

21-22 Ottobre 2016

ASST Grande Ospedale Metropolitano
Niguarda



**Sentieri interrotti
I DCA nel ciclo di vita:
dall'esordio alla persistenza**

Laura Dalla Ragione
*Presidente Siridap
Direttore Rete DCA
Usl 1 dell'Umbria
Università Campus
Biomedico Roma*



Una nuova Società Scientifica SIRIDAP



- Una piattaforma nazionale che aggreghi e metta in rete le esperienze cliniche e di ricerca di tutti i Servizi DCA diffusi sul territorio e di tutte le Associazioni dei familiari. Che possa diventare un elemento propositivo per le Istituzioni e per tutti coloro che a vario titolo intercettano tali insidiosi disturbi.

CONSENSUS CONFERENCE ISS 2013-14

- EPIDEMIOLOGIA
- MODELLI ORGANIZZATIVI
- PREVENZIONE





Criticità

- Esiguità di studi epidemiologici
- Disomogeneità dei criteri diagnostici per tutti i DCA, in particolar modo per quanto riguarda i DCA-NAS



DCA: prevalenza lifetime in Italia

- In Italia, secondo lo studio di Preti *et al.* (2009), la prevalenza nella vita di qualsiasi DCA (intendendo per questi AN, BN, DAI e DCA sottosoglia) è pari a **3,3%** (IC: 2,2-5,0) in donne e uomini di età ≥ 18 anni.



Epidemiologia dei DCA

- La prevalenza dell'anoressia nervosa, in donne dai 12 ai 22 anni, può arrivare allo 0,9% (con una media dello 0.3%)
- Nella bulimia nervosa la prevalenza può arrivare all'1-2%.
- Fino al 3,7-6,4% della popolazione sarebbe invece affetto dai disturbi alimentari non altrimenti specificati (DCA-Nas).



Dca, EVOLUZIONE CLINICA; il fenomeno della migrazione diagnostica

Modificazione diagnosi nei pazienti che hanno avuto il follow-up

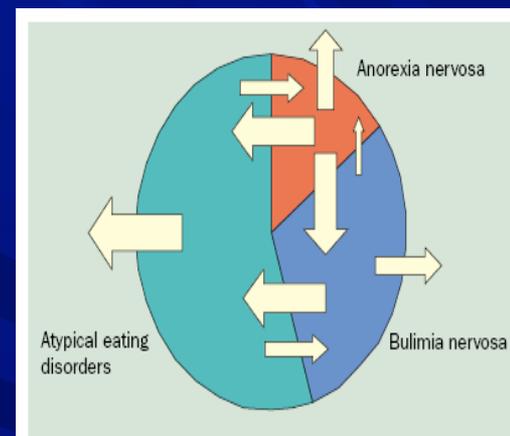
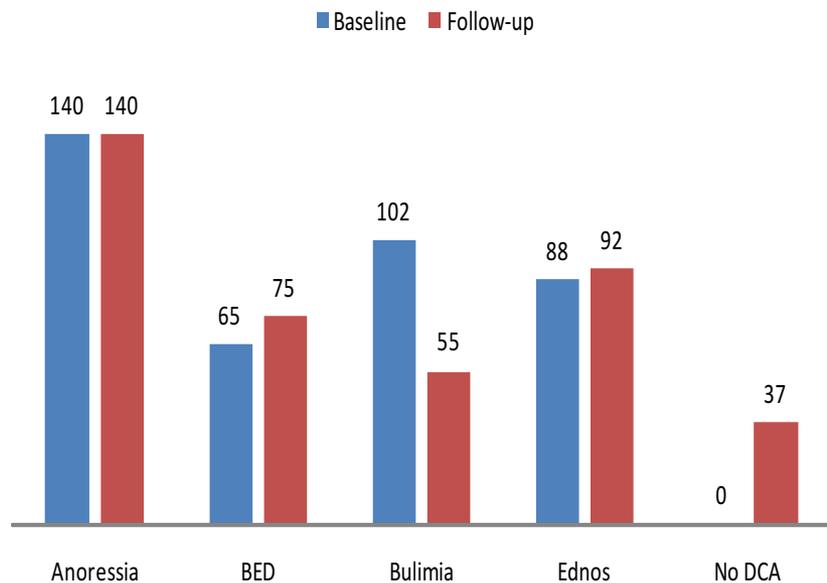


Figure 2: Schematic representation of temporal movement between the eating disorders

The size of the arrow indicates likelihood of movement in shown direction. Arrows that point outside of the circle indicate recovery.

