)

La riorganizzazione dei sintomi nel DSM-5 è stata effettuata in base alla diffusione di nuove forme patologiche o più esattamente della multiformità della stessa patologia

- 1 Anoressia Nervosa
- 2 Bulimia Nervosa
- 3 BED (Binge-Eating Disorder)
- 4 Disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo (Ortoressia e Anoressia Inversa)
- 5 Disturbo ruminazione
- 6 PICA (materiale non commestibile)
- 7 Altri disturbi dell'alimentazione specificati
- 8 Disturbi dell'alimentazione e nutrizione non specificati

1. ANORESSIA NERVOSA

Criteria per la diagnosi

- Restrizione alimentare qualitativa (esclusione di cibi o nutrienti) e quantitativa (restrizione calorica)
- Eccessiva paura ingrassare
- Immagine corporea alterata
- L'amenorrea, pur non essendo più un criterio diagnostico nel DSM-5, rappresenta sempre un importante campanello d'allarme per il sospetto di anoressia.

Gravità dell'AN con BMI

- >17 lieve
- 16-16,9 moderato
- 15 - 15,9 grave
- <15 estremo.

Complicanze mediche AN:

- cardiache (bradicardia, aritmia, basso voltaggio, inversioni onda T, depressione ST)
- ematologiche (anemia, leucopenia, trombocitopenia)
- endocrine (ipotiroidismo, amenorrea ipogonadotropa, diminuzione GHBP, riduzione IgF e di leptina)
- gastrointestinali (motilità gastrica ridotta, svuotamento gastrico rallentato, stitichezza)
- neurologiche (riduzione volume materia grigia)
- renali (aumento azoto urinario,
- riproduttive (infertilità, aborti spontanei, parti prematuri, complicanze perinatale, basso peso neonato alla nascita, depressione post partum)
- scheletriche (osteopenia, osteoporosi)
- cutanee colorazione giallastra della cute e lanugine, pelle secca e disidratata.

2. BULIMIA NERVOSA

Criteri per la diagnosi

- Episodi ricorrenti abbuffate compulsive (almeno 1 episodio a settimana per 3 mesi)
- Comportamenti compenso come vomito, lassativi, diuretici (almeno 1 episodio a settimana per 3 mesi)
- Importanza esagerata al peso ed alle forme del corpo.

Gravità della BN con frequenza condotte compensatorie

- Lieve 1 episodio di condotta compensatoria inappropriata (vomito) a settimana per 3 mesi
- Moderato 4-7 episodi
- Grave 8-13 episodi
- Estremo 14 o più.

Complicanze BN:

- Cardiache (aritmie, cardiomiopatia)
- Elettrolitiche (ipopotassiemia, alcalosi metabolica)
- Gastrointestinali (esofagite, dolore retrosternale, reflusso g.e., rottura esofago, ernia jatale, esofago Barrett, colon irritabile, melanosì colon, colon atonico o catartico)
- Neuromuscolari (debolezza muscolare, tetania, convulsioni)
- Orali-dentali (erosioni smalto, ritiro gengivale, ipertrofia ghiandole salivari, ingrossamento e indurimento parotidi, elevati livelli sierici amilasi salivare)
- Riproduttive (infertilità, aborti spontanei, parti prematuri, complicanze perinatale, basso peso neonato alla nascita, depressione post partum).

3. BINGE-EATING DISORDER (BED)

Criteri per la diagnosi

- Abbuffate compulsive di nascosto senza comportamenti di compenso (mangiare da soli e rapidamente grandi quantità fino a sentirsi pieni, perdita di controllo, sensi di colpa e marcato disagio)
- Almeno 1 episodio a settimana per 3 mesi.

Gravità BED con abbuffate

- Lieve 1 abbuffata a settimana
- Moderato 4-7 abbuffate
- Grave 8-13
- Estremo 14 o più.

4. DISTURBI EVITANTE / RESTRITTIVO DELL'ASSUNZIONE DI CIBO

Ampia categoria destinata a raccogliere un gran numero di individui, non esclusivamente bambini ed adolescenti, che tendono a limitare sostanzialmente la loro assunzione di cibo e sperimentano problemi fisiologici o psico-sociali, con significativa perdita di peso e carenze nutrizionali.

- Ortoressia ossessione per il cibo "sano", qualitativamente puro
- Evitamento ossessivo di cibi non controllati con conseguente isolamento sociale
- Convinzioni fideistiche
- Anoressia Inversa (bigoressia) autopercezione di gracilità, prevalentemente maschile
- Abuso di diete iperproteiche, integratori ed anabolizzanti
- Esercizio fisico compulsivo.

