

Siracusa 24-25 maggio 2019

# PERCORSI E/O LABIRINTI NEL TRATTAMENTO DEI DISORDINI ALIMENTARI.

I



**Laura Dalla Ragione**

*Direttore UOC Psichiatria e DCA*

*Università Campus Biomedico Roma*

*Presidente Siridap*

# CONSENSUS CONFERENCE ISS 2013-14

- ▶ EPIDEMIOLOGIA
- ▶ MODELLI ORGANIZZATIVI
- ▶ PREVENZIONE



# LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI PER LA RIABILITAZIONE NUTRIZIONALE NEI DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE

LIVELLI DI ASSISTENZA DEI DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE:  
COORDINAMENTO,  
INTEGRAZIONE E FORMAZIONE DELLE FIGURE PROFESSIONALI  
DELL'ÉQUIPE TERAPEUTICA  
7 settembre 2017

*Ministero della  
Salute*

DIREZIONE GENERALE PER L'IGIENE E LA  
SICUREZZA  
DEGLI ALIMENTI E LA NUTRIZIONE

Progetto CCM 2019-2020  
MINISTERO DELLA SALUTE  
**ATTIVAZIONE DI OSSERVATORIO  
EPIDEMIOLOGICO NAZIONALE  
PER I DISORDINI ALIMENTARI  
CAPOFILA REGIONE UMBRIA**



# PROGETTO CCM MAPPA DISORDINI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

- ▶ **2015: Nasce il Gruppo di Governo della mappa dei servizi**
  - ▶ **Ministero della Salute**
  - ▶ **USL Umbria 1 (attuale gestione della mappa dei servizi e del Numero Verde SOS DCA)**
  - ▶ **ConsultaNoi (Consulta di Associazioni dedicate ai DCA)**
  - ▶ **PROGETTO CCM 2019 ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA)**
  
- ▶ **SCOPO:**
  - ▶ **Creare un coordinamento della mappa dei servizi dedicati ai DCA**
  - ▶ **Garantire un quadro chiaro e aggiornato dell'offerta assistenziale regionale e nazionale**
  - ▶ **Promuovere e agevolare il corretto invio degli utenti ai servizi**

# 3. MODELLI ORGANIZZATIVI

La realizzazione dei servizi viene resa difficoltosa dalla complessità della patologia, quindi ai fini di creare una risposta articolata risulta necessario fare riferimento ad un **approccio di “public health”**, ovvero centrato su più aspetti:

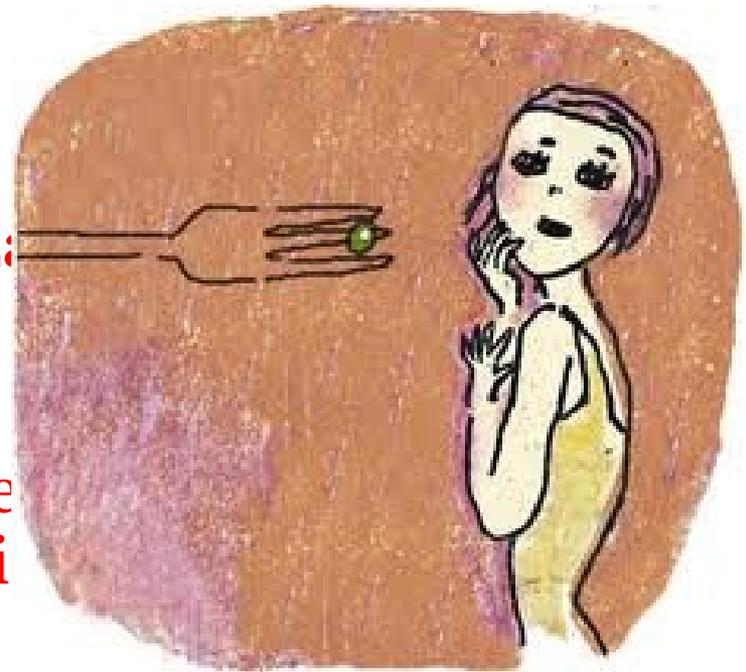
- quantificazione dei bisogni
- predisposizione di equipe locali multiprofessionali
- costituzione di reti (riferite a vaste aree di pertinenza, organizzate in livelli di intensità clinico-assistenziali diversificati)
- condivisione di indirizzi e raccomandazioni standardizzate, per la qualificazione tecnico-professionale dell'assistenza.

E' ritenuto fondamentale mantenere i pazienti il più possibile prossimi al territorio di residenza per favorire sia l'**intensità** sia la **continuità** delle cure.