Fairburn C.J. Harrison P.
J., 2003

Datas from the multicentric studio "Le Buone Pratiche nella Cura dei Disturbi del Comportamento Alimentare" Dati pubblicati

DCA E OBESITA'; perché insieme?

Obesità

E' una malattia classificata in area endocrino-metabolica ma anomalie comportamentali e sintomi psicopatologici fanno parte integrante del quadro clinico e, quindi, delle procedure di valutazione, dei programmi di cura e di prevenzione.

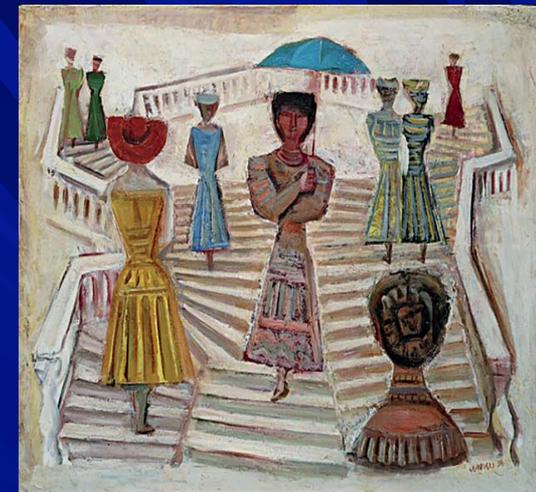
Disturbi dell'alimentazione

Sono sindromi classificate fra i disturbi psichiatrici ma investono in modo profondo e pericoloso il soma, fenomeni biologici e sintomi medici fanno parte integrante del quadro clinico e, quindi, delle procedure di valutazione, dei programmi di cura e di prevenzione.

Le cure raccomandate sono interventi interdisciplinari, multidimensionali, multiprofessionali che affrontino sia la psicopatologia che i comportamenti alimentari, il rapporto con l'attività fisica, gli aspetti nutrizionali, le complicanze mediche.

I setting di cura che possono rendersi necessari in fasi diverse di evoluzione clinica sono ospedale generale per acuzie ed emergenze; centri residenziali e semiresidenziali per trattamenti riabilitativi intensivi; servizi ambulatoriali; comunità terapeutiche per situazioni di grave disagio psico-sociale.

Sentieri interrotti Costruire un Percorso

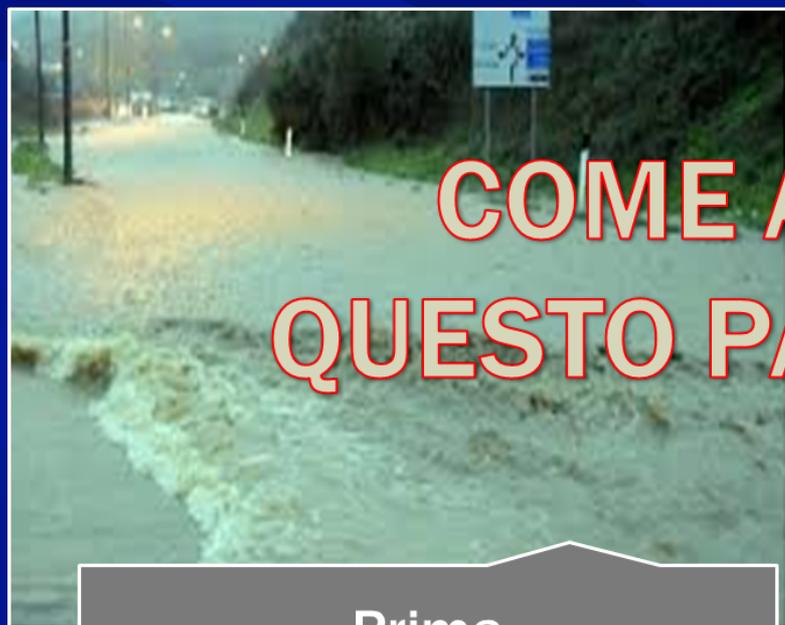


- Il percorso del paziente DCA e della sua famiglia implica una regia nel passaggio tra le diverse competenze e tra i diversi livelli di cura. Complesso è il passaggio tra acuzie e riabilitazione. (socio sanitario)

UN PERCORSO SOCIO-SANITARIO NEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE (PDTA) EXPANDED MODEL CHRONIC CARE

- SI TRATTA DI UN PERCORSO INTEGRATO , DOVE NEL PASSAGGIO TRA ACUZIE E RIABILITAZIONE SI DECLINA UNA CORNICE PIU GRANDE TRA SANITA' E COMUNITA'. IL RUOLO DELLA FAMIGLIA
- QUESTO PASSAGGIO DIVENTA FONDAMENTALE PER QUESTA PATOLOGIA.

