

Acuzie ed emergenze: dalla presa in carico alla continuità di cura Ospedale-Territorio L'esperienza della ASST GOM Niguarda di Milano

Ettore Corradi

Direttore SC Dietetica e Nutrizione Clinica

ASST-Grande Ospedale Metropolitano Niguarda

Siracusa 24 Maggio 2019

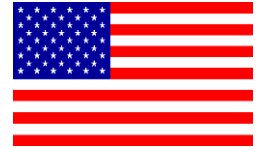


Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA): trattamenti



... un adeguato programma di terapia per DCA comprende un trattamento sia in **regime di RO che di DH**, seguito da un **gruppo multidisciplinare** di specialisti e di **personale** appositamente **addestrato**

LIVELLI DI CURA PER PZ AFFETTI DA DCA



APA PRACTICE GUIDELINE FOR THE TREATMENT OF PTS WITH ED



- Livello 5 ricovero ospedaliero
- Livello 4 trattamento in centro residenziale
- Livello 3 day hospital (ospedalizzazione parziale)
- Livello 2 ambulatorio con frequenza intensiva
- Livello 1 ambulatorio con frequenza refratta

RO vs altri trattamenti

- ✓ Ci sono **pochi studi** che analizzano il ruolo svolto dal RO vs gli altri **setting di cura** nel trattamento nei DA
- ✓ Quasi esclusivamente riferiti ad AN
- ✓ Evidenze deboli

RO vs altri trattamenti

In uno studio in UK si rileva come le **cure ambulatoriali costino circa il 10%** rispetto l'assistenza ospedaliera

Una *review* recente stima che a livello internazionale, i **costi annuali** per l'assistenza sanitaria variano da

- ✓ 2.993 a 55.270 Euro per l'AN
- ✓ 888 a 18.823 Euro per la BN
- ✓ 1.762 a 2.902 Euro per il BED

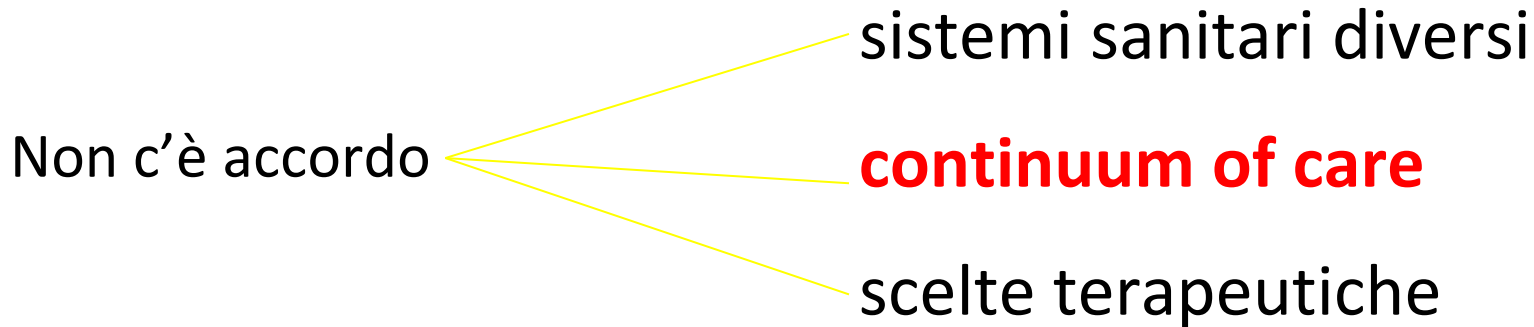
Durata della degenza

da 15,0 giorni a 52,7 per AN

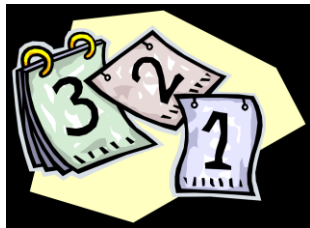
da 9,0 giorni a 45,7 per BN

OSPEDALIZZARE PER QUANTO TEMPO

Il tempo necessario per superare la fase di rischio



Durata media Centro Niguarda



25 – 40 gg

ma seguito da DH intensivo

RO vs altri trattamenti

RICOVERO ORDINARIO

degenza media dei ricoveri per DCA in USA

1984: 149.5 gg

1998: 23.7 gg

Riammissioni

1984 – 1991 : **2 %**

1992 – 1998 : **24 %**

RO vs altri trattamenti



Inpatient versus outpatient care, partial hospitalisation and waiting list for people with eating disorders (Review)

Hay PJ, Touyz S, Claudino AM, Lujic S, Smith CA, Madden S

5 studi (N = 566 partecipanti)

confronto tra il *setting* ospedaliero vs

- ✓ ambulatorio,
- ✓ ospedalizzazione parziale
- ✓ ospedalizzazioni brevi con continuità di cura ambulatoriale
- ✓ nessun intervento attivo

4 studi (N = 511 partecipanti) erano con pazienti affetti da AN

RO vs altri trattamenti

I dati di **reviews sistematiche** tra il 1999 e il 2009 hanno trovato **dati contraddittori** (*Lock 2009; Meads 1999; Meads 2001*)

Ricovero sia efficace a breve termine ma a 20 anni non predittivo di guarigione a lungo termine (*Zipfel 2000* studio retrospettivo).

Maggiori pesi alla dimissione correlano con **migliori outcomes a lungo termine** (*Barren 1995; Gross 2000; Zipfel 2000*)

Le **LG tedesche**, basate su studi clinici non randomizzati, **consigliano** il trattamento in ospedale fino al **ripristino ponderale completo** (*Herpetz 2011*) !!!

Le **LG APA** consigliano il **setting ambulatoriale per l'AN solo** con **pazienti molto motivati**, con **famiglie solidali** e **diagnosi recenti**, consigliando il ricovero se non risultati entro poche settimane (*APA 2006*)

RO vs altri trattamenti

Le **LG NICE 2004** sono più favorevoli al **setting ambulatoriale** come impostazione di trattamento per la maggior parte delle persone con **AN**

Tutte le LG concordano nell'indicare il **setting ambulatoriale** come **più idoneo** negli **altri DA**

(APA 2006;Herpetz 2011; NICE 2004; RANZCP 2014)

Tutte le LG ribadiscono la necessità di **ulteriori ricerche** per definire l'appropriatezza dei trattamenti più intensivi che prevedano l'ospedalizzazione parziale o ordinaria
(APA 2006;Herpetz 2011; NICE 2004; RANZCP 2014)

RO vs altri trattamenti

Inpatient versus outpatient care, partial hospitalisation and waiting list for people with eating disorders (Review)

Hay PJ, Touyz S, Claudino AM, Lujic S, Smith CA, Madden S

Conclusioni

- ✓ **Non ci sono prove sufficienti** per concludere sulla **superiore** efficacia di nessun tipo di **setting** sia per i pazienti affetti da AN (più o meno grave) sia per i pazienti affetti da altri DA
- ✓ Sono necessarie ulteriori ricerche
- ✓ Le **LG** per la pratica clinica concordano che il **setting ambulatoriale** è la prima scelta per il trattamento dei **DA**, ma **non c'è accordo per l'AN**
- ✓ **Sicurezza del paziente** (gravità della malattia), preferenze e possibilità di accesso ai livelli di cura, e il **costo** sono considerazioni importanti nel determinare il **setting** di trattamento nell'AN

RO vs altri trattamenti

VARIABILI

- ✓ **Struttura** (psichiatria, medicina, pediatria, NPI, endocrinologia, nutrizione clinica, ecc.)
- ✓ Possibilità di **intervento integrato** (di che tipo?)
- ✓ **Tipologia pazienti** (adulti, pediatrici, presenza di comorbidità medica e/o psichiatrica)
- ✓ **Tipo di assistenza sanitaria** (pubblica, privata)
- ✓ **Tempi di degenza** (determinata, indeterminata)

RO vs altri trattamenti

Durata della degenza

da 15,0 giorni a 52,7 per AN
da 9,0 giorni a 45,7 per BN



Dal punto di vista strettamente clinico, se adeguatamente trattati, i DA possono **risolversi nell'arco di alcuni anni** (in media 3-4) conducendo, nel 70-80% dei casi, a una guarigione stabile con o senza sintomi residui sotto-soglia.

Nell'**AN**, il tasso di remissione è del **20-30% dopo 2-4 anni** dall'esordio e del **70-80%** dopo **8 o più anni**.

Nella **BN**, il tasso di remissione è di circa il **27% a un anno** dall'esordio e di oltre il **70% dopo 10 o più anni**.

Factors predictive of ten-year mortality in severe anorexia nervosa patients

Method: Vital status was established for **601 AN (DSM-IV)** consecutive inpatients with initial evaluation at admission.

Standardized mortality ratio (SMR) was calculated.

Cox analyses for hypothesized predictors of mortality were performed.

