

Il Percorso per i Disturbi del Comportamento Alimentare: continuità e integrazione tra esperienze ed evidenze

SIRIDAP

21/22 Ottobre 2016 Milano

**Marinella Di Stani, Antonella Piazza,
Lucia Camellini, il Gruppo Regionale
Referenti Tecnici DCA***

**Massimo Rossetti, Anna Maria Gibin, Enrica
Manicardi, Claudio Annovi, Carlotta Gentili, Emilio
Franzoni, Carlo Della Gala, Stefano Caracciolo, Ester
Giaquinto, Daniela Ghigi.*

Introduzione

I disturbi dell'alimentazione sono patologie complesse che richiedono:

una gestione multidisciplinare

una valutazione diagnostica multidimensionale (psichiatrica, psicologica, internistica e nutrizionale)

modelli di trattamento per la psicopatologia specifica del disturbo e la comorbilità psichiatrica, internistica e nutrizionale.

I trattamenti possono coinvolgere molti servizi e setting assistenziali e una vasta varietà di approcci e tecniche

le linee guida internazionali e nazionali sono concordi nel raccomandare:

- **una presa in cura multidisciplinare, multi professionale e longitudinale,**
- **basata sul livello ambulatoriale**
- **condivisa all'interno di una rete integrata di servizi, pur potendo variare a seconda delle risorse locali, dell'intensità dell'intervento e dell'expertise del centro clinico.**

Vantaggi dell'approccio multidisciplinare

La messa in campo delle varie professionalità fa sì che tutti i versanti coinvolti siano valutati e trattati in modo specialistico e professionalmente qualificato

Costringe il paziente con DCA a riflettere sui vari aspetti del proprio disagio:

Focalizzazione su un versante della patologia

Messa in atto di meccanismi di scissione

Migrazione da un servizio all'altro, sia nell'ambito pubblico che in quello privato

Mancanza di adesione ad alcun contesto terapeutico

Consente di innalzare la continuità, la coerenza e l'efficacia dell'iter diagnostico

Potremmo dire che un modello di trattamento integrato permette al paziente di "riunire" le varie parti della propria sofferenza e di elaborarle in un percorso terapeutico

Svantaggi

Le difficoltà determinate dalla complessità dell'intervento:

un trattamento con molteplici terapeuti incoraggia i pazienti a parlare di problemi specifici con terapeuti diversi con rischio di frammentazione



Le difficoltà individuali ad identificarsi in un modello mentale collettivo

con il rischio di comunicazioni contraddittorie al paziente sul loro disturbo e sulle strategie per gestirlo e innesco di conflittualità tra i membri dell'equipe



Per evitare questi problemi è auspicabile che l'intera equipe riceva una formazione sul modello di trattamento praticato ed è fondamentale che i terapeuti, pur mantenendo i loro ruoli professionali specifici, condividano la stessa filosofia e utilizzino un linguaggio comune con i pazienti (QdS, 2013).



Date queste premesse, per il sistema di cura sarebbe particolarmente importante disporre:

di dati attendibili di incidenza e prevalenza dei DCA,

di evidenze sull'efficacia dei trattamenti e sull'appropriatezza dei percorsi di cura.

Gli studi condotti a livello internazionale rendono tuttavia molto difficile confrontare i tassi a causa:

dell'ampia eterogeneità di metodologie

di criteri di inclusione,

riportano quasi sempre esiti a breve termine, riferiti a singoli setting di trattamento o a tecniche specifiche.

In Italia, le stime di prevalenza e incidenza sono limitate, e non è possibile ricostruire un quadro complessivo dell'organizzazione e degli esiti dei trattamenti, perché le fonti informative forniscono:

dati parziali,

prevalentemente ospedalieri,

riferiti a frammenti del percorso assistenziale.

A fronte di queste criticità, nell'ultimo decennio sono state intraprese per i DCA molte iniziative a livello locale o regionale, allo scopo di:

ottenere maggiori informazioni,

offrire migliore formazione e

sviluppare modelli appropriati di prevenzione, cura e riabilitazione.