# Epidemiologia dei DCA

## 3 milioni di persone ammalate in Italia

- 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

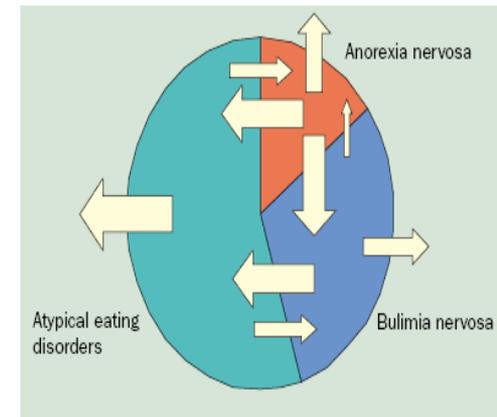
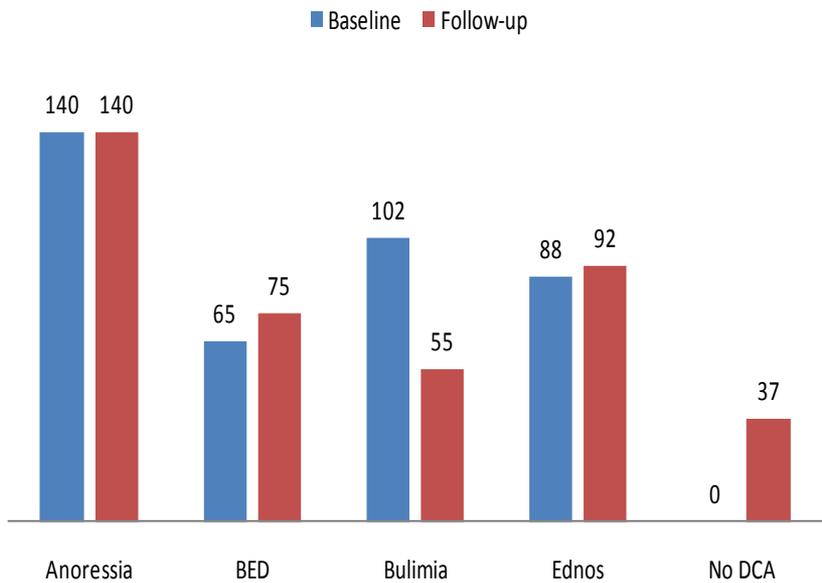


Figure 2: Schematic representation of temporal movement between the eating disorders

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" presented from Salvo P. and Scoppetta M. in "la linea Sottile", Todi, 10/09/2010

# Numero Verde SOS Disturbi Alimentari



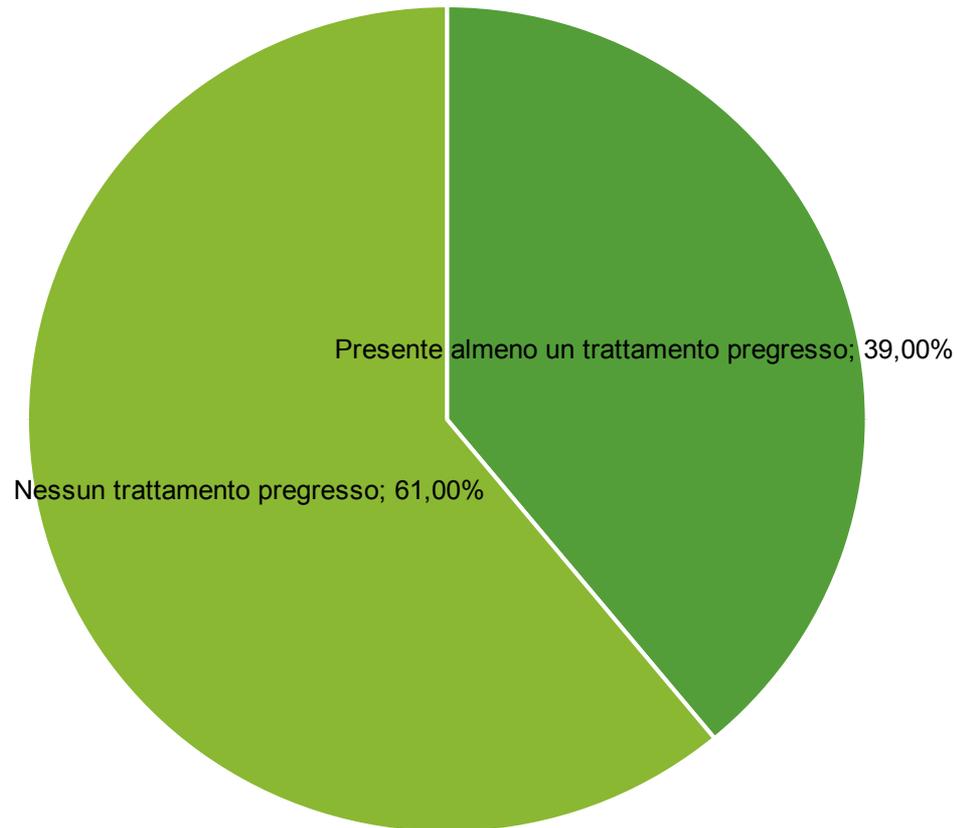
**800 180 969**

Counselling telefonico sui Disturbi del  
Comportamento Alimentare  
(Anoressia, Bulimia, Alimentazione Incontrollata)  
Servizio nazionale, anonimo e gratuito