5. DISTURBO DI RUMINAZIONE

Caratterizzato da ripetuto rigurgito di cibo ingerito per almeno un mese. Il cibo rigurgitato può essere rimasticato, rideglutito o eliminato.

6. PICA

Persistente ingestione di materiale non commestibile, non nutritivo né alimentare (come fanno le gazze) per almeno un mese. Può essere normale durante l'infanzia se transitorio.

7. ALTRI DISTURBI SPECIFICI DELL'ALIMENTAZIONE E DELLA NUTRIZIONE

In questo gruppo di disturbi sono descritte una variegata serie di patologie alcune con caratteristiche simili alle precedenti ma di diversa frequenza e durata come anoressia nervosa atipica, bulimia nervosa a bassa frequenza e binge-eating a bassa frequenza e durata limitata.

Altre patologie hanno invece caratteristiche atipiche:

- Disturbo purgativo ricorrenti in assenza di Binge-Eating
- Night Eating Syndrome eccessivo consumo consapevole di cibo dopo il pasto serale o ricorrenti episodi di alimentazione notturna dopo il risveglio
- Drunkorexia paura di ingrassare, limitata assunzione di cibo e abbuffate di alcool.
- Dieta Cronica controllo esasperato del peso, costante e continua attenzione alla dieta, angoscia ad ogni piccola variazione di peso, vita completamente centrata sulle esigenze della dieta ed importante limitazione sociale.

8. DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE E DELLA NUTRIZIONE NON SPECIFICATI

Categoria adibita ai sintomi da disturbi dell'alimentazione, causanti significativo disagio e compromissione dello stato di salute, che non soddisfino pienamente i criteri delle classi precedenti e per i quali non sia possibile ottenere una anamnesi.

MODELLO TRANSDIAGNOSTICO

I disturbi alimentari sono un gruppo di patologie eterogenee, spesso cangianti l'una nell'altra caratterizzate da una alterata relazione con il cibo che sottintende, in ogni caso, una difficile relazione con le persone. Fin dagli anni '90 si è ipotizzata l'esistenza di un collegamento tra le varie categorie diagnostiche, difatti spesso l'esordio è tipico dell'anorexia nervosa per passare ad uno sviluppo intermedio in bulimia ed avere una evoluzione finale in BED. Tale interdipendenza varia a seconda di vulnerabilità preesistenti o di caratteristiche dei sintomi. La caratteristica comune a tutti i DA è l'eccessiva importanza attribuita a peso, alimentazione e forma del corpo.

Fattori Rischio:

- Fattori individuali: Sesso F
Genetica
Età adolescenza
Personalità premorbose come perfezionismo, bassa autostima, ansia da separazione ecc
- Fattori familiari: Genitori con disturbi alimentari o di personalità
AN con caratteristiche familiari tipiche, conflitti inconsci
BN e BED abbuffate, incoraggiamenti dieta, critiche sull'aspetto fisico
- Fattori socio-culturali: Etnia caucasica
Livello istruzione genitori
Azione mass-media
Società narcisistica.

Eziopatogenesi

- Fattori predisponenti: genetici, psicologici, ambientali, socio-culturali
- Fattori scatenanti: diete restrittive, difficoltà psicologiche personali (fine di una relazione o nascita di un fratello), traumi, abusi.
- Fattori di mantenimento: sindrome da digiuno, rinforzo positivo dell'ambiente, psicologici, neuro-endocrini.

QUANDO SOSPETTARE UN DISTURBO DELL'ALIMENTAZIONE

Il primo approccio ed il sospetto per un possibile disturbo alimentare sono in particolare di pertinenza del medico di medicina generale (MMG) del pediatra, del ginecologo o, altre volte, del medico dello sport. Molto spesso indagando con una corretta anamnesi si possono ottenere preziosi indizi su un possibile disturbo alimentare, altre volte invece saranno i parenti stessi a dimostrare le loro perplessità su alimentazione o stili di vita non congrui.

Esistono difficoltà connesse alla specificità dei DA che il medico deve conoscere per calibrare l'approccio con il paziente.