40 decessi nel periodo osservato

Le cause di morte sono state attribuite per 40% all'**AN** o alle **complicanze mediche** dell'AN , e per il **17,5 % a suicidio**

Quattordici morti (32,5 %) sono stati attribuiti alle complicanze mediche (**7 arresti cardiaci, 3 cachessie e 1 sepsi**) e codificati come morti mediche

Sette morti (17.5 %) avevano come causa il suicidio

25% della cause di mortalità era sconosciuta

RO vs altri trattamenti

Esistono alcune evidenze secondo cui il trattamento in regime di ricovero è utile per pz affetti da **grave malnutrizione** o a **elevato rischio clinico**

Tuttavia **non** ci sono criteri **evidence-based** per l'ammissione ad un trattamento ospedaliero e non c'è accordo sui suoi specifici obiettivi

RO vs altri trattamenti

IN BUONA SOSTANZA NON ABBIAMO ATTUALMENTE RISPOSTE CHIARE
ED INDIRIZZI INSINDACABILI SULLA NECESSITA' DI **OSPEDALIZZAZIONE**
ED EVENTUALE INIZIO NA

ESISITONO PERO' **EVIDENZE** CHE
IL TRATTAMENTO OSPEDALIERO SIA UTILE
NELLE

gravi malnutrizioni

O

laddove esista una **rischio clinico**
(medico o psichiatrico)

Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA): trattamenti

MEDIC



RIZIONE

Trattamento dell'AN



THE LANCET.

1. **Diagnosticare e trattare le complicanze del digiuno** ed i comportamenti che lo hanno indotto
2. **Ristabilire un normale stato di nutrizione**, incoraggiando il pz ad adottare un'alimentazione normale e bilanciata
3. Se necessario, usare le tecniche comportamentali per **ristabilire il peso**
4. Fornire **indicazioni specifiche** a riguardo della **nutrizione** e **dell'attività fisica**
5. **Modificare il comportamento** anoressico e le modalità di pensiero mediante la **terapia cognitivo comportamentale**
6. Supportare la famiglia mediante consigli e informazioni
7. Aumentare l'autonomia, facilitare la **formazione d'identità**, rafforzare l'**autostima** e prevenire l'invalidità mediante **psicoterapia**

EATING DISORDERS

Eating disorders clearly illustrate the close links between emotional and physical health.

The **first step** in treating **AN** is to assist patients with regaining weight to a healthy level

However, restoring a person to normal weight or temporarily ending the binge-purge cycle does not address the underlying emotional problems that cause or are made worse by the abnormal eating behavior.

Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA): trattamenti

CC
|



DH
A

Treatment of chronic anorexia nervosa: a 4-year follow up of adult patients treated in acute inpatient setting

**Risultati migliori sono stati ottenuti per coloro
che hanno avuto la continuità delle cure a
livello ambulatoriale**

Day-patient treatment after short inpatient care versus continued inpatient treatment in adolescents with anorexia nervosa: a multicentre, randomised, open-label, non inferiority trial

I trattamenti in DH Day successivi a ricoveri brevi in pazienti adolescenti ... sembrano essere egualmente efficaci dei ricoveri ordinari nel recupero ponderale e nel mantenimento a 1 anno

Il DH potrebbe essere un'alternativa efficace e meno costosa rispetto il RO

Day hospital treatment following brief inpatient medical stabilisation for adolescents with anorexia nervosa is equivalent in efficacy to inpatient treatment

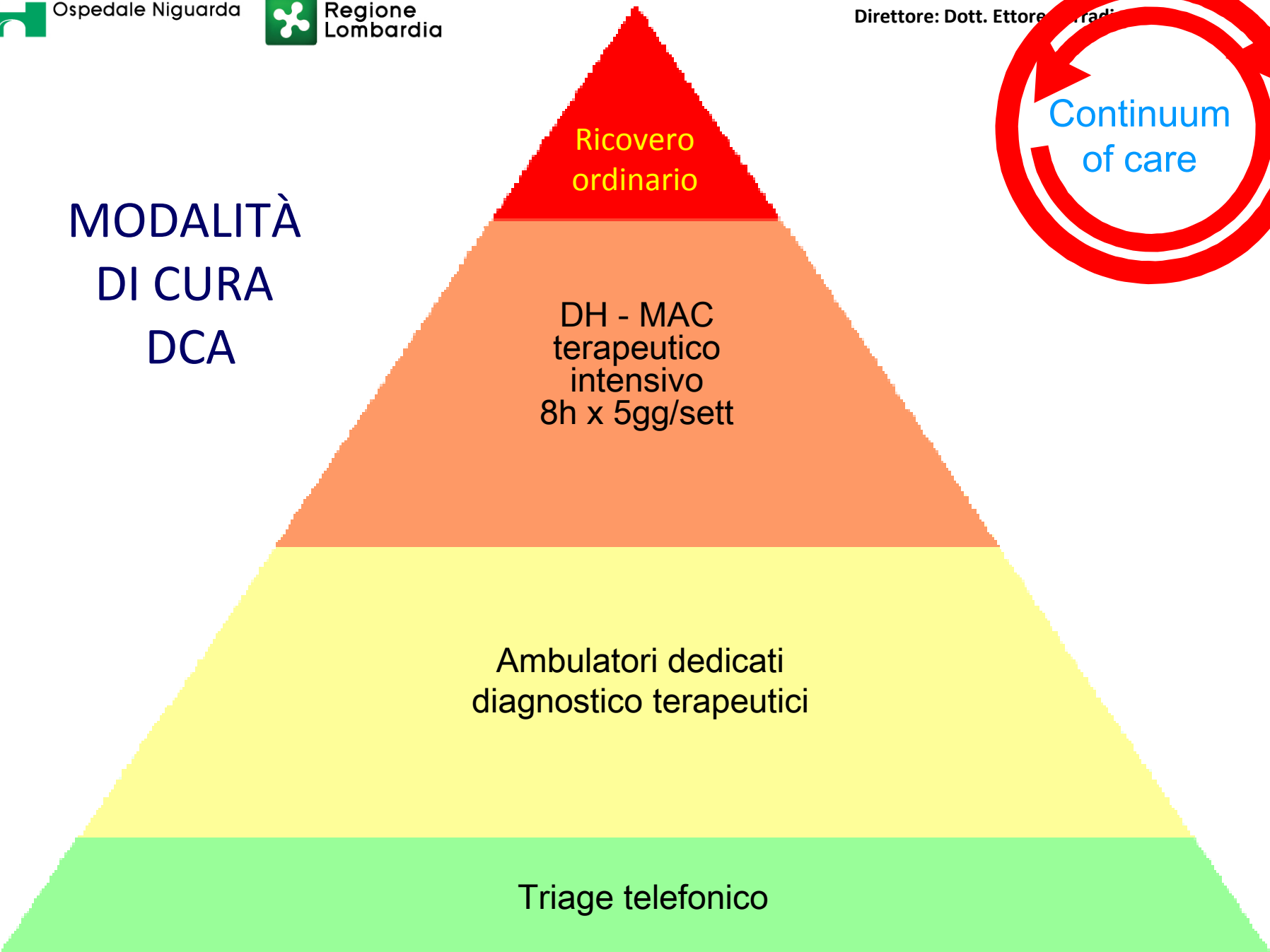
We are motivated to transition medically stable adolescents ...

to treatment in a **day programme** as early as possible.

This study provides evidence in support of minimising the use of prolonged inpatient hospitalisation