LA FAMIGLIA: DA IMPUTATA A RISORSA



**COME AVVIENE
QUESTO PASSAGGIO?**



Prima

Campo di battaglia

Dopo

Sentiero da percorrere per
la cura

DCA, Diagnosi, valutazione multidisciplinare e trattamento, i concetti chiave

Management

Assessment

Team
Approach

Trattamento
Individualizzato
e flessibile

Trattamento
Multimodale

Eziologia
Multifattoriale

Diversi
Livelli
Assistenziali



Due punti di osservazione dei
servizi per i DCA .

Il lavoro di equipe e il
coinvolgimento delle
famiglie

Appropriatezza



- Per il cittadino significa ottenere le cose giuste nella sede giusta . E' importante che gli operatori di un sistema possiedano la capacità di porsi dalla parte del cittadino della sua famiglia e spiegare ciò a cui ha diritto e aumentarne la consapevolezza.

L'Ascolto



- Il processo dell'ascolto richiede la preparazione del professionista e del team sul tema specifico dei DCA . Non sempre le domande sono chiare. Significa accogliere empaticamente i bisogni di salute del paziente e della sua famiglia , significa dare informazioni accessibili .

Persistenza

- I DCA hanno bisogno di cure continuative e mutiprofessionali , che si declinano tra differenti livelli di cura , a diverse intensità.
- Motivare il paziente e la sua famiglia nel corso delle cure.
- La parola persistenza sostiene anche la parola cronicità.

Vecchia e nuova cronicità

- Chi si è ammalato 20 anni fa.
- Chi si è ammalato cinque anni.
- Chi si è ammalato e nessuno se ne accorto .
- Quando possiamo parlare di cronicità?

Follow up nei DCA

- Cosa succede dopo ?
- Traiettorie diverse .
- Valutazione a breve , medio ,lungo termine .
- Cosa significa guarigione nei DCA

La prognosi



- La prognosi è fortemente influenzata più che dalla gravità della psicopatologia da due fattori : la tempestività dell'intervento e la continuità delle cure.



Trattamenti pregressi

Solo il 15 % della popolazione censita è arrivata ai servizi specializzati come prima stazione terapeutica .La maggior parte dei pazienti ha effettuato più di un trattamento, spesso non appropriato e aspecifico . Aumentando la forza dell'ossessione , le difese ai successivi percorsi terapeutici e la progressiva riduzione della motivazione a causa del fallimento.

I livelli della cura



- La rete di intervento si compone di cinque livelli di intensità assistenziale :
Ospedale, DH,
Ambulatorio , Struttura
residenziale
riabilitativa , Comunità.



DCA: gestione generale APA, 2006 (e

**Muoversi tra
diversi livelli di
cura**

-
- **Continuità della
cura, oppure**
- **un accurato
piano di
transizione (I)**

Parametri per valutare i percorsi

Offerta di servizi

OS

Accesso e continuità delle cure

AC

Approccio multidisciplinare

AM

Accessibilità e continuità delle cure

NICE 2004 (1.1.3.1)

I soggetti affetti da DCA dovrebbero essere valutati e trattati alla **prima occasione**.

NICE 2004 (1.2.5.4)

Nel caso in cui si renda necessario per un soggetto affetto da AN un **ricovero**, questo dovrebbe essere offerto a una **distanza di viaggio ragionevole** per consentire il coinvolgimento nel trattamento da parte di familiari e curanti, per conservare i legami sociali e occupazionali e per evitare difficoltà nella transizione tra i servizi di assistenza primaria e secondaria. Questo è particolarmente importante per i bambini e gli adolescenti.

Multidisciplinarietà - valutazione

NICE 2004 (1.1.1.1)

La valutazione di un soggetto affetto da DCA dovrebbe essere completo e includere i bisogni fisici, psicologici e sociali, e una globale valutazione del rischio.