Nelle forme restrittive di tipo AN la/il paziente rifiuta di aver bisogno di aiuto ed anzi persegue attivamente i propri comportamenti disfunzionali (puntare a raggiungere un peso non salutare, eliminare intere classi di nutrienti ecc.). In questi casi è opportuno un approccio motivazionale basato su obiettivi di salute e non di peso. Nelle forme basate su disregolazione emotiva di tipo BN o BED, il senso di colpa e vergogna può essere un ostacolo, nel senso che ritarda molto la ricerca di aiuto. Tuttavia le/i pazienti raggiungono spesso un livello di sofferenza tale che cercano supporto, anche se a volte in modo disordinato o non congruo (tentativi di diete restrittive, cure "miracolose" ecc). Anche in questo caso, l'approccio corretto del medico è di motivare verso obiettivi di salute.

I segnali che possono indirizzare il medico verso un sospetto di disturbo alimentare sono di non facile individuazione, spesso sfumati e riguardano comportamenti alimentari inusuali come il controllo ossessivo degli alimenti ed il conteggio delle calorie, atteggiamenti compulsivi quali lo sminuzzare il cibo, togliere i condimenti o mangiare lentamente oppure l'aumento dell'autostima con la dieta.

Allo stesso tempo si avrà ossessione per l'aspetto e la forma fisica, iperattività ed isolamento familiare e sociale.

Durante la prima visita, al presentarsi di un paziente estremamente magro o, al contrario in eccesso di peso, che manifesti particolare attenzione al cibo bisogna approfondire l'anamnesi senza essere troppo invasivi, stabilendo dapprima una connessione empatica e, nel sospetto, tentare di inviarlo a specialisti. A tale riguardo è importante sottolineare che l'approccio a tali patologie è di pertinenza multidisciplinare, con la presenza di vari specialisti quali lo psichiatra, lo psicologo e il nutrizionista.

Da ricordare che i pazienti bulimici tendono a vergognarsi e di conseguenza a nascondere il disagio con frequente difficoltà relazionale. Il paziente anoressico solitamente arriva da adolescente accompagnato dai genitori che, più spesso preoccupati, collaborano nella raccolta anamnestica.

PERCENTILI E BODY MASS INDEX

Un semplice criterio per effettuare un valido screening in rapporto al peso è **calcolare il Body Mass Index**

$BMI = \text{Peso (kg)} / \text{Altezza (m)}^2$

Per soggetti di età inferiore ai 18 anni è opportuno raffrontare il B.M.I. con le tabelle dei percentili, ovvero curve di crescita espressione grafica di peso, statura e B.M.I. a diverse età ricavate dallo studio di un certo numero di bambini presi a campione. La normalità di tali parametri verrà quindi rappresentata all'interno di una fascia di valori intermedi tra una massimo ed un minimo individuate tra il 3° ed il 97° percentile rappresentando rispettivamente i bambini più piccoli e più grandi.

Particolare attenzione deve essere rivolta agli adolescenti con BMI basso (< 18,5) o elevato, con esagerata attenzione al peso ed alle forme del corpo

- Normale se compreso fra 18,5 e 24,9
- A rischio anoressia se fra 17,5 e 18,5
- Verso l'obesità se si colloca fra 25 e 29
- Valore patologico sotto 17,5 e sopra 29.

ANORESSIA NERVOSA

Restrittiva Restrizione alimentare e condotte compensatorie (vomito, attività fisica)

BULIMIA NERVOSA

Abbuffate compulsive con condotte compensatorie

BED

Abbuffate compulsive

Un altro criterio per valutare il grasso viscerale dell'adulto è la misurazione della circonferenza vita. Si parla di obesità viscerale per valori nell'adulto superiori a 102 cm nel maschio e 88 cm nelle donne. Per rischio si intende l'insorgenza di malattie croniche degenerative in particolar modo legate all'aterosclerosi ed al diabete mellito tipo II.

ANAMNESI E DIAGNOSI DIFFERENZIALE

- Anamnesi familiare al fine di evidenziare parenti con pregressi disturbi dell'alimentazione
- Fisiologica per indagare sulle tappe della crescita e sulle abitudini alimentari,
- Patologica al fine di escludere con la diagnosi differenziale altre patologie che possono presentarsi con perdita di peso:
 - Malassorbimento (morbo Celiaco, malattie infiammatorie intestinali)
 - Neoplasie, uso di sostanze stupefacenti, infezioni (TBC), malattie autoimmunitarie, malattie endocrine (Ipertiroidismo)
- Disturbi psichiatrici: depressione clinica, disturbo ossessivo compulsivo, somatizzazioni e ,raramente, psicosi.
- Amenorrea: gravidanza, ovaio policistico, prolattinoma, problemi uterini ed altre malattie ipotalamiche

N.B. l'amenorrea non è più presa in considerazione per la diagnosi di anoressia, perché non può essere applicato ai maschi, alle donne in menopausa, premenarcali e in quelle che assumono estrogeni e per il fatto che alcune persone esibiscono tutti gli altri segni dell'anoressia nervosa ma continuano a mestrare.