**DGR
1016/04:**

- Definizione **percorsi-programmi DCA**,
- Definizione **equipe multiprofessionale dedicata**
- Coinvolgimento dei Dipartimenti di Salute Mentale
- Iniziative informative-formative

**DGR
1298/09:**

- Definizione di un **programma aziendale DCA**
 - Definizione **team/equipe multiprofessionale** dedicato all'assistenza DCA
 - Definizione specifico **percorso clinico-organizzativo**
 - Definizione piano di azioni di sensibilizzazione e comunicazione
- Assegnazione di funzioni di **coordinamento**, supporto alla programmazione e formazione a **Ravenna, Bologna e Piacenza** come referenti di **Area vasta**.
- **Tavolo Regionale DCA**
- **Centro Ospedaliero DCA (Az. Osp. Un. BO) per l'età evolutiva**: struttura di riferimento regionale DCA minori

Livelli di Cura

Nella cura dei disturbi dell'alimentazione sono disponibili in Italia cinque livelli d'intervento (Ministero della Salute, 2013):

Primo livello: medico di medicina generale o pediatra di libera scelta.

Secondo livello: terapia ambulatoriale specialistica.

Terzo livello: terapia ambulatoriale intensiva o centro diurno o day hospital.

Quarto livello: riabilitazione intensiva residenziale (cod. 56 o ex art. 26).

Quinto livello: ricoveri H24 (ordinari e d'emergenza).

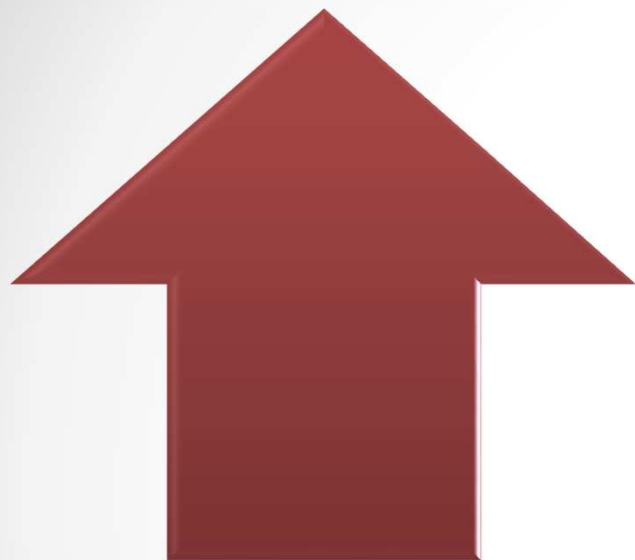


La rete assistenziale va articolata sia longitudinalmente che trasversalmente (De Virgilio et al., 2012, QdS 2013):

Longitudinalmente perché un paziente può aver bisogno di eterogenee modalità assistenziali in relazione all'andamento del disturbo dell'alimentazione e alla presenza di complicanze internistiche e/o psichiatriche.

Trasversalmente perché il paziente, in relazione al grado di comorbilità-fragilità-disabilità, può giovare dell'uno o dell'altro nodo della rete assistenziale.