1. Guidance

1.1 Care across all conditions

1.1.1 Assessment and coordination of care

Multidisciplinarietà - gestione

NICE 2004 (1.2.2.4)

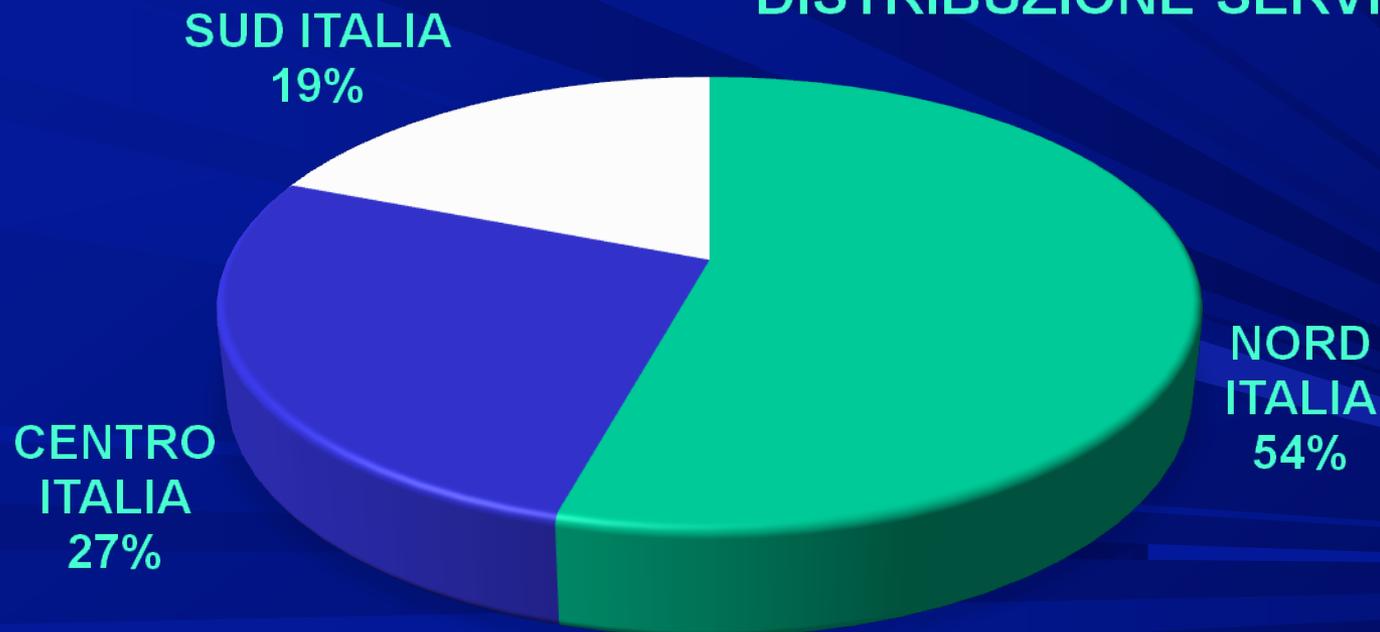
La maggior parte delle persone con AN potrebbe essere gestita in un contesto **ambulatoriale** comprendente un trattamento psicologico da parte di un servizio che sia competente nelle cure e nella valutazione/gestione del rischio fisico del paziente.

NICE 2004 (1.2.5.5)

I soggetti con AN che necessitano di **ricovero** dovrebbero accedere ad un setting che possa offrire l'aumento della abilità a rialimentarsi con un attento monitoraggio alle necessità fisiche in combinazione con interventi psicosociali.

ANALISI DEI DATI

DISTRIBUZIONE SERVIZI



CRITICITA' RILEVATE



- **Le strutture intensive residenziali ed i posti letto riservati per il ricovero ospedaliero salvavita risultano distribuite non omogeneamente sul territorio regionale e nazionale**



CRITICITA' RILEVATE

I ricoveri salvavita, e alcune residenze riabilitative, spesso non dispongono di posti letto dedicati ai DCA, ma si trovano perlopiù in reparti di psichiatria, neuropsichiatria infantile, medicina interna

Alcuni servizi non presentano una equipe multidisciplinare interna ma sono in grado di offrire trattamenti integrati solo grazie a collaborazioni con altri dipartimenti dell'ospedale o dell'azienda sanitaria, creando difficoltà nel lavoro di equipe e indicando le poche risorse disponibili e dedicate.