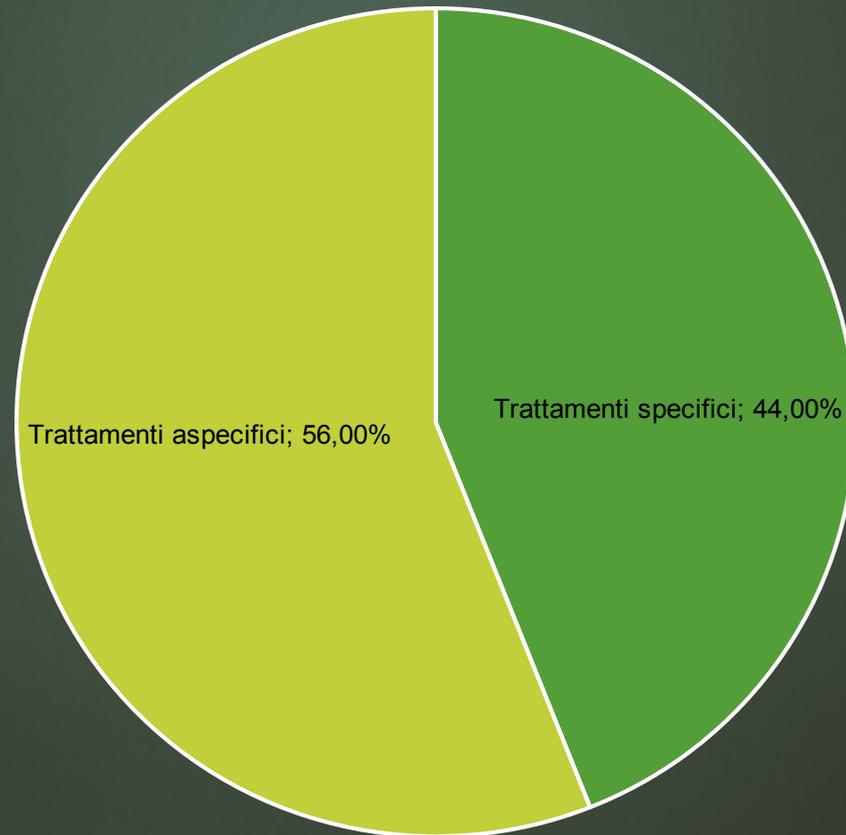


*Presidenza del Consiglio dei Ministri*  
Dipartimento della Gioventù e del Servizio Civile Nazionale

# Il Numero Verde SOS Disturbi Alimentari: trattamenti pregressi



# Il Numero Verde SOS Disturbi Alimentari: trattamenti specifici/aspecifici



# Anoressia e Bulimia in età infantile



- Aumento di bambini e preadolescenti con alterazioni del comportamento alimentare e relativi quadri clinici molto simili a quelli fino a poco tempo fa osservabili solo nell'adolescente e nell'adulto.
- Abbassamento dell'età di esordio dei DCA che stanno iniziando a diffondersi in maniera consistente anche nella popolazione infantile



# Anoressia e Bulimia in età infantile



- Significativa presenza, in pazienti in età pre-adolescenziale e adolescenziale con DCA, di patologie psichiatriche pregresse o concomitanti.
- 
- Depressione, disturbo ossessivo compulsivo, Disturbi di Ansia da Separazione o Fobia Sociale.

Hughes EK. Comorbid depression and anxiety in childhood and adolescent anorexia nervosa: Prevalence and implications for outcome. *J Clin Psychol*, 2012; 16: 15-24.

Ricerca Multicentrica sui fattori predittivi e caratteristiche psicopatologiche dei disturbi del comportamento alimentare in età adolescenziale e preadolescenziale. Dati non pubblicati. Ministero della Salute, Roma, 2011

# Selettività alimentare

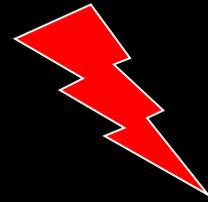


- L'alimentazione selettiva si riscontra in oltre il 20% dei bambini piccoli e può essere considerata normale in un particolare stadio evolutivo
- In un limitato numero di bambini la selettività persiste, soprattutto nei maschi, nella media infanzia e nell'adolescenza
- Anche in questo caso può essere che il conseguimento di un comportamento alimentare adeguato sia semplicemente posticipata e si può risolvere spontaneamente



# Modificazione dei DCA DSM V, APA

- 1 **Anoressia nervosa (sottotipo restrittivo e bulimico)**
- 2 **Bulimia Nervosa ( con o senza condotte di eliminazione)**
- 3 **Disturbi del Comportamento Alimentare Non Altrimenti Specificato (DCA NAS)**



**Disturbo da Alimentazione  
Incontrollata BED**

A photograph of a frog sitting on a red upholstered chair. The frog is wearing a crown made of green grass and purple flowers. The background is a solid red color.