MODALITÀ
DI CURA
DCA



Ricovero
ordinario

DH - MAC
terapeutico
intensivo
8h x 5gg/sett

Ambulatori dedicati
diagnostico terapeutici

Triage telefonico

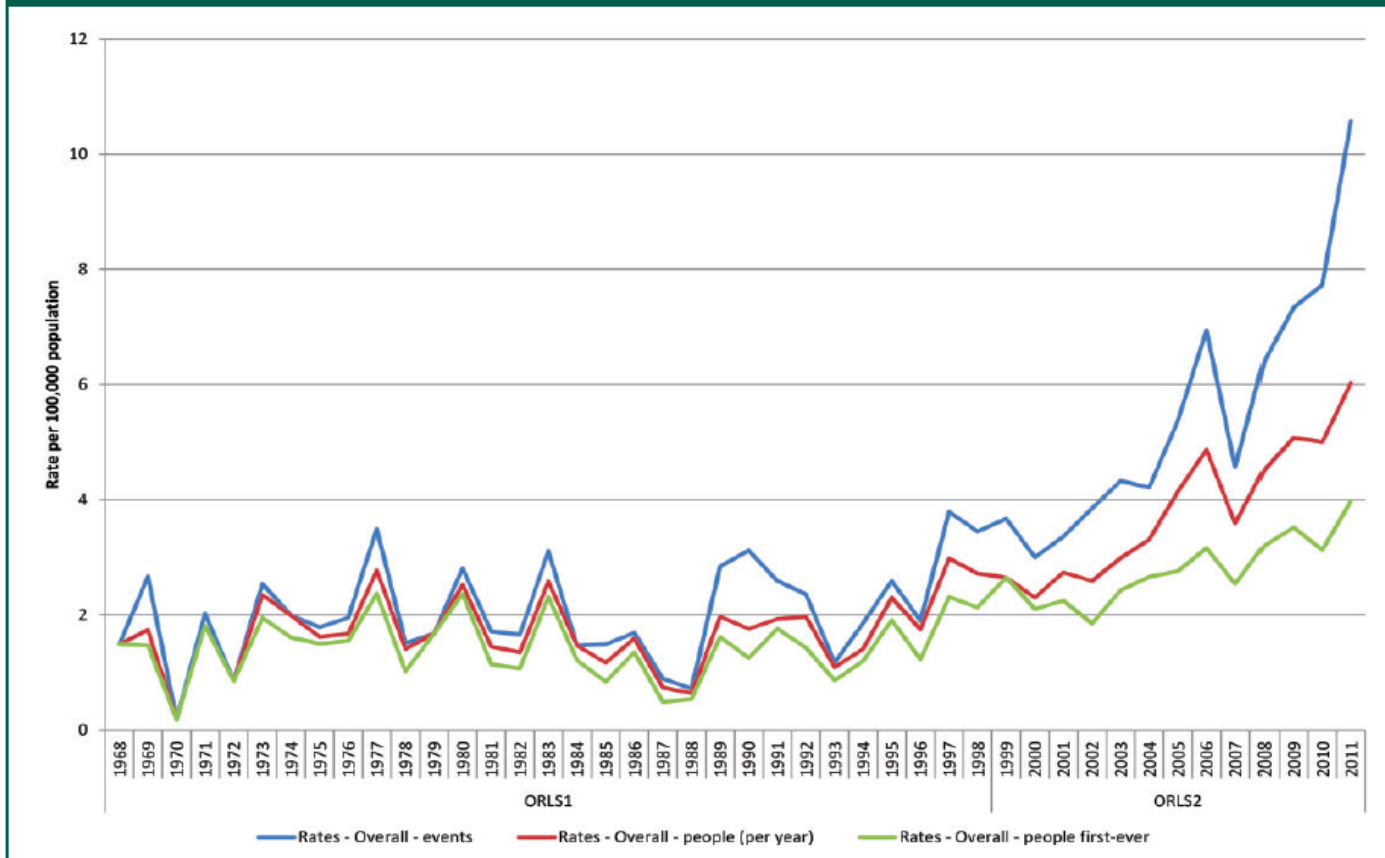


Trends in hospital admission rates for anorexia nervosa in Oxford (1968–2011) and England (1990–2011): database studies

Josephine Holland, Nick Hall, David GR Yeates and Michael Goldacre

Unit of Health-Care Epidemiology, Nuffield Department of Population Health, University of Oxford, Old Road Campus, Old Road,

Figure 1. Age-standardised hospital admission rates for anorexia nervosa in the Oxford Record Linkage Study area, per 100,000 population aged 10–44 years, showing episode-based rates (upper line), people admitted per year (middle line), and peoples' first record of admission (lower line).





Trends in hospital admission rates for anorexia nervosa in Oxford (1968–2011) and England (1990–2011): database studies

Josephine Holland, Nick Hall, David GR Yeates and Michael Goldacre

Unit of Health-Care Epidemiology, Nuffield Department of Population Health, University of Oxford, Old Road Campus, Old Road,

Table 1. Average annual age-standardised hospital admission rates for anorexia nervosa per 100,000 people aged 10–44 years: rates for episodes, and for first recorded admission, for anorexia nervosa in the Oxford Record Linkage Study area.

Year	Episodes Female	First record Female	Episodes Male	First record Male
1968–1971	3.4 (2.2–4.7)	2.7 (1.6–3.8)	0	0
1972–1976	3.7 (2.8–4.6)	3.0 (2.1–3.8)	0.2 (0–0.4)	0.2 (0–0.4)
1977–1981	4.1 (3.4–4.9)	3.3 (2.6–4.0)	0.5 (0.2–0.7)	0.3 (0.1–0.5)
1982–1986	3.6 (2.9–4.3)	2.5 (2.0–3.2)	0.3 (0.1–0.5)	0.3 (0.1–0.4)
1987–1991	3.9 (3.2–4.6)	2.2 (1.6–2.7)	0.3 (0.1–0.6)	0.2 (0.1–0.4)
1992–1996	4.0 (3.3–4.7)	2.7 (2.1–3.3)	0.1 (0–0.2)	<0.1 (0–0.1)
1997–2001	6.6 (5.4–7.7)	4.5 (3.5–5.5)	0.3 (0–0.5)	0.3 (0–0.5)
2002–2006	9.1 (8.0–10.2)	4.9 (4.2–5.7)	1.0 (0.7–1.4)	0.4 (0.2–0.6)
2007–2011	14.1 (12.8–15.4)	6.3 (5.5–7.2)	0.9 (0.6–1.2)	0.4 (0.2–0.6)

Note: 95% confidence intervals in parentheses.



Trends in hospital admission rates for anorexia nervosa in Oxford (1968–2011) and England (1990–2011): database studies

Josephine Holland, Nick Hall, David GR Yeates and Michael Goldacre
Unit of Health-Care Epidemiology, Nuffield Department of Population Health, University of Oxford, Old Road Campus, Old Road,

Table 2. Average annual age-standardised hospital admission rates for anorexia nervosa per 100,000 people aged 10–44 years: rates for episodes, and for first recorded admission, for anorexia nervosa in England.

Year	Episodes Females	First record Females	Episodes Males	First record Males
1990–1991	4.4 (4.2–4.7)	n/a	0.3 (0.3–0.4)	n/a
1992–1996	5.6 (5.4–5.8)	n/a	0.3 (0.3–0.4)	n/a
1997–2001	6.8 (6.5–7.1)	4.2 (4.0–4.4)	0.4 (0.3–0.4)	0.2 (0.1–0.3)
2002–2006	8.7 (8.5–9.0)	4.4 (4.2–4.6)	0.6 (0.5–0.7)	0.3 (0.2–0.4)
2007–2011	15.9 (15.5–16.2)	6.9 (6.7–7.1)	1.0 (0.9–1.1)	0.5 (0.4–0.6)

Note: 95% confidence intervals in parentheses; n/a = not available.

Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA): trattamenti



LINEE GUIDA PER RO ADULTI



- peso < 85% del peso sano
- frequenza cardiaca < 40 bpm
- PA < 90/60 mm/Hg
- glicemia < 60 mg/dL
- potassio < 3 mEq/L
- TA < 36 °C
- disidratazione
- compromissione epatica, renale o cardiovascolare che richiedano un trattamento acuto
- diabete scarsamente controllato

APA. A quick reference guideline, 2006



Tabella 7.3 Valutazioni antropometriche ed esami biumorali e strumentali di routine da prescrivere nei pazienti sottopeso e sospetta malnutrizione per difetto

Il ricovero è indicato se sono soddisfatti uno o più dei seguenti criteri	Si	No
1. Mancata risposta a un trattamento ambulatoriale condotto secondo le attuali linee guida		
• Nessun miglioramento o peggioramento dopo 12 settimane di cura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Rischio fisico che rende inappropriato il trattamento ambulatoriale		
• Basso peso corporeo (indice di massa corporea < 15 kg/m ²)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Rapida perdita di peso (> 1 kg a settimana per almeno 6 settimane)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Elevata frequenza di vomito autoindotto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Elevata frequenza di uso improprio di lassativi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Elevata frequenza di uso improprio di diuretici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Elevata frequenza di esercizio fisico eccessivo e compulsivo in una condizione di indice di massa corporea < 17,5 kg/m ²	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sintomi e segni che indicano un'instabilità medica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Rischio psichiatrico che rende inappropriato il trattamento ambulatoriale		
• Elevata frequenza di episodi di autolesionismo grave (es. farsi tagli o bruciature)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Depressione grave con o senza rischio suicidario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Elevata impulsività	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Uso improprio di sostanze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Difficoltà psicosociali che ostacolano il trattamento ambulatoriale		
• Isolamento sociale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Interruzione dell'attività scolastica o lavorativa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ambiente familiare problematico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LINEE GUIDA PER RO ADULTI



	PSIC	MED
Peso	BMI <14	BMI<12
Rapido calo ponderale	<ul style="list-style-type: none"> • 1 kg/sett da alcune sett • Intake <1000 kcal/die • Calo ponderale nonostante comuni trattamenti 	
SBP	< 90 mm Hg	< 80 mm Hg
Postural BP	Orthostatic decrease > 10 mm Hg	Orthostatic decrease > 20 mm Hg
HR		< 40 bpm o > 120 bpm o ortho increase > 20 min
Glicemia	Sotto norma	< 45 mg/dl

LINEE GUIDA PER RO ADULTI



	Psic	Med
Sodio	< 130 mEq/l	< 125 mEq/l
Potassio	Sotto norma	< 3 mEq/l
Magnesio		Sotto norma
Fosfato		Sotto norma
eGFR		< 60ml/min or rapidly dropping (25% drop within a week)
Albumina		3 g/dl
Enzimi epatici		Transaminasi > 500
Neutrofili	<1.5 x 10 ⁹ /L	<1.0 x 10 ⁹ /L
Risk assesment	Ideazioni suicidiarie Autolesionismo Moderate to high agitation and distress	

LINEE GUIDA PER RO ADULTI



- Non utilizzare un peso assoluto o una soglia BMI
- Considerare i tassi di perdita di peso (es. > 1 kg/sett)
- Necessità di monitorare attivamente i parametri di rischio medico (es. esami del sangue, osservazioni fisiche ed ECG)
- Fare riferimento al **BOX 1 MARSIPAN**
- Se i genitori o chi si prende cura di bambini e giovani non sono in grado di sostenerli e proteggerli da danni significativi con la stessa attenzione di un paziente ricoverato

CRI89

MARSIPAN: Management of Really Sick Patients with Anorexia Nervosa

2nd edition

OTTOBRE 2014

The Management of Really Sick Patients with Anorexia Nervosa (MARSIPAN) working group arose out of concerns that a number of patients with severe anorexia nervosa were being admitted to general medical units and sometimes deteriorating and dying on those units because of psychiatric problems, such as non-adherence to nutritional treatment, and medical complications, such as re-feeding syndrome. Sometimes overzealous application of National Institute for Health and Care Excellence (NICE) guidelines led to death from underfeeding syndrome. In the present

MARSIPAN: Management of Really Sick Patients with Anorexia Nervosa

Box 10 SERVICES PROVIDED BY THE SEDU

We suggest that SEDUs be ready to provide all of the following services, which were found to be provided in the majority of the SEDUs that we surveyed:

- nasogastric insertion and feeding
- daily biochemistry
- frequent nursing observations
- prevention of symptomatic behaviours (water drinking, absconding, exercising, etc.)
- daily ECGs (and expertise at reading them)
- sedation of a resisting patient
- use and management of the Mental Health Act
- treatment of pressure sores
- immediate cardiac resuscitation.