Difficoltà nel garantire un intervento integrato appropriato e la continuità delle cure



CRITICITA' RILEVATE

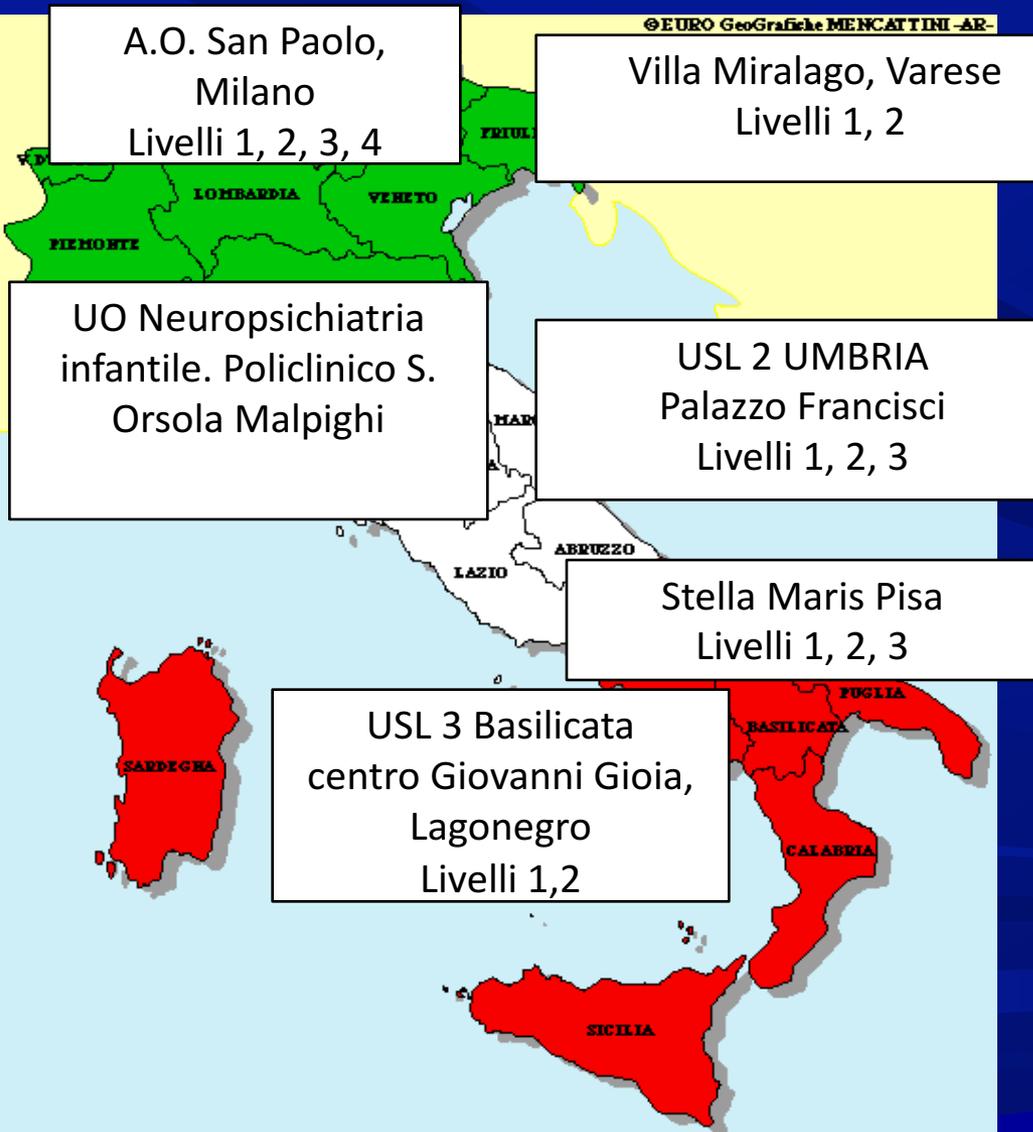
- Si rileva una scarsa presenza di servizi che possono accogliere pazienti con età **minore di 14 anni**
- le residenze riabilitative che accolgono tali pazienti sono 5 in tutto il territorio nazionale.



- Questo punto rappresenta una criticità importante poiché negli ultimi anni l'età di esordio dei DCA si è abbassata notevolmente, ponendosi mediamente attorno ai 12-13 anni, con esordi anche in bambini di 8-9 anni.