Elementi da acquisire:

- Esami ematochimici (funzionalità epatica, pancreatica, emocromo, emopoiesi, sideremia transferrina, ferritina, ricerca helicobacter per diagnosi differenziale)
- BMI e circonferenza addome
- Sviluppo puberale
- Parametri cardiovascolari (ECG, FC, PA)
- Esclusione altre malattie internistiche e complicanze
- Asse comportamentale : introito calorico, presenza di schema alimentare che il pz. può mantenere, manovre svuotamento, iperattività fisica.

Tutti gli elementi acquisiti nel corso della prima visita andranno completati con un accurato esame obiettivo e degli accertamenti strumentali quali:

- Ecocardio e visita cardiologica
- Eco addome
- RX polso per età ossea
- MOC
- Holter 24 ore.

CRITERI CLINICI DI GRAVITA' CHE CONSIGLIANO IL RICOVERO

Eta' evolutiva <18aa

- Perdita di peso severa (<75% dell'IMC)
- Frequenza cardiaca < 40 battiti minuto
- PA <80/50 mmHg
- Variazioni clino/ortostatismo (diminuzione PA al di sopra di 10-20mmHg)
- Ipopotassiemia
- Ipofosforemia.

Adulti >18aa

- Frequenza cardiaca < 40 battiti minuto
- PA <90/60 mmHg
- Glicemia <60 mg/dl
- Potassiemia <3 mEq/L
- Ipotermia
- Disidratazione
- Insufficienza epatica, renale o cardiovascolare.

Restrizione alimentare → Malnutrizione → Urgenza Medica → Ricovero



Urgenza Psichiatrica

- Psicoterapia paziente
- Psicoterapia genitori
- Psicoterapia familiare
- Nutrizione
- Monitoraggio clinico-farmacologico.

Il **trattamento ambulatoriale** rimane l'approccio migliore per il trattamento dei disturbi alimentari portando a guarigione nel 60% dei casi, permettendo l'attuazione del programma terapeutico senza eccessive modificazioni dell'assetto di vita dei pazienti.

RAPPORTO CON IL PAZIENTE

Cosa fare

- Avere empatia, sincerità ed accoglienza
- Dedicare il tempo necessario all'ascolto, anche quando si riconoscono schemi comportamentali noti
- Informare con precisione senza veicolare giudizi
- Dare dignità al paziente, ed anche se minorenne, chiedere sempre il permesso di condividere i dati salienti con i genitori
- Condividere solo meccanismi e dinamiche che si conoscono bene
- Ascoltare ed accogliere anche i pensieri distorti, astenendosi dal giudizio
- Motivare all'invio verso specialisti esperti.

Cosa non fare

- Sconsigliato avere un atteggiamento paternalistico, protettivo o salvifico
- Fare terrorismo psicologico
- Bypassare la dignità e la volontà del paziente, e non condividere dati con altri senza previo permesso del paziente anche se minorenne
- Improvvisare su temi complessi se poco conosciuti
- Relativizzare e sottovalutare le difficoltà dei pazienti anche se frutto di distorsioni del pensiero
- Non inviare a centri specializzati od inviare a professionisti che non si occupino in modo specifico di tali patologie.

Percorsi (Numero Verde Italia 800 180 969)

L'invio ai servizi specialistici che si occupano dei disturbi alimentari prevede da parte del medico inviante una specifica conoscenza delle strutture dedicate al loro trattamento. Esiste una rete territoriale di servizi ambulatoriali ai quali fare riferimento. Al momento della visita è necessario che il medico sappia valutare eventuali urgenze mediche o psichiatriche ed in base alla gravità del quadro clinico decidere il percorso da affrontare.

Oltre ai servizi specializzati di pertinenza delle ASL esistono strutture cosiddette intensive ove oltre all'ambulatorio vengono erogati pasti assistiti.

Il day hospital, le strutture residenziali ed infine il ricovero ospedaliero sono le altre opzioni alle quali ricorrere a seconda della gravità del quadro clinico.

Il sito www.disturbialimentarionline.it contiene informazioni sui Centri Specializzati sia pubblici che privati.

