



Rapporti

ISTISAN

13/49



Convegno
Lo stato dell'arte e le prospettive nella
gestione dei Disturbi del Comportamento
Alimentare (DCA) a un anno dalla
Conferenza nazionale di consenso



Istituto Superiore di Sanità
Roma, 30 ottobre 2013



ISSN 1123-3117

ATTI

A cura di G. De Virgilio,
D. Coclite, A. Napoletano,
D. Barbina e T. Di Fiandra

www.iss.it

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

Convegno

Lo stato dell'arte e le prospettive nella gestione dei Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) a un anno dalla Conferenza nazionale di consenso

Istituto Superiore di Sanità
Roma, 30 ottobre 2013

ATTI

A cura di

Giovanni De Virgilio (a), Daniela Coclite (a), Antonello Napoletano (a),
Donatella Barbina (a) e Teresa Di Fiandra (b)

(a) Ufficio Relazioni Esterne, Istituto Superiore di Sanità, Roma

*(b) Direzione Generale Prevenzione, Dipartimento Sanità Pubblica e Innovazione,
Ministero della Salute, Roma*

ISSN 1123-3117

Rapporti ISTISAN

13/49

Istituto Superiore di Sanità

Convegno. Lo stato dell'arte e le prospettive nella gestione dei DCA a un anno dalla Conferenza nazionale di consenso. Istituto Superiore di Sanità. Roma, 30 ottobre 2013. Atti.

A cura di Giovanni De Virgilio, Daniela Coclite, Antonello Napoletano, Donatella Barbina e Teresa Di Fiandra
2014, x, 79 p. Rapporti ISTISAN 14/49

La problematica dei DCA ha ricevuto negli ultimi anni una sempre maggiore attenzione sia sul versante scientifico sia sul versante mediatico. Tuttavia, come è emerso dai lavori della "Conferenza di consenso sui disturbi del comportamento alimentare - DCA", promossa dall'Istituto Superiore di Sanità e dalla AUSL 1 dell'Umbria, con la collaborazione e il patrocinio del Ministero della Salute, tenutasi il 24 e 25 ottobre 2012, a oggi mancano dati epidemiologici certi e uniformi sulla diffusione del fenomeno e sull'utilizzo dei servizi sanitari. Inoltre, gli interventi di prevenzione non sono sempre basati su prove di efficacia. Infine, mancano protocolli per la diagnosi, la terapia e la riabilitazione basati su conoscenze validate e condivise dalla comunità scientifica, con la conseguenza di una forte disomogeneità nella pratica clinica, organizzativa e gestionale. Lo scopo del Convegno è stato quello di presentare lo stato dell'arte nella gestione dei DCA a livello regionale e aziendale e le prospettive di utilizzo delle raccomandazioni emerse dalla Conferenza di consenso a un anno dalla celebrazione della stessa.

Parole chiave: Anoressia nervosa, Bulimia nervosa, Disturbi da alimentazione incontrollata, Disturbi alimentari non altrimenti specificati, Modelli organizzativi assistenza sanitaria

Istituto Superiore di Sanità

Conference meeting. State of the art and perspectives in eating disorders management one year after the National Conference of consensus. Istituto Superiore di Sanità. Rome, October 30, 2013. Proceedings.

Edited by Giovanni De Virgilio, Daniela Coclite, Antonello Napoletano, Donatella Barbina and Teresa Di Fiandra
2014, x, 79 p. Rapporti ISTISAN 14/49 (in Italian)

In recent years the eating disorders received an increasing attention from the scientific community as well as from the media. However, as emerged from the "Consensus Conference on the eating disorders", organized by the ISS and the AUSL 1 of Umbria, with the cooperation and support of the Italian Ministry of Health, held on 24 and 25 October 2012, currently there is a lack of reliable and consistent epidemiological data on the spread of the phenomenon and the use of health services. In addition, prevention interventions are not always based on evidence of effectiveness. Finally, there is a lack of protocols for the diagnosis, treatment and rehabilitation based on knowledge shared and validated by the scientific community, which leads to a strong heterogeneity in clinical practice, organization and management. The purpose of this Conference meeting was to present the state of the art in the management of the eating disorders at local level and the prospects in using the recommendations emerged from the Consensus Conference one year after its celebration

Key words: Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, Binge-eating disorders, Eating disorders not otherwise specified, Healthcare organizational model

Si ringraziano: il Gruppo Interregionale Salute Mentale della Regione Liguria per aver coordinato l' "Indagine di rilevazione delle iniziative promosse dalle Regioni e dai Centri DCA"; e i referenti delle 15 Regioni e della Provincia Autonoma di Trento che hanno aderito alla suddetta iniziativa.

Per informazioni su questo documento scrivere a: daniela.coclite@iss.it

Il rapporto è accessibile online dal sito di questo Istituto: www.iss.it.