We understand that some units would need to extend their range to meet these requirements. For example, some units currently do not accept patients under the Mental Health Act, but we would not regard this as acceptable in a service which may be the only specialist unit in a particular part of the country.

GRUPPO DI APPROFONDIMENTO TECNICO SUI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE (DCA)

DOCUMENTO CONCLUSIVO

Piano assistenziale in corso di ricovero ordinario di pazienti affetti da AN di grado severo ricoverate in Centro specialistico

	BMI <13 alto rischio	BMI < 15 rischio moderato
Riposo a letto e/o spostamenti in carrozzina	24 ore per la maggior parte dei pazienti (profilassi TVP) Valutazione rischio per vitalità tessuti Eventuale valutazione infermieristica per materasso antidecubito	Possono essere introdotti periodi di riposo a letto
Liquidi	Bilancio da misurare (supervisione) Contatto con dietista Approvvigionamento idrico in stanza per ridurre eventuale carico autogestito	Mantenere contatti con dietista per bilancio idrico Da considerare approvvigionamento in stanza
Docce/Lavaggi	Lavaggi solo sotto sorveglianza all'interno della camera da letto	Docce con supervisore consigliato
Bagno	Supervisione per garantire sicurezza fisica e preciso bilancio liquidi	Senza sorveglianza, ma con monitoraggio bilancio liquidi
Nutrizione	Collaborazione con dietista per quanto riguarda la sonda naso gastrica Supervisione fino a 30 minuti dopo il pasto Pasti concordati con dietista Monitorare gli effetti per sindrome da <i>refeeding</i>	Supervisione fino a 30 minuti dopo il pasto Pasti concordati con dietista
Permessi	Nessun permesso	Brevi periodi di permesso in carrozzina Nessun congedo se non accompagnati
Osservazioni cliniche	PA, FC e Tc e glicemia (Dbx) anche pluriquotidiana	PA, FC e Tc e glicemia (Dbx) a seconda benessere fisico



Regione Lombardia

**GRUPPO DI
 APPROFONDIMENTO
 TECNICO
 SUI DISTURBI DEL
 COMPORTAMENTO
 ALIMENTARE (DCA)**

DECRETO N. 4408

Del 18/04/2017

Identificativo Atto n. 133

DIREZIONE GENERALE WELFARE

Oggetto

 APPROVAZIONE DOCUMENTO CONCLUSIVO DEL GRUPPO DI
 APPROFONDIMENTO TECNICO REGIONALE SUI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO
 ALIMENTARE

L'alimentazione con SNG è riservata a quei casi di pazienti che

- ✓ non ammettono di essere ammalati
- ✓ non riconoscono la necessità di cure o non tollerano i sensi di colpa che si associano all'alimentazione attiva anche se per ragioni di sopravvivenza

Ministero della Salute

INTERVENTI PER L'ACCOGLIENZA, IL TRIAGE, LA
VALUTAZIONE ED IL TRATTAMENTO DEL PAZIENTE
CON DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E
DELL'ALIMENTAZIONE

*"RACCOMANDAZIONI IN PRONTO SOCCORSO PER UN
CODICE LILLA"*

Indici per stabilire la gravità dello stato del paziente

- *Peso corporeo. **Rischio alto se IMC inferiore a 16,0. Rischio altissimo se inferiore a 14,0;** intervento medico d'emergenza da considerare se IMC < 13,0.

...

- *Pressione Arteriosa. **Rischio alto per PA sistolica < 90 mmHg e PA diastolica < 60 mm Hg;** altissimo rischio per PA sistolica < 80 mmHg, PA diastolica < 50 mmHg; rischio alto per calo PA >10 mmHg in ortostatismo; rischio altissimo per calo PA >20 mmHg in ortostatismo.

...

- Glicemia. **Rischio alto per valori < 3.5 mmol/L (60 mg/dl);** rischio altissimo per valori < 2.5 mmol/L (50 mg/dl).
- Urea. Rischio alto se > 7 mmol/L; **rischio altissimo se > 10 mmol/L.**
- Emocromo. **Rischio alto se neutrofili < 1500/mmc; rischio altissimo se < 1000/mmc.**
- Albumina. Rischio alto se < 35 g/L; **rischio altissimo se < 30 g/L**

Ministero della Salute

INTERVENTI PER L'ACCOGLIENZA, IL TRIAGE, LA
VALUTAZIONE ED IL TRATTAMENTO DEL PAZIENTE
CON DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E
DELL'ALIMENTAZIONE

*"RACCOMANDAZIONI IN PRONTO SOCCORSO PER UN
CODICE LILLA"*

Criteri di ammissione al ricovero ospedaliero

Uno o più dei seguenti:

...

- Ripetuti episodi sincopali

...

- Tendenze suicidarie
- Prolungata mancanza dell'accrescimento atteso o dello sviluppo corporeo (pazienti pediatrici o adolescenti)

Ministero della Salute

INTERVENTI PER L'ACCOGLIENZA, IL TRIAGE, LA
VALUTAZIONE ED IL TRATTAMENTO DEL PAZIENTE
CON DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E
DELL'ALIMENTAZIONE

*“RACCOMANDAZIONI IN PRONTO SOCCORSO PER UN
CODICE LILLA”*

- **Suggerimenti per il trattamento**

Evitare infusioni rapide di eccessive quantità di liquidi; potrebbero infatti precipitare una insufficienza cardiaca soprattutto in pazienti con comportamenti purgativi e con compromessa funzionalità.

Un regime **infusionale di 10 ml/kg/h** è solitamente sicuro per evitare le complicanze descritte, e può gradualmente raggiungere 15-20 ml/kg/h in base all'evoluzione clinica

?!
..

Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA): trattamenti



PRIMA VISITA AMBULATORIALE DCA

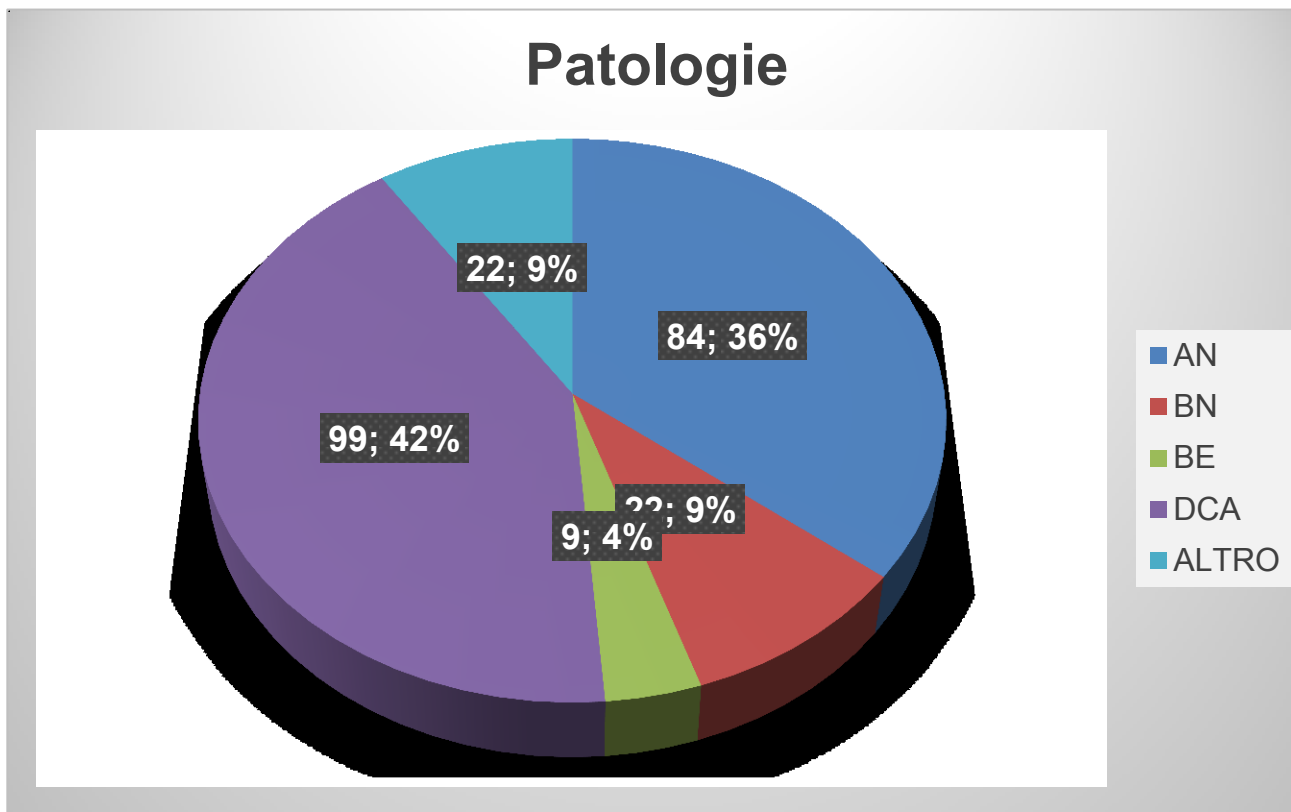
1.05.17 – 30.04.18

M ± DS (range)