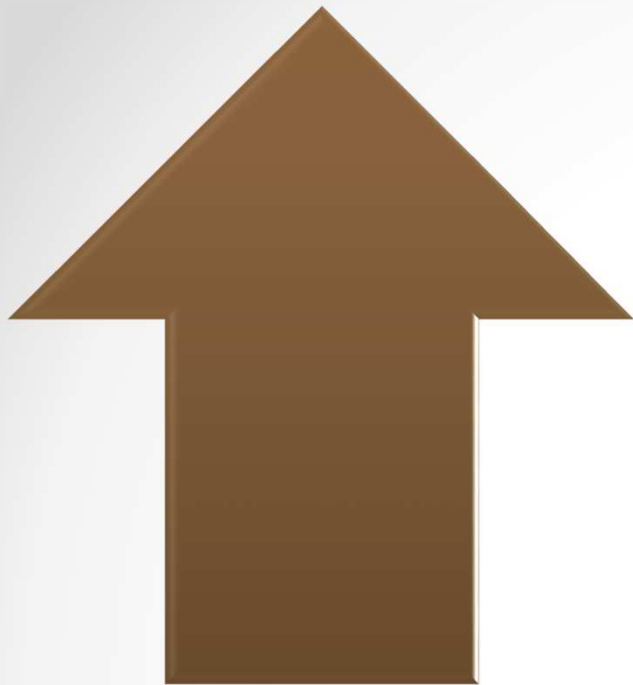
Modello di intervento



Il modello organizzativo proposto dal programma DCA RER è volto ad assicurare l'integrazione funzionale tra tutte le componenti e rappresenta un arricchimento della tradizionale organizzazione in rete dei servizi sanitari.



Prevede in ogni territorio provinciale un'équipe interdisciplinare ed esperta, nucleo e centro unificatore del sistema di cura.



L'équipe tratta in maniera dedicata e intensiva i disturbi in fase acuta, affronta gli eventuali aspetti personologici, e le copatologie psichiatriche e mediche in collaborazione con i servizi aziendali preposti, è responsabile della continuità e coerenza dei trattamenti nei setting/livelli di cura necessari e dei rapporti con i centri specializzati.



• • •

In sintesi, si delinea un sistema di presa in cura continuativa, basata sui 5 livelli progressivi di intensità assistenziale.