Esiti dei Disturbi dell'alimentazione (Steinhausen, 2002)

Guarigione	35%
Remissione	35%
Cronicizzazione	27%
Morte	3%

Riferimenti

- 1 American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5, 5th edition*. Fifth edn. American Psychiatric Publishing, Arlington, VA, 2013
- 2 American Psychiatric Association. *DSM-5: The future of Psychiatric Diagnosis*. www.dsm5.org, 2013
- 3 Bryant-Waugh R. (2000) *Overview of eating disorders. Anorexia nervosa and related disorders in childhood and adolescence*. Psychology Press. Hove, 2000: 27-40
- 4 Chatoor I (2002), *Feeding disorders in infants and toddler: diagnosis and treatment*. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 11, 163-183.
- 5 Ciccolini L, Cosenza D. *Il trattamento dei Disturbi Alimentari in contesti istituzionali* -Franco Angeli Ed., 2015, Milano
- 6 Conferenza di consenso -Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) negli adolescenti e nei giovani adulti - Istituto Superiore di Sanità, Roma, 24-25 ottobre 2012
- 7 DCA Buone pratiche di cura e prevenzione sociale http://www.disturbialimentarionline.it/mappad-ca/index.php?option=com_content&view=article&id=16&Itemid=6
- 8 *Disturbi del Comportamento Alimentare*. Ministero della salute http://www.salute.gov.it/portale/salute/p1_5.jsp?id=63&area=Disturbi_psichici
- 9 EDUISS Corso FAD *Disturbi del comportamento alimentare: diagnosi precoce e appropriatezza delle cure* - Istituto Superiore di Sanità, Dipartimento del Farmaco - Reparto Farmacodipendenza Tossicodipendenza e Doping e Ufficio Relazioni Esterne in collaborazione con il Centro DCA diodi
- 10 Fairburn C. *La terapia cognitivo Comportamentale dei Disturbi dell'alimentazione*. A cura di A. Carrozza e R. Dalle Grave, Eclipsi ed., 2010
- 11 Fairburn CG e Cooper Z (2009) *Transdiagnostic cognitive behavioural therapy for patients with eating disorders: a two-site trial with 60-week follow up*. *Am J Psychiatry*, 166(3), 311-19.
- 12 *Linee di indirizzo tecnico per la costruzione di percorsi clinici per persone affette da Disturbi del Comportamento Alimentare*(attuazione DGR 1298/09 - Tavolo Regionale DCA dell'Emilia-Romagna 2009, Direzione generale sanità e politiche sociali, Servizio salute mentale, dipendenze patologiche, salute nelle carceri)
- 13 *Linee guida regionali per la diagnosi ed il trattamento dei disturbi del comportamento alimentare* -Deliberazione della Giunta Regionale dell'Umbria n. 5/2013 a cura di Gruppo Regionale Tecnico Multidisciplinare sui Disturbi del Comportamento Alimentare Direzione Salute, Coesione sociale e Società della conoscenza Servizio Prevenzione, Sanità veterinaria e Sicurezza alimentare - Edizioni Regione Umbria 2013
- 14 *Programma regionale per i disturbi del comportamento alimentare - Regione Emilia Romagna* <http://www.disturbialimentarionline.it/images/Documenti/programma%20dca%20rer.pdf>
- 15 *Progetto di ricerca-azione pluriennale sui disturbi del comportamento alimentare*, Luigi Gualtieri Ausl Cesena - Quaderni Acp http://www.acp.it/wp-content/uploads/Quaderni-acp-2003_105_20-23.pdf
- 16 *Quaderni del Ministero della Salute 17/22 2013 "Appropriatezza clinica, strutturale e operativa nella prevenzione, diagnosi e terapia dei disturbi dell'alimentazione"*
- 17 Treasure J, Smith G, Crane A. *Prendersi cura di una persona cara affetta da disturbo alimentare. Come diventarne capaci. Il nuovo metodo Maudsley vol. 1. Tradotto in italiano da Martinetti MG, Stefanini MC*. Bologna: Edizioni SEID, 2014.

Le Associazioni di Volontariato offrono ai familiari e alle persone che soffrono uno spazio di confronto e sostegno, propongono attività complementari ai percorsi di cura e non sostituiscono le strutture sanitarie territoriali.

Si pongono in un'ottica di collaborazione con queste ultime e con le figure sanitarie di riferimento, al fine di accompagnare le persone che vivono il disturbo alimentare e le loro famiglie durante il lungo e doloroso percorso di cura e favorire così l'esito positivo dei trattamenti terapeutici e riabilitativi.



Volo Oltre Onlus
Associazione Disturbi
Comportamento Alimentare

Via Serraglio 18, Cesena
Tel. 338 3187263

info@volooltre.org
www.volooltre.org

C.F. 90067340407