- ✓ **N. pz :** 236 (215 F, 21 M; 91.1%, 8.9%)
- ✓ **Età (aa):** 21.5 ± 8.2 (11- 58)
- ✓ **Peso (kg):** 48.2 ± 14.6 (24.8 – 167.2)

- ✓ **IMC (kg/m²):** 18 ± 4.9 (10.3 – 51.6)
- ✓ **FC (bpm):** 65.3 ± 9.3 (28 -100)

PAZIENTI AMBULATORIALI



LINEE GUIDA PER RO ADULTI



- ✓ Le persone con **DCA** dovrebbero essere **valutate** e ricevere un **trattamento il più presto possibile**
- ✓ Quelle con **gradi severi di emaciazione** dovrebbero avere la **priorità di cura**
- ✓ **E' raccomandato di *non usare una singola misura*** come IMC o la durata di malattia ...
- ✓ Ma **considerare**: gli **effetti fisici** della **malnutrizione** o dei **comportamenti di compenso**, la presenza di problemi di **salute mentali associati**, l'uso improprio di **alcol** o **sostanze** e la necessità di un trattamento di emergenza (condizioni fisiche compromesse o a rischio di suicidio)

236 pz

ESORDIO

- ✓ 85 pz con esordio/diagnosi del disturbo da meno di 1 anno (37.1%)
- ✓ 144 pz con esordio/diagnosi da più di 1 anno (62.9%)

TERAPIE NUTRIZIONALI EFFETTUATE

- ✓ 110 nessuna terapia
- ✓ 119 già trattati
 - ✓ 40 da "esperti di nutrizione" non meglio identificati (17.5% sul totale)

TERAPIE "PSI" EFFETTUATE

- ✓ **107 mai approccio "psi"**
 - ✓ 86 psicoterapia in corso
 - ✓ 38 terapie psicologiche abbandonate
 - ✓ 6 effettuato solo primo colloquio

LINEE GUIDA PER RO ADULTI



LA TERAPIA DEVE

- Includere un **approccio psiconutrizionale** al problema
- Includere **monitoraggio** del peso, della salute fisica e mentale e di qualsiasi altro fattore di rischio
- Essere **multidisciplinare e coordinata** tra servizi diversi
- Coinvolgere i familiari o chi si occupa del pz se adeguati

LINEE GUIDA PER RO ADULTI



Nel trattamento dell'anoressia nervosa bisogna considerare che:

- ✓ aiutare i pz a raggiungere un **peso sano** o un IMC adeguato per età **deve essere l'obiettivo primario**
- ✓ l'incremento ponderale è **la chiave del supporto** ai cambiamenti psicologici, fisici e della qualità della vita che sono necessari per migliorare o guarire definitivamente

LINEE GUIDA PER RO ADULTI

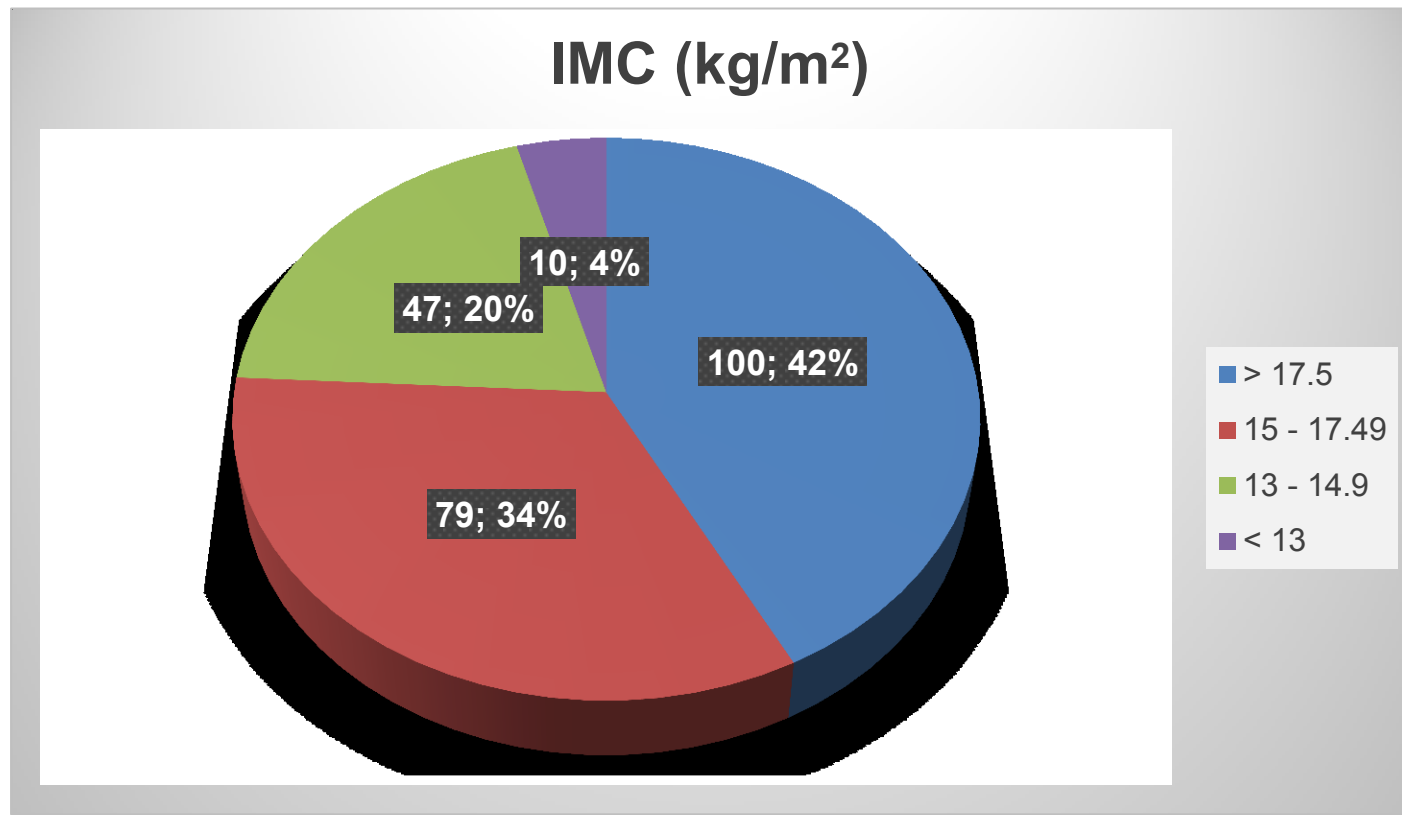


DH vs RO

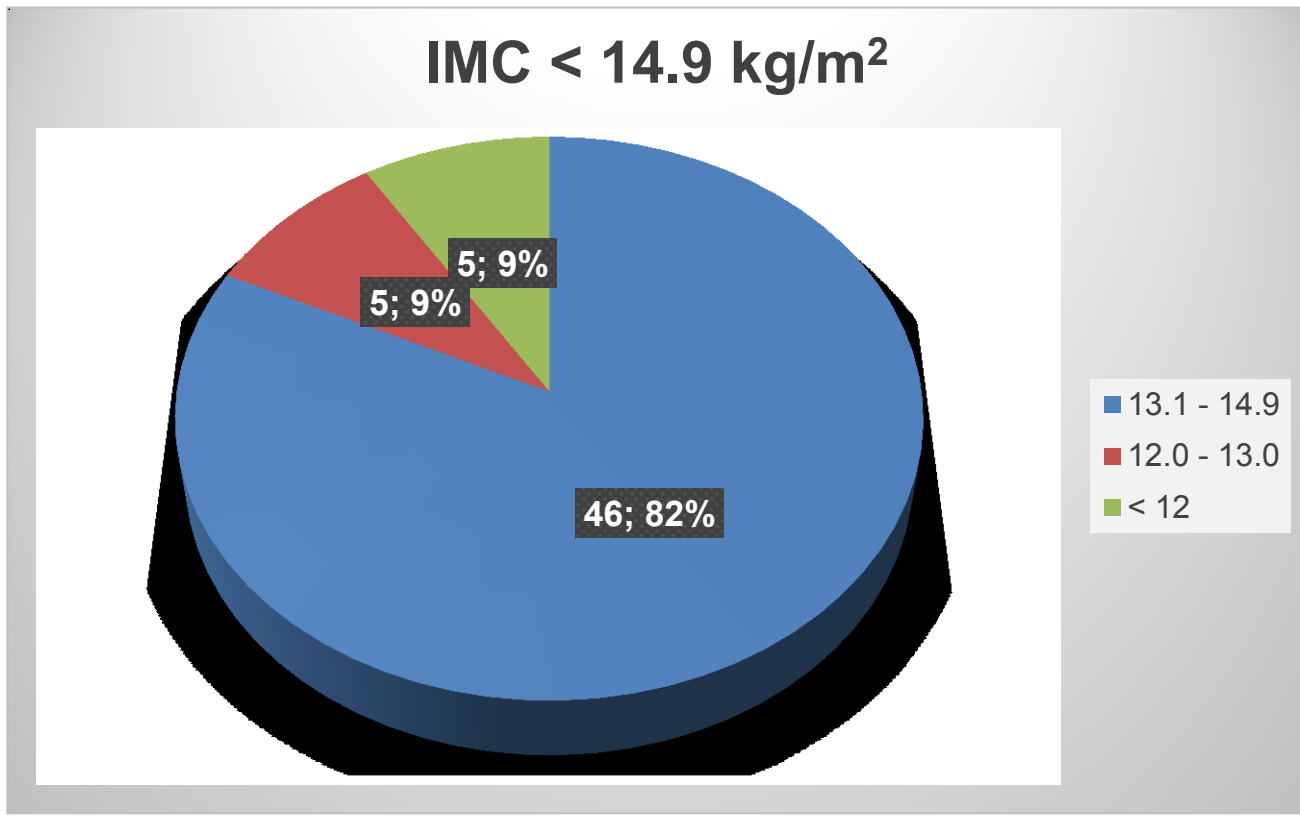
Da valutare:

- IMC (gestito in modo sicuro in DH?)
- esami bioumorali
- ECG (< 40 bpm o QT lungo)
- altre comorbidity fisiche o psichiatriche

PAZIENTI AMBULATORIALI INIZIALI (236)



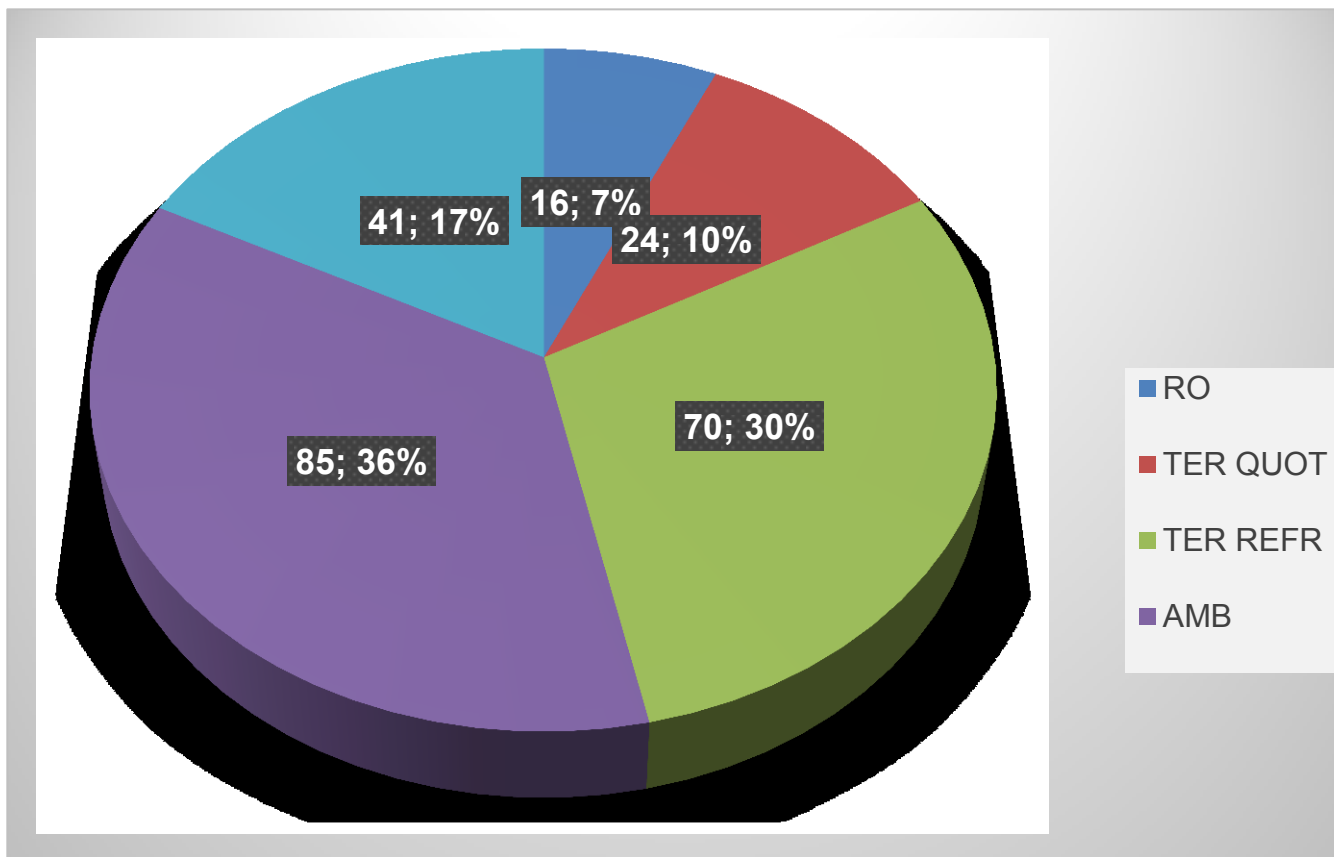
PAZIENTI AMBULATORIALI INIZIALI (56)



Centro per la Cura dei DCA ASST GOM Niguarda



DESTINO DEI PAZIENTI AMBULATORIALI INIZIALI (236)



Pazienti ricoverati
(16: 14 F, 2 M)
 $M \pm DS$ (min – max)

✓ Età (aa):	22.9 ± 5.6 (14 – 47)
✓ IMC (kg/m ²):	13.3 ± 1.8 (10.2 – 15.8)
✓ FC (bpm):	62.1 ± 9.3 (42 – 76)
✓ FC ECG (bpm):	53.6 ± 10.4 (37 – 69)
✓ QTc (msec):	399 ± 27.5 (344 – 464)

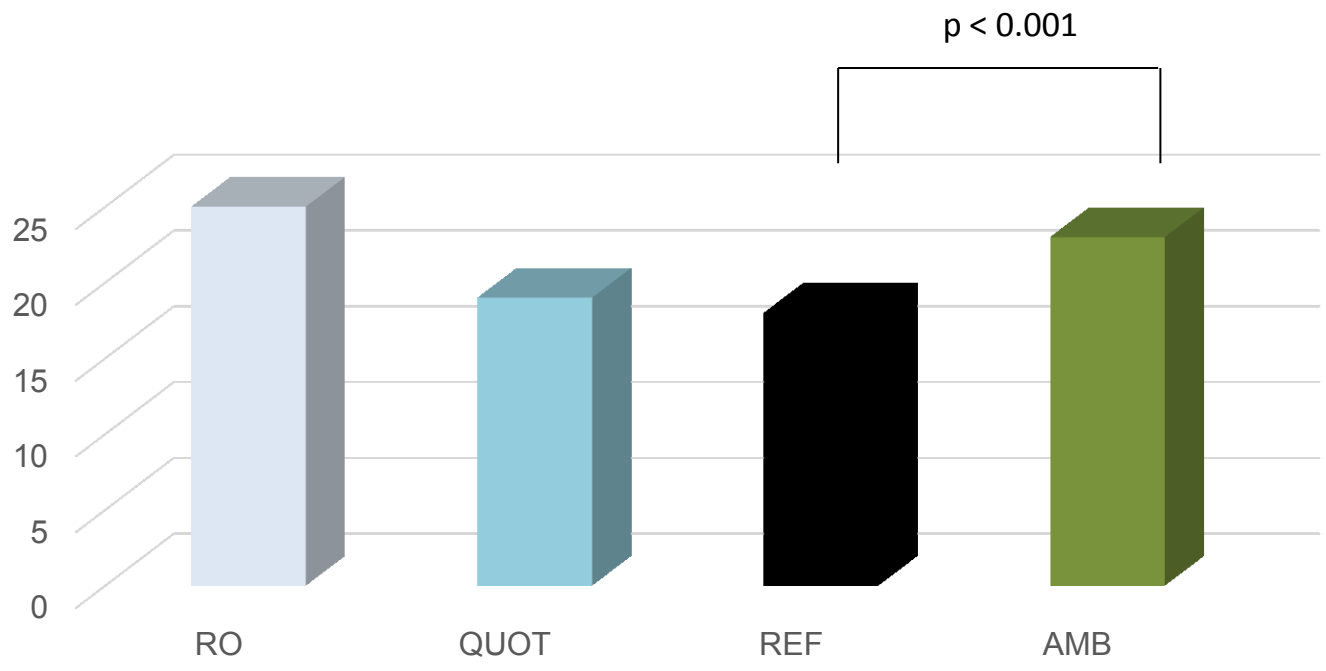
Pazienti ricoverati
(16: 14 F, 2 M)
M \pm DS (min – max)

✓ Glicemia (mg/dl):	76.5 \pm 15.8	(50 – 109)
✓ Na (mEq/l):	141.4 \pm 4.4	(129 – 147)
✓ K (mEq/l):	4.6 \pm 0.8	(2.4 – 6.6)
✓ GOT (U/l):	32.4 \pm 19.8	(15 – 88)
✓ GPT (U/l):	51 \pm 66	(9 – 207)* §
✓ Linfociti (10³/l):	1.5 \pm 0.5	(0.4 – 2.3)*