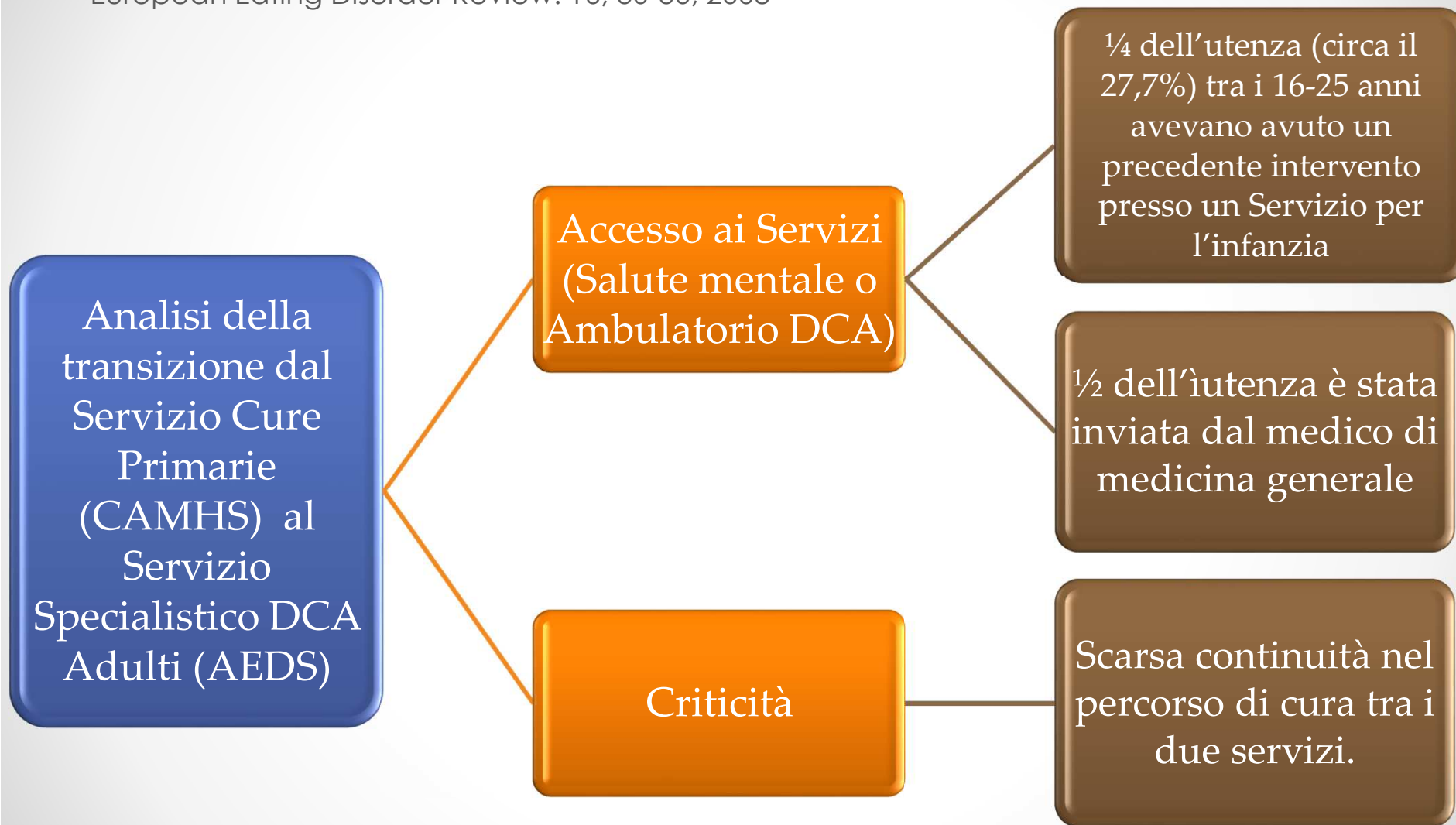
Criticità

Nel corso della lunga e articolata esperienza, due criticità si sono imposte all'attenzione:

- Innanzitutto, la serie di dati annuali di monitoraggio e rendicontazione ha reso evidente che il modello “a rete” non è stato pienamente implementato in tutti i territori provinciali, pur con l'impegno comune a realizzarlo. Anche all'interno delle tre aree vaste sono emerse disomogeneità operative, con persistenza di sistemi a scarsa integrazione organizzativa e conseguenti difficoltà nel garantire un'adeguata continuità.
- In secondo luogo, risultava sempre più arduo orientare le decisioni di gestione e programmazione in assenza di dati di monitoraggio e valutazione in grado di ricostruire l'intero percorso di cura.

STUDIO SULLE IMPLICAZIONI NELLA TRANSIZIONE TRA IL SERVIZIO PER L'INFANZIA (CAMHS) E I SERVIZI ADULTI IN UK

European Eating Disorder Review. 16, 30-36, 2008









Health services utilization in patients with eating disorders: evidence from a cohort study in Emilia-Romagna

The Regional Group on Eating Disorders

Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity
Official Journal of the Italian Society for the Study of Eating Disorders (SISDCA)

ISSN 1124-4909

Eat Weight Disord
DOI 10.1007/s40519-016-0323-3



 Springer



Health services utilization in patients with eating disorders: evidence from a cohort study in Emilia-Romagna

Antonella Piazza¹ · Paola Rucci² · Massimo Clo³ · Dino Gibertoni² · Lucia Camellini⁴ · Marinella Di Stani⁵ · Maria Pia Fantini² · Mila Ferri⁶ · Angelo Fioritti⁷ · The Regional Group on Eating Disorders⁸

Received: 18 July 2016 / Accepted: 12 September 2016
© Springer International Publishing Switzerland 2016

Abstract

Purpose To estimate the treated prevalence of eating disorders (ED) in Emilia-Romagna, Italy, and to compare health services utilization among age groups and geographical areas.

Methods The study cohort consists of patients aged 12–64 years with a primary or secondary ED diagnosis, treated in regional healthcare facilities in 2012. Patients were followed up for 1 year from the first contact. Data were extracted from regional administrative databases.