FATTORI PREDITTIVI E CARATTERISTICHE PSICOPATOLOGICHE DEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE IN ETA' ADOLESCENZIALE E PREADOLESCENZIALE



Studio Osservazionale Multicentrico
del Ministero della salute e CCM

6 Centri Sentinella

4 livelli di trattamento:

- 1. Ambulatorio**
- 2. Residenza**
- 3. Semiresidenza/day hospital/ Centro diurno**
- 4. Ospedale**

Prognosi

Tempestività dell'intervento

Continuità delle
cure

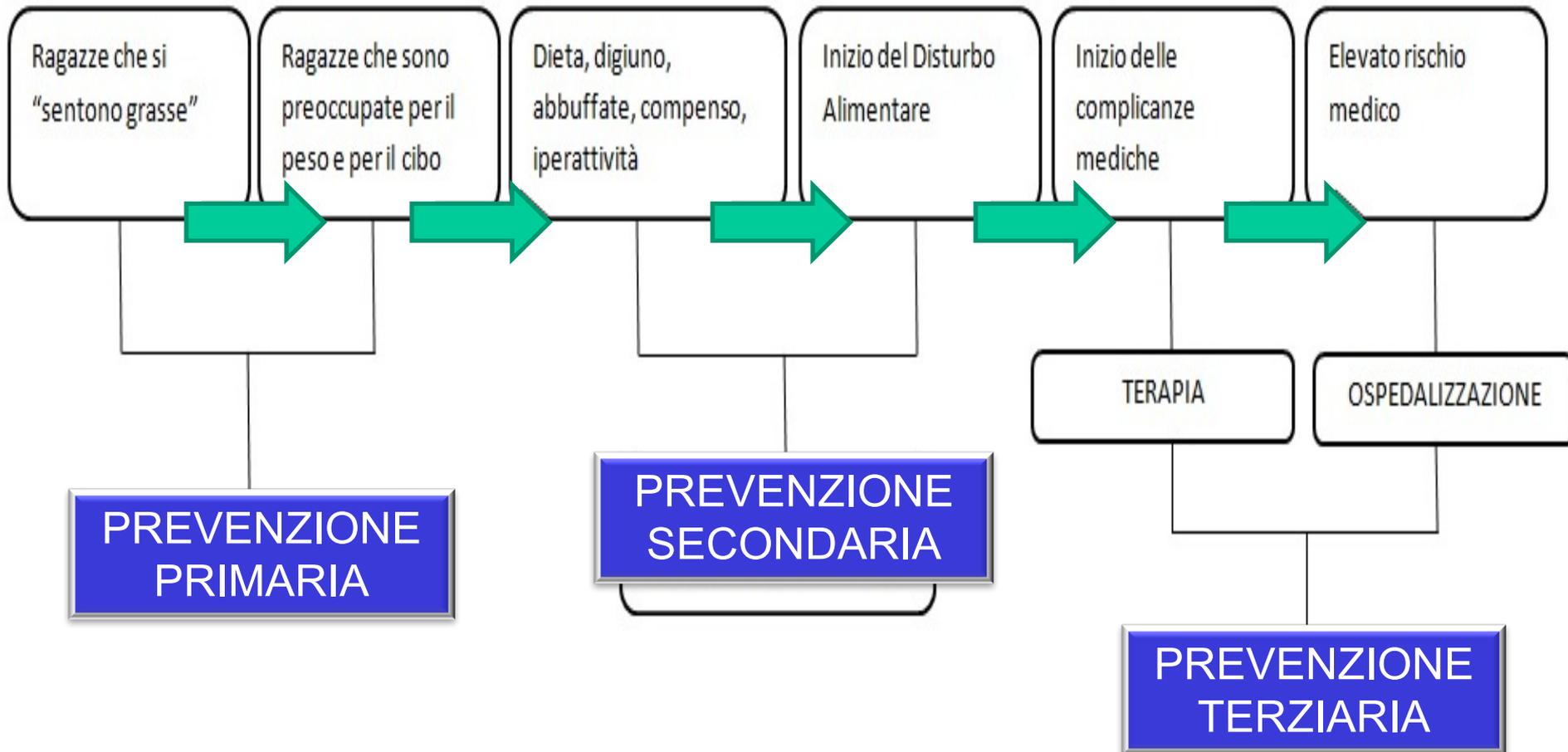
Gravità
della
psicopa
tologia

PREVENZIONE
Primaria

PREVENZIONE
Secondaria

PREVENZIONE
terziaria

La prevenzione



Grazie della vostra attenzione