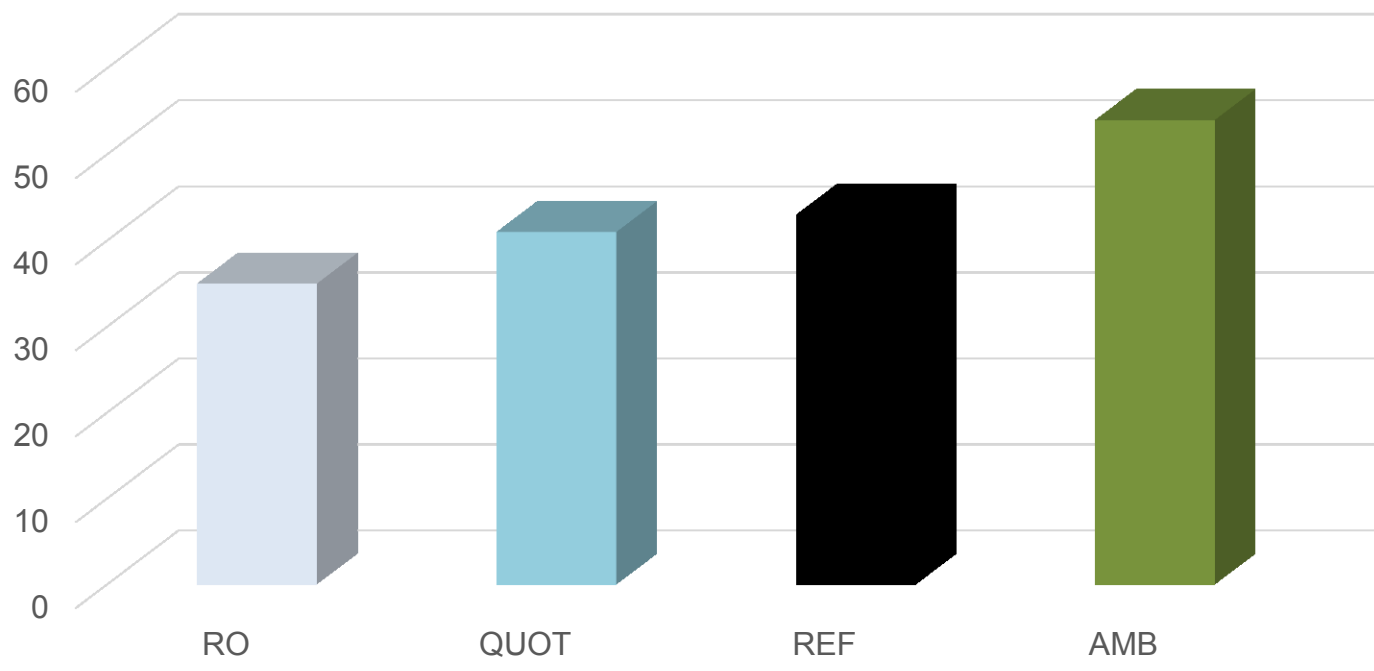
* p < 0.05 in correlazione con età

§ p = 0.005 in correlazione con IMC

Confronto tra 195 pz Età (aa)

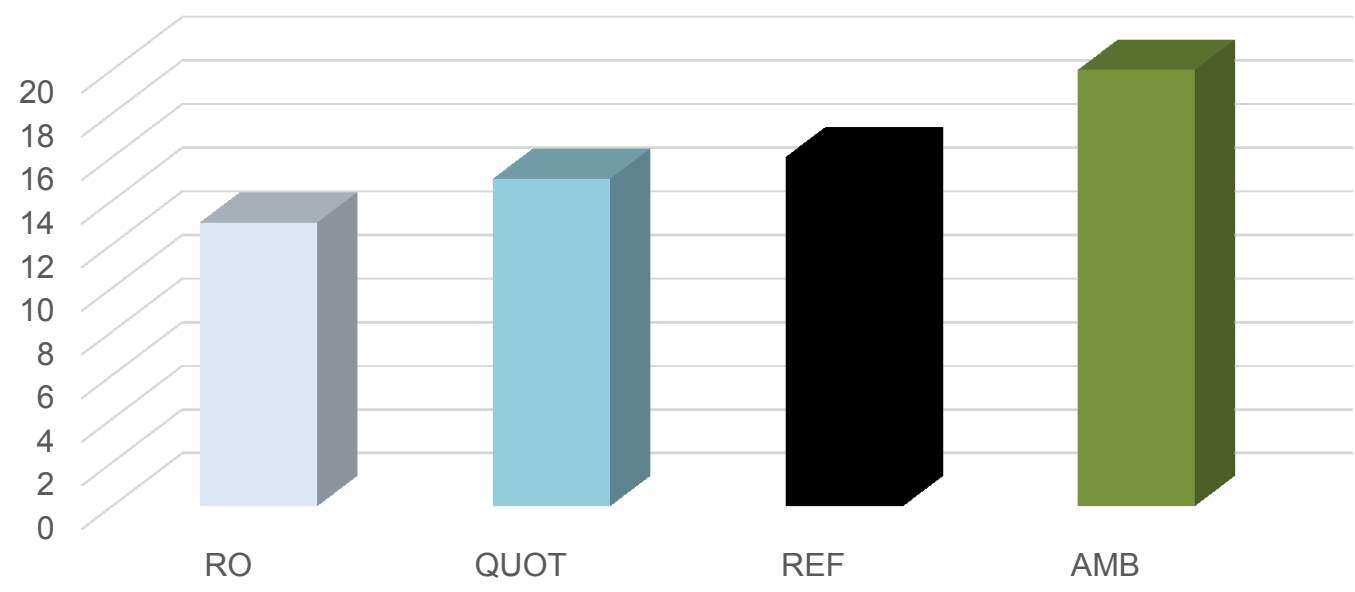


Confronto tra 195 pz Peso ingresso (kg)



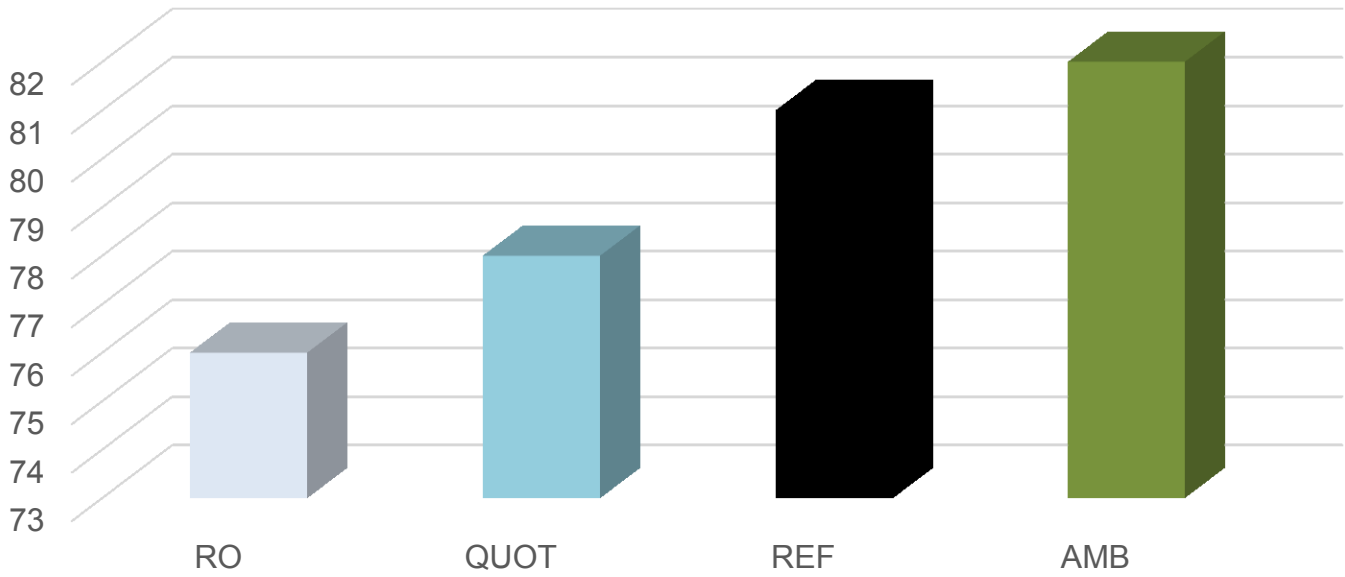
p < 0.01 RO vs REF e AMB; QUOT vs REF e AMB

Confronto tra 195 pz IMC (kg/m²)