Results The study cohort included 1550 cases, 36.8 % with anorexia nervosa, 21.9 % with bulimia nervosa and 41.3 % with ED not otherwise specified. Adolescents (12–17

years) were 18.6 %, young adults (18–30) 32.7 % and older adults (31–64) 48.7 %. The annual treated prevalence rate was 5.2/10,000 (13.3 for adolescents, 9.3 for young adults and 3.4 for older adults) and was highest among adolescent (24.6/10,000) and young adult females (17.1/10,000). Cases without a record for ED in the previous year were 46.8 %. Older adults displayed higher comorbidity and used more services including hospital-based care. Outpatient care greatly exceeded inpatient care across age groups. Variations in care patterns across regional areas were found.

Conclusions Our results indicate that the care pathway for ED varies among age groups and geographical areas, but is consistent with the regional care model that favors the use of outpatient services. Future perspectives include evaluating the integration among mental health services, especially outpatient units and primary care.


The members of Regional Group on Eating Disorders are listed in Acknowledgments.

✉ Paola Rucci
paola.rucci2@unibo.it


Keywords Anorexia nervosa · Bulimia nervosa · EDNOS

La Ricerca

La prima indagine longitudinale, basata sui flussi di dati correnti, è consistita in uno studio retrospettivo sui pazienti con DCA residenti in Emilia-Romagna, afferiti ai dipartimenti di salute mentale della Regione nel 2012



Lo scopo principale è stato quello di fornire alcuni indicatori sull'utilizzo dei servizi e sui principali pattern di cura, confrontando l'assistenza ricevuta dai pazienti tra i 12 e i 30 anni, target del programma, con quella erogata a soggetti tra 31 e 64 anni



Un ulteriore studio finalizzato alla raccolta integrata dei dati di esito nelle diverse fasi di cura è in fase di realizzazione

Disegno dello studio e fonte dei dati

Sono stati considerati i casi tra i 12 e 64 anni, con una diagnosi primaria o secondaria di DCA residenti in ER e trattati nelle strutture sanitarie regionali nel 2012