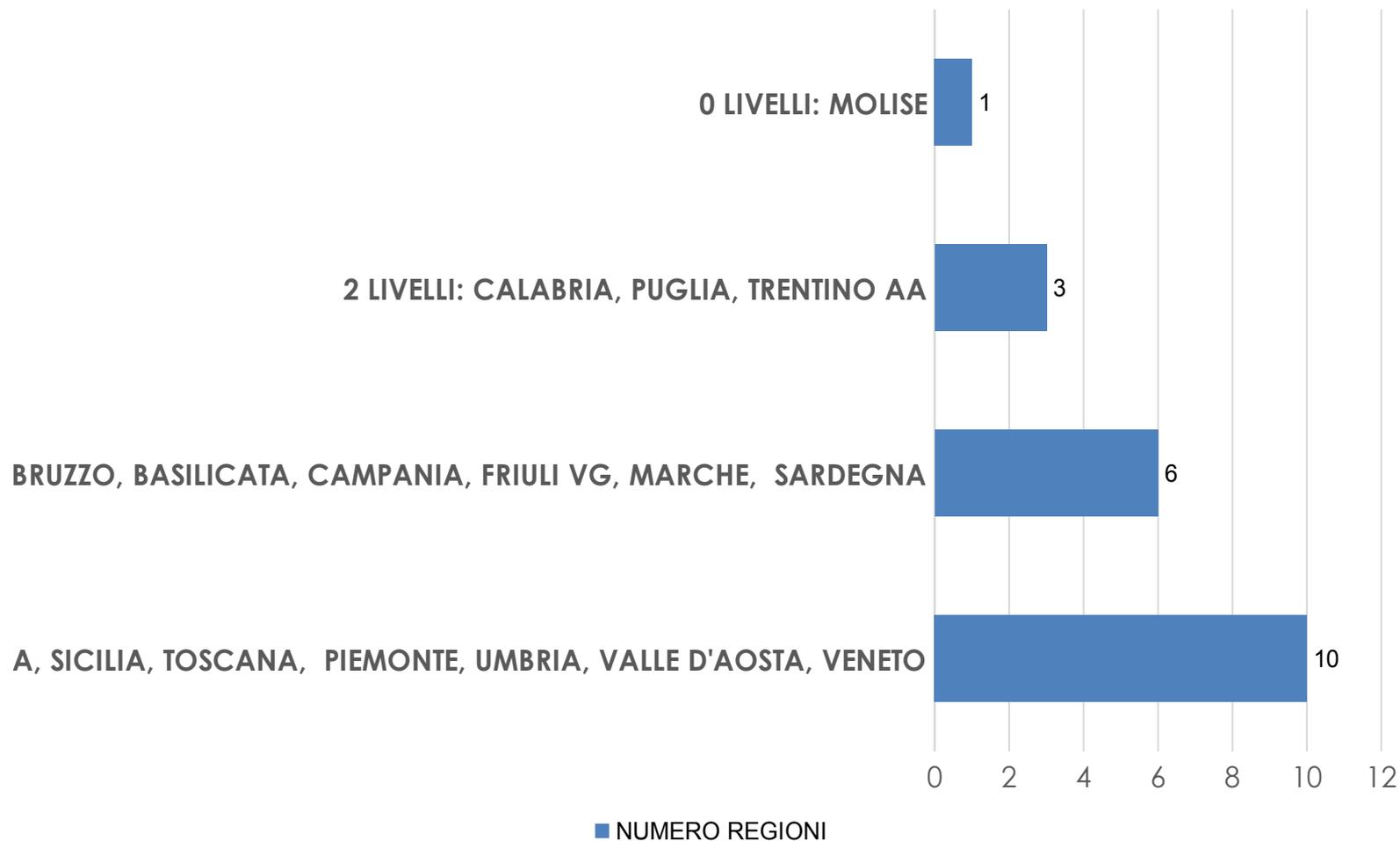
**OBESITA' E  
DISTURBO DA ALIMENTAZIONE  
INCONTROLLATA  
COSTITUISCONO  
UNA NUOVA EMERGENZA EPIDEMIOLOGICA**

## DISTRIBUZIONE NAZIONALE DEI SERVIZI

Ad una osservazione superficiale dei dati relativi alla diffusione dei servizi, può apparire che in alcune regioni il numero dei centri sia adeguato. Attraverso una analisi e una verifica più approfondita, che prende in considerazione i livelli assistenziali presenti o l'adeguatezza dell'offerta, si rilevano delle carenze importanti