Citare questo documento come segue:

De Virgilio G, Coclite D, Napoletano A, Barbina D, Di Fiandra T (Ed.). *Convegno. Lo stato dell'arte e le prospettive nella gestione dei DCA a un anno dalla Conferenza nazionale di consenso. Istituto Superiore di Sanità. Roma, 30 ottobre 2013. Atti.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2013. (Rapporti ISTISAN 13/49).

Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità e Direttore responsabile: *Fabrizio Oleari*
Registro della Stampa - Tribunale di Roma n. 131/88 del 1° marzo 1988 (serie: *Rapporti e congressi ISTISAN*)

Redazione: *Paola De Castro e Sandra Salinetti*
La responsabilità dei dati scientifici e tecnici è dei singoli autori.



ORGANIGRAMMA DEL CONVEGNO

Relatori e moderatori

Alessandro ALBIZZATI	<i>UONPIA AO San Paolo, Milano</i>
Armando COTUGNO	<i>UOSD DCA ASL RM/E, Roma</i>
Laura DALLA RAGIONE	<i>Centri Residenziali per i DCA e del peso di Todi e Città della Pieve, AUSL 1 dell'Umbria, Perugia</i>
Giovanni DE VIRGILIO	<i>Ufficio Relazioni Esterne, Istituto Superiore di Sanità, Roma</i>
Teresa DI FIANDRA	<i>D.G. Prevenzione, Dipartimento sanità pubblica e innovazione, Ministero della Salute, Roma</i>
Antonella GIGANTESCO	<i>Centro Nazionale, Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma</i>
Roberta PACIFICI	<i>Dipartimento del Farmaco, Istituto Superiore di Sanità, Roma</i>
Caterina RENNA	<i>Centro per la Cura e la Ricerca sui DCA, DSM, ASL Lecce</i>
Pierandrea SALVO	<i>Centro DCA Portogruaro, Distretto socio-sanitario ASSL 10 Veneto</i>
Rosa TRABACE	<i>Centro DCA, Chiaromonte</i>

Responsabili scientifici

Fabrizio OLEARI	<i>Istituto Superiore di Sanità, Roma</i>
Giuseppe RUOCCO	<i>Direzione Generale della Prevenzione, Ministero della Salute, Roma</i>

Segreteria scientifica

Giovanni DE VIRGILIO	<i>Ufficio Relazioni Esterne – Istituto Superiore di Sanità</i>
Daniela COCLITE	<i>Ufficio Relazioni Esterne – Istituto Superiore di Sanità</i>
Antonello NAPOLETANO	<i>Ufficio Relazioni Esterne – Istituto Superiore di Sanità</i>
Donatella BARBINA	<i>Ufficio Relazioni Esterne – Istituto Superiore di Sanità</i>
Teresa DI FIANDRA	<i>D.G. Prevenzione, Dipartimento sanità pubblica e innovazione - Ministero della Salute</i>

Segreteria tecnica

Debora GUERRERA	<i>Ufficio Relazioni Esterne – Istituto Superiore di Sanità</i>
Annamaria MORACE	<i>Ufficio Relazioni Esterne – Istituto Superiore di Sanità</i>
Paola TACCHI VENTURI	<i>Ufficio Relazioni Esterne – Istituto Superiore di Sanità</i>

Segreteria organizzativa

Stefania BOCCI	<i>Ufficio Relazioni Esterne – Istituto Superiore di Sanità</i>
Patrizia GOZZI	<i>Ufficio Relazioni Esterne – Istituto Superiore di Sanità</i>
Silvia STACCHINI	<i>Ufficio Relazioni Esterne – Istituto Superiore di Sanità</i>

INDICE

Lista degli acronimi	v
Prefazione	
<i>Giuseppe Ruocco</i>	vii
Presentazione	
<i>Fabrizio Oleari</i>	ix
Quadro nazionale sui disturbi del comportamento alimentare	
<i>Teresa Di Fiandra</i>	1
Posizione delle Regioni e prospettive di utilizzo delle raccomandazioni della Conferenza di consenso DCA	
<i>Francesco Scotti, Antonello Napoletano, Daniela Coclite, Donatella Barbina</i>	7
INIZIATIVE PROMOSSE DAI CENTRI DCA AZIENDALI IN LINEA CON LE RACCOMANDAZIONI DELLA CC DCA	
<hr/>	
Riabilitazione Psiconutrizionale Progressiva	
<i>Pierandrea Salvo, Monica Baiano, Erika Baldissera</i>	19
Disturbi alimentari in età evolutiva: tra stigma ed emulazione	
<i>Alessandro Albizzati, Fortunata Cantini</i>	26
Rete dell’Azienda USL1 dell’Umbria per i disturbi del comportamento alimentare	
<i>Laura Dalla Ragione</i>	28
Trattamento ambulatoriale multiprofessionale e integrato nella valutazione e gestione del paziente con disturbo del comportamento alimentare	
<i>Armando Cotugno</i>	34
Centro per la cura e la ricerca sui disturbi del comportamento alimentare della ASL di Lecce: modello organizzativo e azioni (2012-2013)	
<i>Caterina Renna</i>	41
Agire curativo del Centro per i Disturbi del Comportamento Alimentare della Azienda Sanitaria Provinciale di Potenza	
<i>Rosa Trabace</i>	48