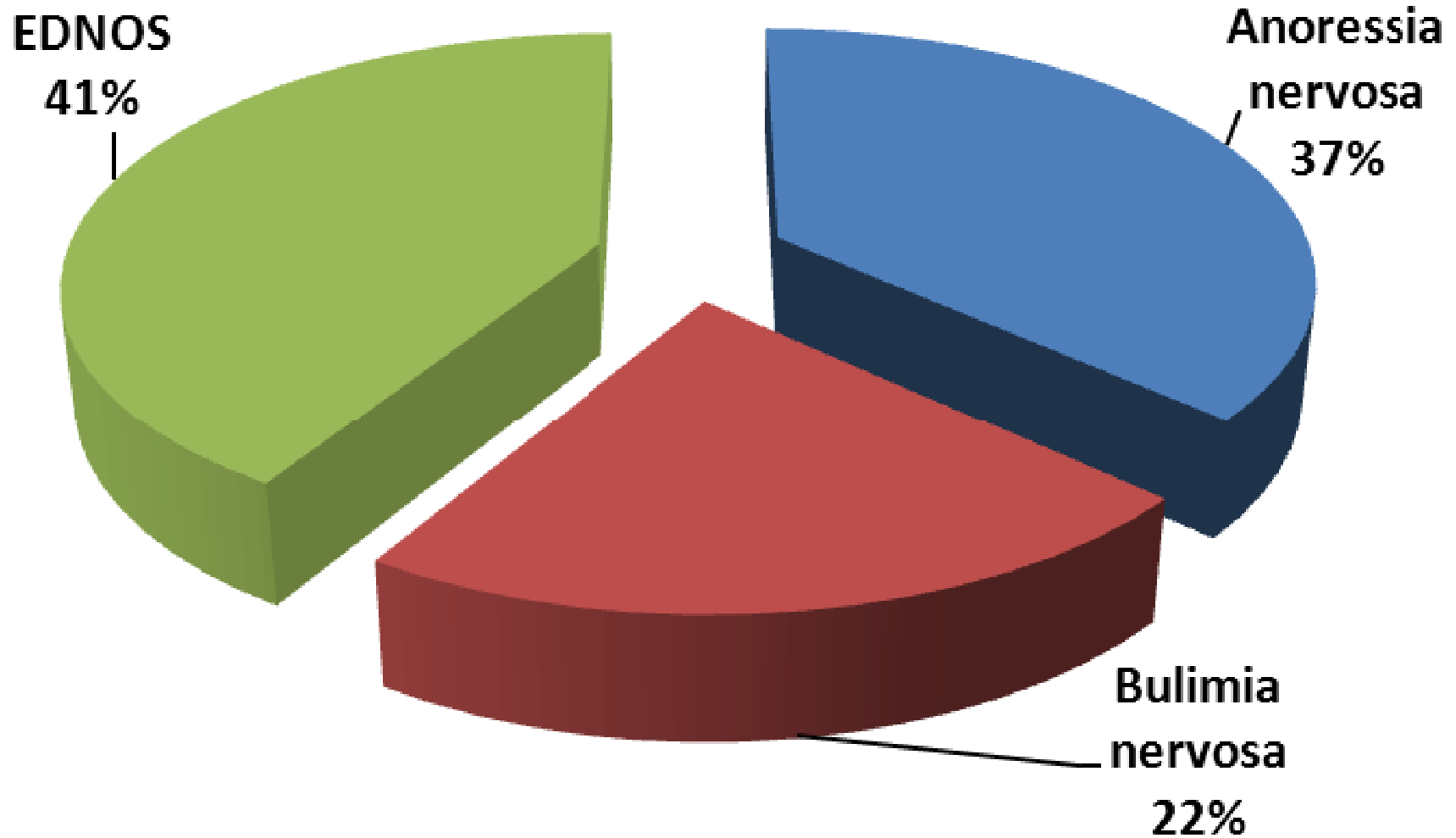


I dati per l'identificazione dei pazienti sono stati estratti dai seguenti database amministrativi regionali degli anni 2011-2012: sistema informativo dei centri di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (SINPIAER), sistema informativo salute mentale adulti (SISM), schede di dimissione ospedaliera (SDO), schede di dimissione da strutture residenziali (SDRES)