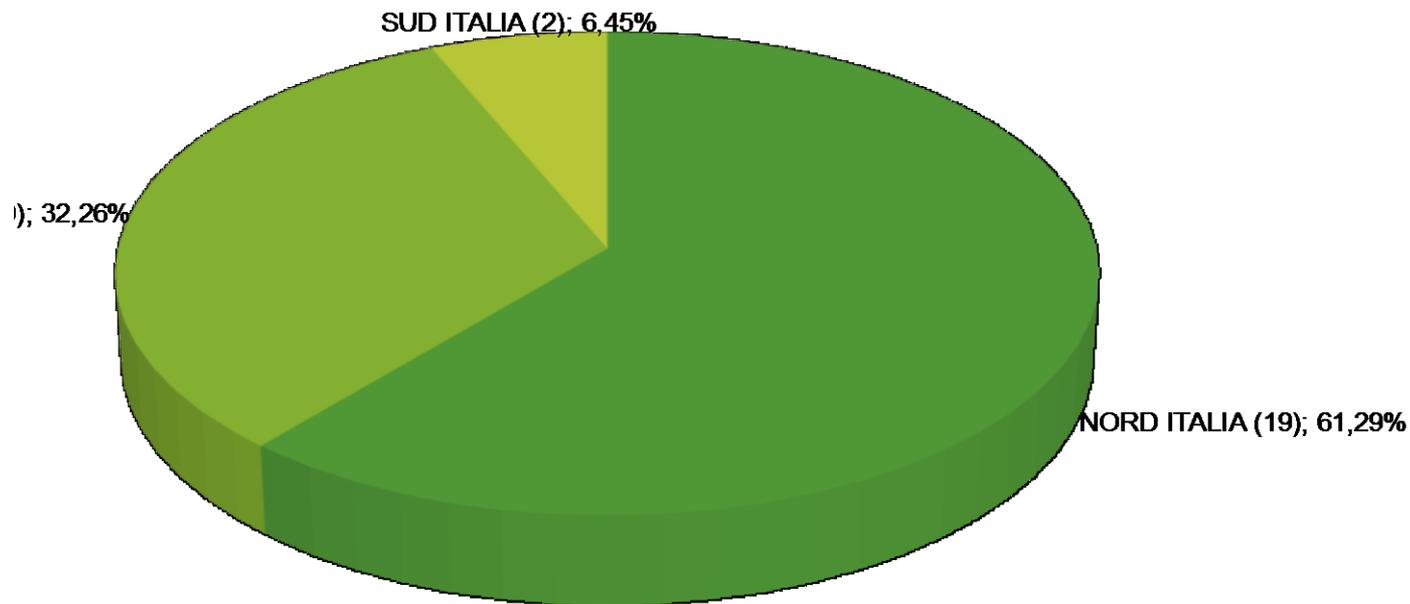
# DISTRIBUZIONE LIVELLI ASSISTENZIALI



# SUD ITALIA

SUD ITALIA	N. SERVIZI	AMBULAT ORI	DH	RICOVE RO OSPED ALE	RESIDE NZA
ABRUZZO	4	4	2	2	<b>1</b>
BASILICATA	2	2	2	-	1
CALABRIA	2	2	1	-	-
CAMPANIA	9	9	6	2	-
MOLISE	<b>0</b>	-	-	-	-
PUGLIA	2	2	2	-	-
SARDEGNA	2	2	1	1	-
<b>SICILIA</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
<b>totali</b>	<b>30</b>	<b>29</b>	<b>19</b>	<b>7</b>	<b>3</b>

# ANALISI DEI DATI: DISTRIBUZIONE RESIDENZE RIABILITATIVE



# Parametri

Offerta di servizi

OS

Accesso e continuità delle cure

AC

Approccio multidisciplinare

AM

# Accessibilità e continuità delle cure

## **NICE 2017 (1.1.3.1)**

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

## **NICE 2017 (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 2017 (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 2017 (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.

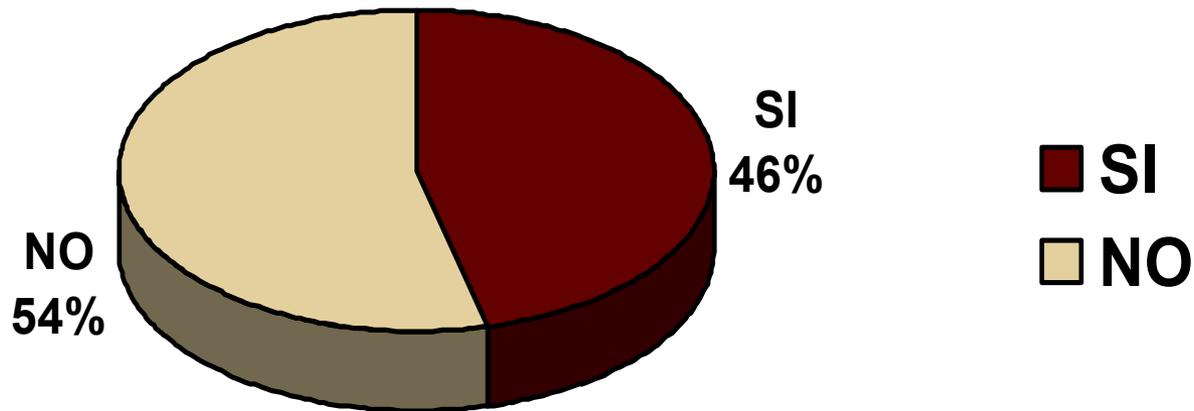
## **NICE 2017 (1.2.5.5)**

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.