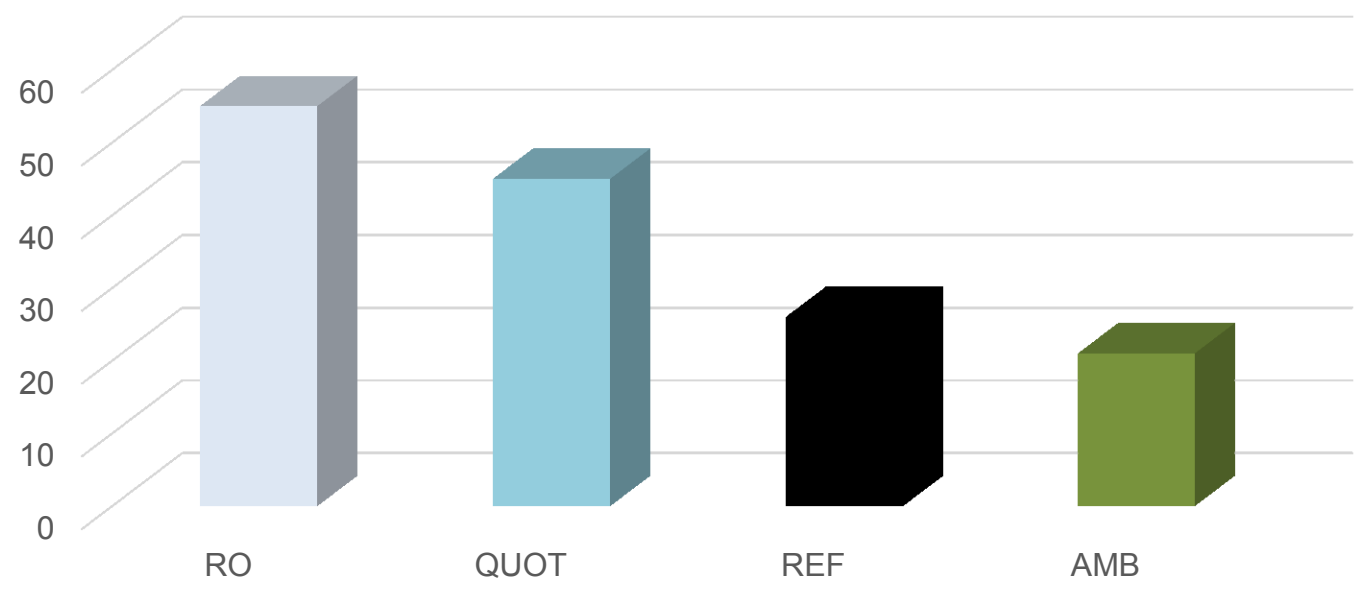
p < 0.01 RO vs REF e AMB; QUOT vs REF e AMB; REF vs AMB

Confronto tra 195 pz Glicemia (mg/dl)



p < 0.005 QUOT vs REF e AMB

Confronto tra 195 pz GPT (U/l)



p < 0.005 QUOT vs AMB

Commenti

pz RO vs QUOT

caratteristiche cliniche non significativamente diverse

MA PIU' GRAVI IN pz RO

comportamenti psicopatologici

- più rapida perdita di peso
- rifiuto di assumere cibo e/o acqua per os
- vomito ripetuto

parametri clinici

- IMC
- FC
- K

PERCORSI DI CURA DEDICATI AI PAZIENTI CON DCA PRESSO ASST GOM NIGUARDA

Sono offerti dalla **SC di Dietetica e Nutrizione Clinica** *in forte collaborazione funzionale* con il **Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze** e con la **Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza**

Collaborazione meno definita dal punto di vista funzionale, ma *basata su criteri di necessità clinica e di reciproca stima e collaborazione* con il **Dipartimento della Medicina Interna, dell' Alta Intensità.**

STRUTTURE COINVOLTE

1. S.C. Dietetica e Nutrizione Clinica
2. S.C. Psichiatria 1, Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze
3. S.S.D. Psicologia Clinica, Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze
4. S.C. Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'adolescenza

Strutture con collaborazione meno definita e ruolo di appoggio, nei casi richiedenti necessità:

1. S.C. Pediatria
2. Dipartimento Medicina interna -Alta Intensità

PERCORSI DI CURA DEDICATI AI PAZIENTI CON DCA PRESSO ASST GOM NIGUARDA

Accesso al Centro: avviene tramite **visita ambulatoriale nutrizionistica** effettuata da Medico Specialista in Scienze dell'Alimentazione e Dietista presso la SC Dietetica e Nutrizione Clinica;

differenziato in 2 ambulatori: Generale (pazienti con quesiti aspecifici) e **Specialistico** per DCA (indirizzati dai Medici di Medicina di Base)

In base alla **gravità** può esser pianificato

Accesso al MAC /DH diagnostico

Accertamenti: screening medico-nutrizionale esami ematochimici e strumentali necessari alla **definizione della gravità del quadro organico** e alle necessità di cure nutrizionali e alla definizione della loro intensità.

Contestualmente avviene lo **screening psichiatrico** del paziente con il coinvolgimento delle professionalità psicologiche e psichiatriche del DSMD, tramite testistica specifica e dove necessario a fini dell'inquadramento, colloquio psicologico/psichiatrico, per la **definizione di gravità e rischio psichiatrico, riconoscimento di comorbidità psichiatriche** e predisposizione alle cure

PERCORSI DI CURA DEDICATI AI PAZIENTI CON DCA PRESSO ASST GOM NIGUARDA

Il **MAC DIAGNOSTICO** si conclude con la definizione del livello di cure idoneo:

- 1. Ambulatorio nutrizionale** specifico per la cura dei DCA dove il paziente viene valutato ad ogni visita da Medico Specialista in Scienze dell'Alimentazione e Dietista
- 2. MAC terapeutico intensivo** nel quale il paziente inizia un percorso di *counseling* nutrizionale gestito dai Medici Specialisti in Scienze dell'Alimentazione e Dietisti formati ed esperti nella cura dei DCA, il programma prevede controlli refratti con **colloqui ed incontri educazionali** per i pazienti e **colloqui con i familiari**.
- 3. Il MAC terapeutico quotidiano** prevede l'accesso quotidiano presso la SC sulle **7 ore** diurne per **5 giorni/settimana**, durante il quale vengono impostate le **terapie medico-nutrizionali** indispensabili alle cure, gli interventi sono a carattere nutrizionale (**supplementazioni vitaminiche, nutrizionali, nutrizione enterale e endovenose**), **dietistico (pasti assistiti e riabilitazione nutrizionale)**, **psichiatrico** e **psicologico** (NPI per i pazienti minorenni).
La somministrazione delle terapie è gestita da **personale infermieristico** della SC addestrato e formato alla cura dei DCA.

PERCORSI DI CURA DEDICATI AI PAZIENTI CON DCA PRESSO ASST GOM NIGUARDA

4. **DH:** si configura come intervento quotidiano intensivo con le medesime caratteristiche di multidisciplinarietà esplicitate al punto 3, erogato su **pazienti caratterizzati da particolare gravità e fragilità spesso in post-ricovero** (condizioni internistiche complicate e/o instabili, scarsa motivazione alle cure, quadro psicopatologico estremamente grave e compromesso).
5. **Ricovero Ordinario:** modalità analoghe e stessi interventi multidisciplinari descritti al punto 3 e 4, dedicato a pazienti in condizioni di gravità e rischio, tali da necessitare il trattamento e l'**osservazione nelle 24 ore**. La degenza presso il reparto di Dietetica e Nutrizione Clinica prevede attualmente 3 posti letto dedicati sia a soggetti adulti che a minori che dispongono di camera doppia per il genitore nel caso di minori o di accompagnatore per pazienti di età maggiore.
6. In caso di saturazione dei posti letto previsti o in casi in cui si richiedono cure ad Alta intensità di tipo internistico, esiste la possibilità di posti letto in Medicina Interna anche ad Alta Intensità e nel caso di minori in Pediatria

PERCORSI DI CURA DEDICATI AI PAZIENTI CON DCA PRESSO ASST GOM NIGUARDA

Il Centro attualmente prevede nei livelli di cura al punto 3, 4 e 5 oltre alle figure sopra descritte un livello di elevata multidisciplinarietà con visite Psichiatriche cadenzate e terapie psicologiche specifiche per il Disturbo Alimentare, mentre al livello di cura 2 (Mac terapeutico intensivo), viene previsto solo in casi selezionati l'intervento psichiatrico con invio successivo ai Servizi Territoriali (CPS e UONPIA)

CRITICITA'

Il **percorso ambulatoriale** attualmente è invece caratterizzato da prestazione **non multidisciplinare**, con visite esclusivamente Nutrizionali e Dietistiche, risposta non adeguata secondo le evidenze scientifiche, con alto rischio di *drop-out* e percorsi con *scarsi outcomes*.

PERCORSI DI CURA DEDICATI AI PAZIENTI CON DCA PRESSO ASST GOM NIGUARDA

SPECIFICI PERCORSI PSICOTERAPEUTICI

- ✓ **Cognitive Remediation Therapy (CRT):** piccoli gruppi (4 pazienti) selezionati tra i **casi resistenti** ai trattamenti o **non indicati a colloqui psicologici** a causa dei disturbi formali/contenutistici del pensiero (eccessiva rigidità dei nessi, polarizzazione ideologica sull'asse cibo corpo con caratteristiche di pensiero dominante), selezionati tramite testistica neuropsicologica che accerti deficit in domini neuropsicologici
 - 10 incontri di CRT e rivalutazione testistica neuropsicologica a fine ciclo
 - Pazienti di fase 1 con **BMI compreso tra 13 e 15**
- ✓ **Gruppi psicologici** in fase 2 (durata di 6 mesi, con possibile prolungamento)
Testistica pre e post: Rosenberg (questionario autostima) e Therapeutic Factors Inventory che valuta esito dei gruppi
- ✓ **Colloqui individuali** per fase 1
- ✓ **Colloqui familiari** per pazienti minori
- ✓ **Gruppi Maudsley** per i genitori di fase 1
- ✓ **Gruppi psico-educativi** di mantenimento e follow up per i genitori

CONCLUSIONI

- La gravità di un pz affetto da DCA necessita una presa in carico urgente (*tempi di attesa attuali inadeguati*)
- I reparti di Medicina hanno difficoltà a gestire pz affetti da grave DCA (*quanti pz DCA vengono dimessi precocemente, una volta affrontato il problema dell'emergenza?*)
- E' necessaria maggiore informazione tra i medici per una diagnosi precoce che permetta una immediata presa in carico *di tipo integrato*
- Sono **indispensabili Centri Specialistici DCA con posti letto sia per pz acuti che per riabilitazione**