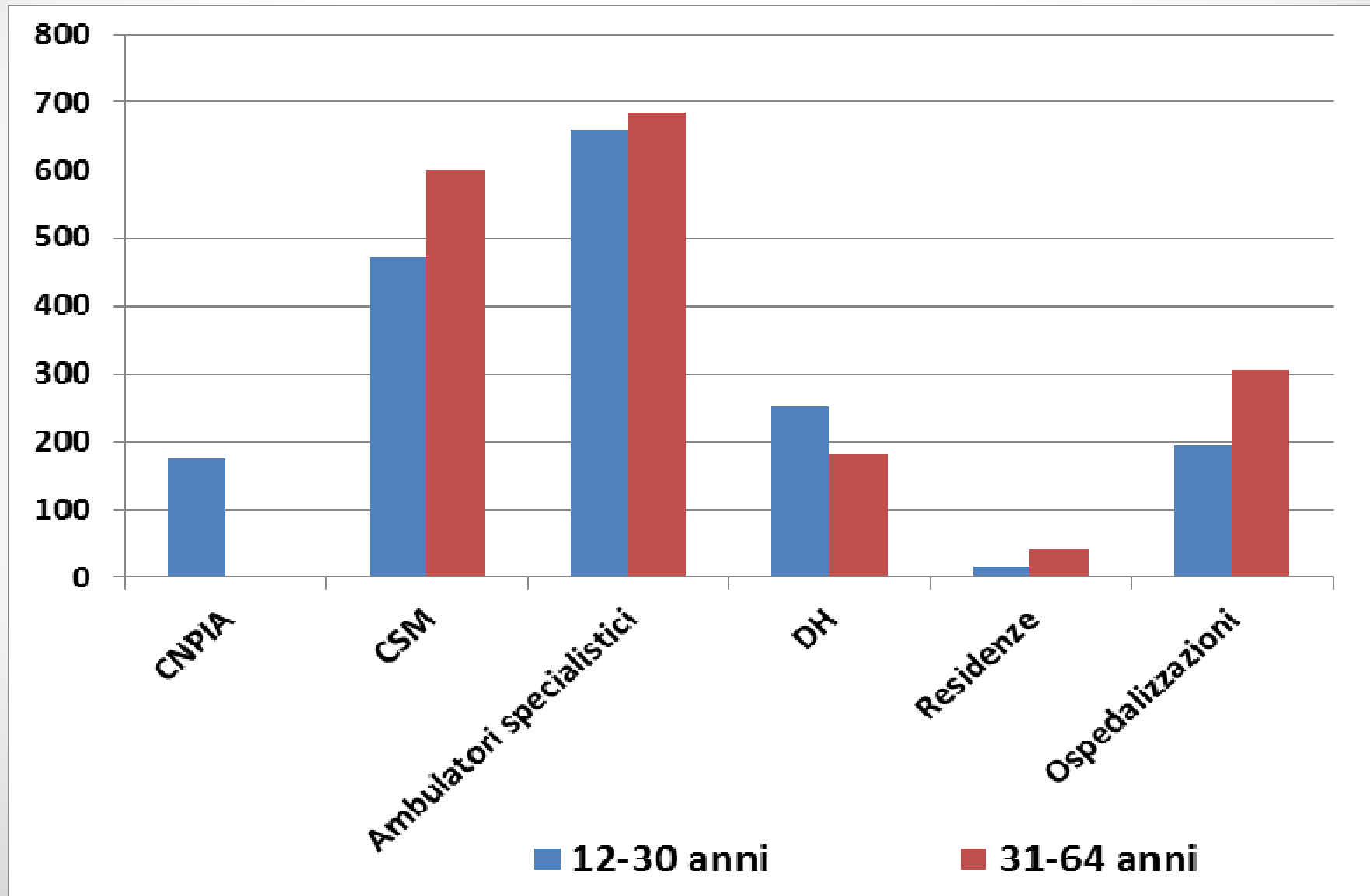


I pazienti sono stati seguiti per 12 mesi dal giorno della loro prima visita o ricovero 2012 (o dal 01.01.2012 se almeno una prestazione territoriale o ospedaliera era rintracciata nel 2011), rilevando le ospedalizzazioni e i trattamenti ricevuti.

Composizione diagnostica della coorte di pazienti DCA 12-64 anni Emilia-Romagna



Utilizzo dei servizi nei 12 mesi di follow-up:
pazienti DCA con almeno un trattamento per livello di cura
(numeri assoluti)



Risultati e Discussione

Nel 2012 sono stati trattati 1550 pazienti con DCA di età 12-64 anni e residenti in Emilia-Romagna. Il 47% è rappresentato da nuovi casi (nuovi episodi di cura):

- Il rapporto femmine:maschi è 10:1
- Il tasso annuale di prevalenza trattata è di circa 5 casi ogni 10.000 residenti
- Per i casi 12-30 anni il tasso è tre volte superiore a quello del gruppo 31-64 anni (10.5 Vs. 3.4 ogni 10.000 residenti)
- Il picco di prevalenza riguarda le ragazze 12-24 Anni (circa 24 casi ogni 10.000)
- Il trattamento è prevalentemente extraospedaliero
- In confronto con i pazienti della fascia 12-30 anni, i casi più anziani tendono ad utilizzare un maggior numero di servizi, ricorrendovi più frequentemente
- Viene confermata la necessità di agire tramite il programma nelle classi di età più giovanili per prevenire la cronicizzazione del disturbo
- Occorre indagare ulteriormente il grado di uniformità tra territori provinciali nelle modalità di implementazione del modello di intervento multidisciplinare e multiprofessionale “a rete”, la cui realizzazione dipende da diverse risorse locali, decisioni manageriali ed approcci professionali.

Conclusioni...