AM

**Quante strutture offrono un trattamento multidisciplinare completo con attività psiconutrizionali e riabilitative?**

141



# 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.



# I livelli della cura

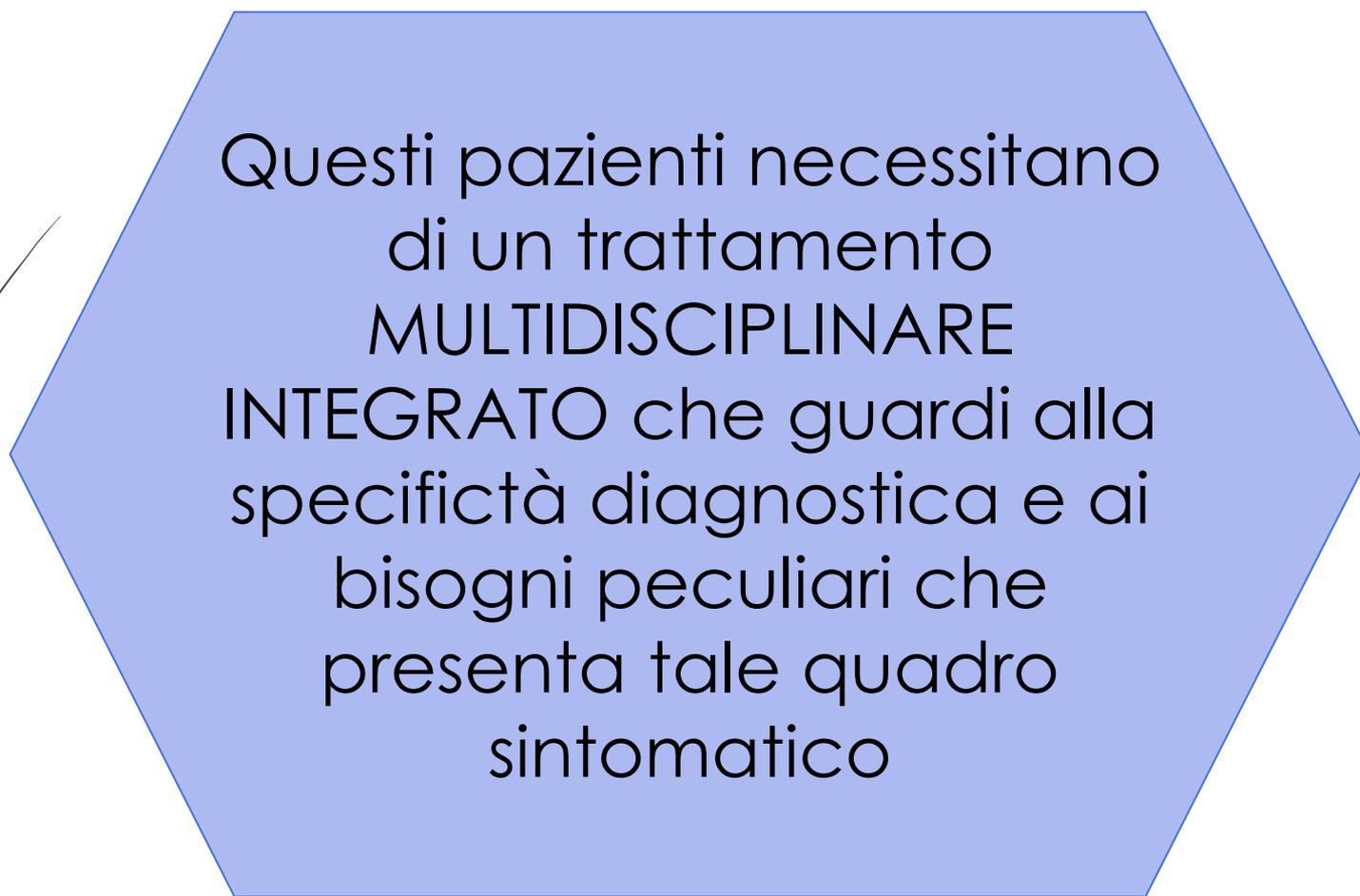
La rete di intervento si compone di cinque livelli di intensità assistenziale

- Ospedale DH
- Ambulatorio
- Struttura residenziale e semires. Riabilitativa
- Comunità





# Perchè la necessità di un PDTA per i Disturbi Alimentari



Questi pazienti necessitano  
di un trattamento  
**MULTIDISCIPLINARE  
INTEGRATO** che guardi alla  
specificità diagnostica e ai  
bisogni peculiari che  
presenta tale quadro  
sintomatico

# Il percorso assistenziale

A)

- Miglioramento continuo delle prestazioni, della qualità di vita del paziente e dell'impiego delle risorse economiche

B)

- Risposta organica e strutturale ed in particolare alla frammentazione e allo scoordinamento della cura, alla negligenza della prevenzione, al trattamento inappropriato, alla negazione delle linee guida

C)

- Approccio integrato e coordinato alla malattia che coinvolga i diversi livelli assistenziali

D)

- Conoscenza degli aspetti relativi alla persona con la malattia (qualità della vita, clinici ed economici)

E)

- Sistema per la raccolta delle informazioni mediche ed amministrative

► Il percorso assistenziale è il cammino che una persona affetta da una patologia percorre all'interno di una struttura sanitaria



# La complessità dell'equipe multiprofessionale per il trattamento dei DCA

- **Chi fa cosa**
  - **Dove lo fa**
  - **Quando lo fa**
  - **Come lo fa**
- 

# La Rete DCA della Usl Umbria 1



## **Residenza PALAZZO FRANCISCI**

TODI (Perugia)

Trattamento: Residenziale, Semiresidenziale, Ambulatoriale



## **Centro Diurno DCA IL NIDO DELLE RONDINI**

TODI (Perugia)

Trattamento: Semiresidenziale, Ambulatoriale



## **CENTRO D.A.I. Centro per la Cura del Disturbo da**

Alimentazione Incontrollata e Obesità. CITA' DELLA PIEVE (Perugia)

Trattamento: Residenziale, Semiresidenziale, Ambulatoriale.