IL CONTRIBUTO DELL'ISS: ATTIVITÀ DI FORMAZIONE, INFORMAZIONE, RICERCA EPIDEMIOLOGICA, FORUM TECNICO SCIENTIFICO NAZIONALE

Percorsi formativi e sviluppo di una rete sui disturbi del comportamento alimentare <i>Giovanni De Virgilio</i>	53
Epidemiologia dei disturbi del comportamento alimentare e prospettive di ricerca <i>Antonella Gigantesco</i>	55
Numero Verde SOS Disturbi Alimentari <i>Roberta Pacifici, Laura Dalla Ragione, Maria Vicini</i>	58

INTERVENTI DELLE ASSOCIAZIONI DEI FAMILIARI/UTENTI E DELLE SOCIETÀ SCIENTIFICHE

Associazione Perle Onlus <i>Mariella Falsini</i>	63
Associazione “Cibiamoci”: le famiglie come promotori attivi sui disturbi del comportamento alimentare <i>Nicoletta De Lorenzo</i>	65
Salomè Onlus, le azioni di prevenzione <i>Andrea Sagni</i>	66
Associazione Nazionale Specialisti In Scienze dell’Alimentazione <i>Giuseppe Rovera</i>	67
Influenza dello stigma nella <i>compliance</i> al trattamento della condizione di obesità <i>Camillo Di Flaviano</i>	68
Associazione “sulleALIdelleMENTI” <i>Giuseppina Poletti</i>	70
Conclusioni del convegno <i>Teresa Di Fiandra, Giovanni De Virgilio</i>	71

APPENDICE A

Scheda raccolta dati sulle iniziative promosse dalle Regioni e dai Centri DCA.....	73
--	----

LISTA DEGLI ACRONIMI

AED	<i>Academy for Eating Disorders</i>
AMA	Auto mutuo aiuto
AN	Anoressia Nervosa
ANSISA	Associazione Nazionale Specialisti In Scienza dell'Alimentazione
AO	Azienda Ospedaliera
APA	<i>American Psychiatric Association</i>
ASL	Azienda Sanitaria Locale
AUSL	Azienda Unità Sanitaria Locale
BAT	<i>Body Attitude Test</i>
BED	<i>Binge eating disorder</i>
BES	<i>Binge Eating Scale</i>
BITE	<i>Bulimic Investigatory Test Edinburg</i>
BN	Bulimia Nervosa
BUT	<i>Body Uneasiness Test</i>
Cc	Conferenza di consenso
CCM	Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie
CNESPS	Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute
DAI	Disturbo da Alimentazione Incontrollata
DANAS	Disturbo Alimentare Non Altrimenti Specificato
DIS-Q	<i>Dissociation Questionnaire</i>
DCA	Disturbi del Comportamento Alimentare
DOC	Disturbo Ossessivo Compulsivo
DSM	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
EAT	<i>Eating Attitude Test</i>
EDE-Q	<i>Eating Disorder Examination-Questionnaire</i>
EDI	<i>Eating Disorder Inventory</i>
ESEMeD	<i>European Study on the Epidemiology of Mental Disorders</i>
FAD	Formazione a distanza
FBT	<i>Family-Based Treatment</i>
GISM	Gruppo interregionale salute mentale
IMC	Indice di Massa Corporea
ISS	Istituto Superiore di Sanità
LG	Linea Guida
MMG	Medici di Medicina Generale
NICE	<i>National Institute for Health and Clinical Excellence</i>
NPIA	Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza
PBL	<i>Problem-based Learning</i>
PdF	Pediatri di Famiglia
PIM	Protocollo Integrato e Multidisciplinare
PNP	Piano nazionale della prevenzione
PSN	Piano sanitario nazionale
QoL	<i>Quality of life</i>
SCL	<i>Symptom Checklist</i>
SDO	Scheda di Dimissione Ospedaliera
SISDCA	Società italiana per lo Studio dei Disturbi del Comportamento Alimentare
SNC	<i>Sistema Nervoso Centrale</i>
SPDC	Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura
TSO	Trattamento Sanitario Obbligatorio
ULSS	Unità Locale Socio Sanitaria
UO	Unità Operativa

UOC	Unità Operativa Complessa
UOSD	Unità Operativa Semplice Dipartimentale
USL	Unità Sanitaria Locale
WHO	<i>World Health Organization</i>

PREFAZIONE

Il tema dei Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) ha tutta l'attenzione del Ministero della Salute e del Ministro stesso.