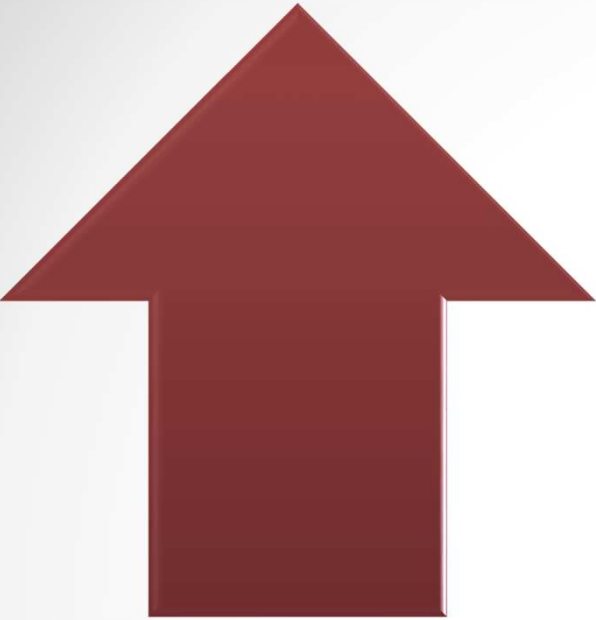


Sebbene l'organizzazione per aree vaste sia una realtà ormai consolidata, ad oggi, per quanto attiene la definizione di scelte strategiche e percorsi di cura per i DCA, il livello di area rimane più geografica che gestionale.




Questo aspetto costituisce un limite contingente e al tempo stesso il possibile punto di partenza per orientamenti futuri di lungo periodo

• • •

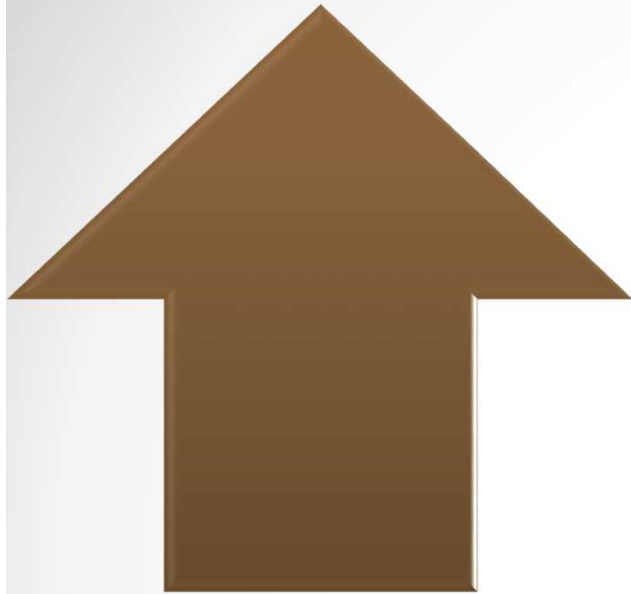


Riguardo alla evoluzione del programma le priorità consistono nel consolidamento dei team esperti, soprattutto a livello ambulatoriale, con maggior integrazione tra i servizi di salute mentale con quelli nutrizionali/dietologici, così come nel favorire il lavoro multidisciplinare con allocazione di risorse e implementare la collaborazione e formazione dei MMG e dei PLS .



Questi obiettivi permettono di definire un chiaro modello organizzativo ed incrementare l'omogeneità e la continuità della cura per contrastare la cronicità e le conseguenze della comorbidità.

Inoltre...



La prospettiva evolutiva di taglio sovra-provinciale ha avviato la propria concretizzazione con la costituzione nel 2014 dell'Azienda Unica Romagna, attraverso l'unificazione delle quattro ex-aziende in un unico ente gestionale



Lo studio qui proposto può essere inteso come una prima base epidemiologica a cui ancorare la pianificazione strategica regionale dei servizi deputati alla cura dei DCA, lo studio dei sistemi di gestione a scala sovra-provinciale e l'organizzazione dei servizi a livello locale, in un'ottica di consolidamento della funzione gestionale degli organismi di area vasta.