## **Servizio DCA**

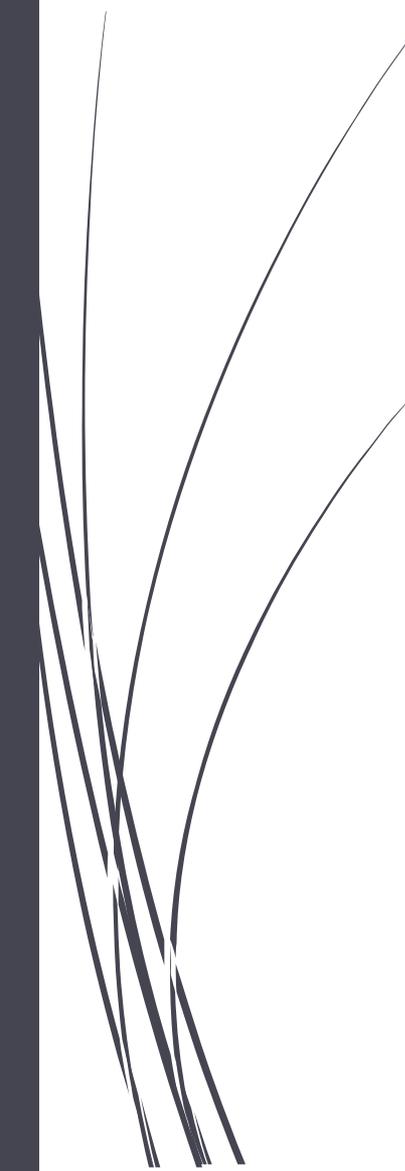
UMBERTIDE – CITA' DI CASTELLO (Perugia)

Trattamento Ambulatoriale –

Ricovero Salvavita Adulti e pediatria



# PDTA



► Sono piani multiprofessionali e interdisciplinari di assistenza costruiti per specifiche categorie di pazienti, predisposti e usati da erogatori per prestazioni sanitarie

► Identificano la miglior sequenza di azioni da effettuare al fine di raggiungere obiettivi con efficacia e efficienza ottimale



# PDTA

- ▶ Il PDTA non lavora sulla divisione tra Ospedale e Territorio, ma sulla sua integrazione. Agisce contemporaneamente su 4 livelli
- ▶ Appropriatelyzza (Scelta del setting assistenziale)
- ▶ Modello organizzativo( Multiprofessionale )
- ▶ Sistema informativo ( Sistema Atlante )
- ▶ Formazione comune agli operatori

# Criteri di inclusione/esclusione

ACA

- **Criteri di inclusione:** BMI > 13,00 kg/m<sup>2</sup>; non significativa comorbidità psichiatrica conclamata; assenze di dipendenze da sostanze in atto (alcool, droghe); assenza di tentativi di suicidio recenti; disponibilità anche parziale al trattamento.
- **Criteri di esclusione:** BMI < 13,00 kg/m<sup>2</sup>; comorbidità psichiatrica conclamata; dipendenza da sostanze in atto (alcool, droghe); tentativi di suicidio recenti; assenza totale di motivazione al trattamento.

MCA

- **Criteri inclusione:** riscontro di pensiero ossessivo su cibo, corpo, peso con media pervasività nella quotidianità; BMI > 15,5 kg/m<sup>2</sup>; condizioni cliniche stabili; necessità monitoraggio dietistico e clinico intensivo; difficoltà familiari e sociali e/o parziale compliance della famiglia al trattamento.
- **Criteri esclusione:** BMI < 15 kg/m<sup>2</sup>; condizioni cliniche severe; mancanza di compliance al trattamento.

BCA

- **Criteri inclusione:** non significativa comorbidità psichiatrica; riscontro di pensiero ossessivo su cibo, corpo, peso con bassa pervasività nel quotidiano; BMI > 15,5 kg/m<sup>2</sup>; compliance al trattamento sia del paziente che della famiglia.
- **Criteri di esclusione:** significativa comorbidità psichiatrica; pensiero ossessivo su cibo, corpo, peso con elevata pervasività nel quotidiano; BMI < 15,5 kg/m<sup>2</sup>; assenza di compliance al trattamento sia da parte del paziente che della famiglia; dipendenza da sostanze in atto (alcool, droghe).

# La presa in carico

- Fondamentalmente descrive la presa in carico del paziente , non offre quindi solo servizi ma una regia del percorso con il passaggio tra un livello e l'altro.

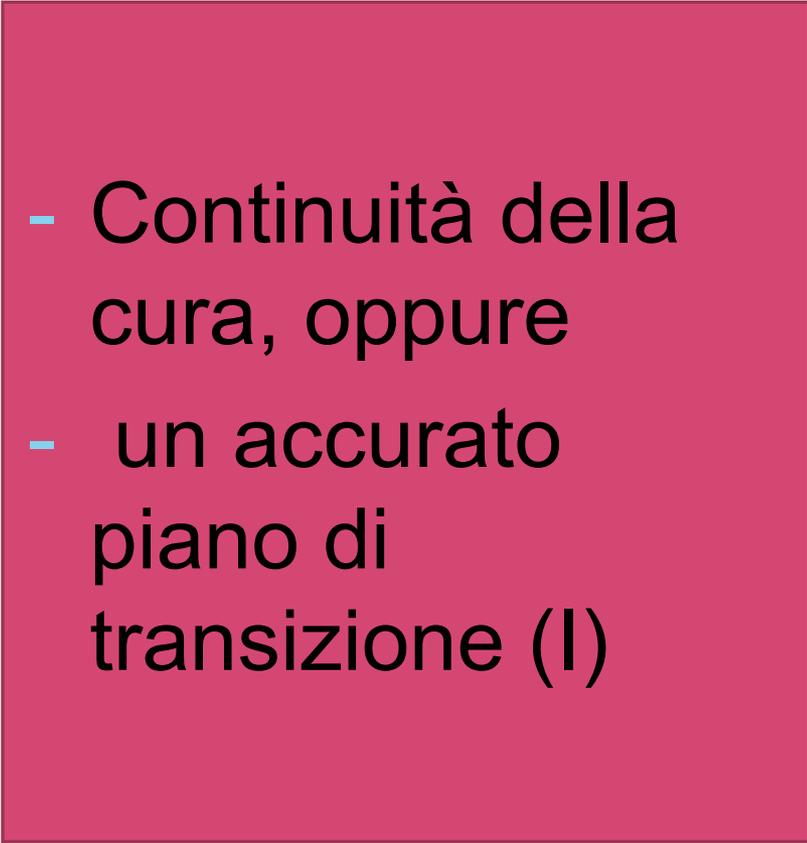




## DCA: gestione generale - APA, 2006 (e

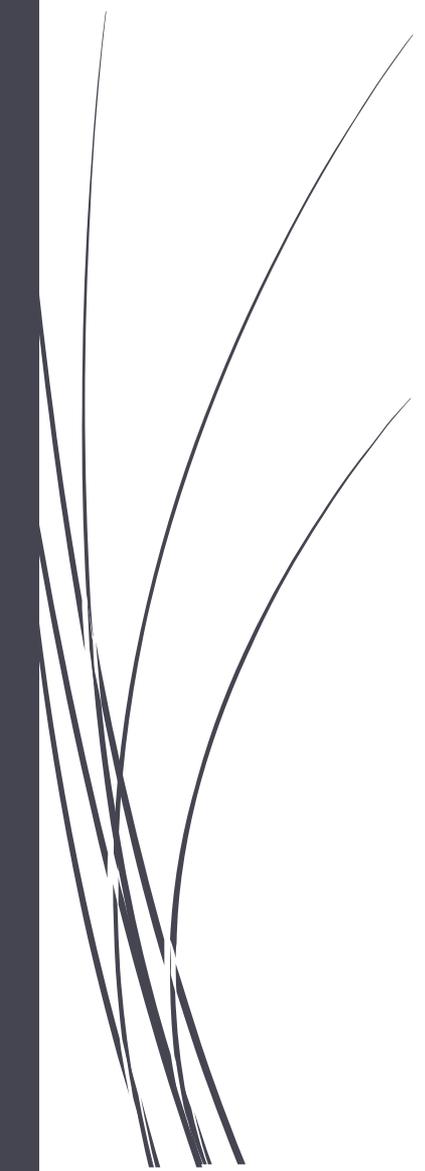


Muoversi tra diversi  
livelli di cura

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



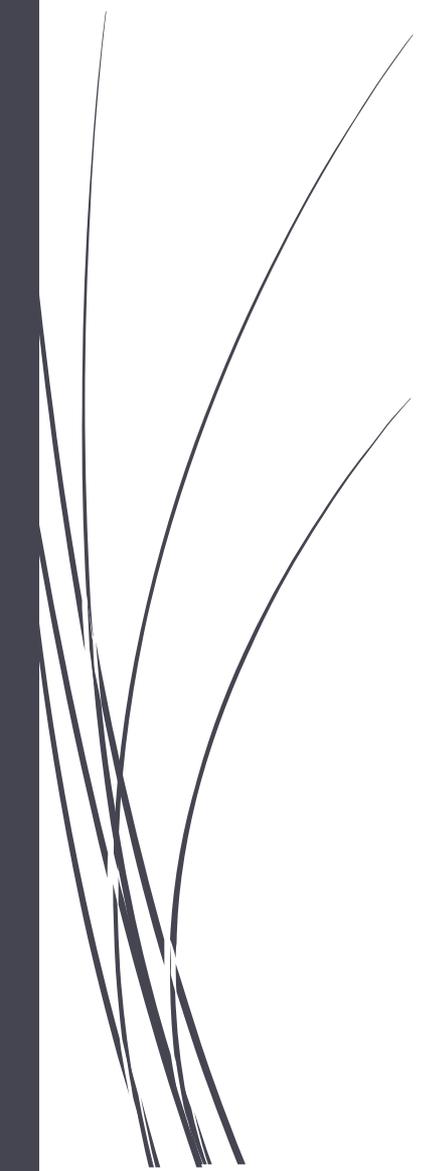
# Persistenza



- ▶ I DCA hanno bisogno di cure continuative e multiprofessionali , 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.



# Follow up nei DCA

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

# GRAZIE DELLA VOSTRA ATTENZIONE

*DALLARAGIONE@GMAIL.COM*