Tale attenzione, che si manterrà anche in futuro, permetterà di consolidare il percorso su questo tema che è stato avviato molti anni fa e che ha avuto una maggiore concretizzazione e accelerazione grazie al contributo del Dipartimento della Prevenzione del Ministero della Salute, negli anni in cui la sua direzione era affidata a Fabrizio Oleari.

Dal 2007 in poi sono stati avviati e finanziati dei progetti con fondi del Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM) che hanno esplorato le tre aree dell'epidemiologia, della prevenzione e dell'organizzazione dei servizi, oggetto anche dei lavori della Conferenza di consenso (Cc) del 2012 sui DCA.

La possibilità di incontrarci a un anno dalla Cc e la prospettiva di poterci riunire nuovamente in futuro, con una certa cadenza, risultano di grande interesse per questa tematica. Queste iniziative consentono di tenere assieme le fila del discorso che si è avviato sui DCA e di aggiornarsi sugli sviluppi a livello territoriale.

Oltre ai DCA, il Ministero della Salute sta seguendo altre aree affini, non trattate dal documento finale della Cc, come quella dell'obesità. Anche a queste aree sarà assegnata tutta l'attenzione necessaria, in concerto con le Regioni e l'Istituto Superiore di Sanità (ISS).

Risulta inoltre necessario intervenire anche in ambiti non strettamente medici, come la famiglia, passando per gli ambienti di vita collettiva come la scuola, e per altri contesti specifici dove il tema dei DCA diventa ancora più vivo.

Anche dal documento finale della Cc sui DCA si evincono le difficoltà nell'identificare le più corrette misure di prevenzione e proprio per questo è necessario stimolare la ricerca in questo campo, in collaborazione con le famiglie, gli educatori e con coloro che trascorrono molto tempo con giovani, influenzandoli con stili di vita e modelli.

Su quest'ultimo aspetto il Ministero della Salute ha degli accordi quadro con la scuola, all'interno dei quali ci si può muovere per operare efficacemente in questo campo.

Auspichiamo infine che dal Convegno di oggi emergano sia elementi critici sia ulteriori spunti di lavoro, ipotesi di attività che con il tempo cercheremo di mettere in campo con la collaborazione di tutti gli interessati.

Giuseppe Ruocco
*DG, Direzione Generale della Prevenzione,
Ministero della Salute*

PRESENTAZIONE

I Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) sono da alcuni anni oggetto di attenzione crescente da parte del mondo scientifico e della comunità degli operatori sanitari e sociali, in virtù della loro diffusione tra le fasce più giovani della popolazione e della loro eziologia multifattoriale complessa.

Lo scopo della Conferenza di consenso sui DCA, organizzata dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) a ottobre 2012 con il patrocinio del Ministero della Salute, è stato essenzialmente quello di produrre raccomandazioni basate su prove di efficacia per la gestione appropriata di questi gravi disturbi.

Inoltre, la Conferenza ha rappresentato una grande occasione per delineare la costruzione di un tavolo comune per tutti coloro che in Italia, a vario titolo, si occupano di DCA: esperti del settore, società scientifiche, associazioni di pazienti e familiari e/o esponenti rappresentativi dei cittadini interessati.

Attraverso un lungo lavoro di ricerca, che ha previsto la valutazione delle migliori prove scientifiche disponibili in letteratura sull'epidemiologia del fenomeno, sugli aspetti di prevenzione, su modelli e percorsi assistenziali, si è giunti ad alcune significative raccomandazioni, discusse pubblicamente in sede di Conferenza e raccolte in un documento definitivo di consenso, successivamente pubblicato nella serie *Rapporti ISTISAN*.

Nello specifico, a fronte della mancanza di dati epidemiologici certi e uniformi sulla diffusione del fenomeno e sull'utilizzo dei servizi sanitari, si raccomandava di condurre studi su ampi campioni della popolazione generale in cui vengono adottati strumenti omogenei e universalmente accettati per la diagnosi.

Rispetto all'area della prevenzione, le raccomandazioni indicavano l'opportunità di definire modelli di sviluppo dei DCA per una comprensione delle interazioni dinamiche dei fattori di rischio e dei fattori protettivi per giungere a definire di fattori rischio specifici per i DCA; migliorare l'efficacia degli interventi di prevenzione universale privilegiando l'approccio basato sulla dissonanza cognitiva e l'alfabetizzazione mediatica; promuovere l'adozione di programmi di prevenzione basati su evidenze di efficacia sperimentale e nella pratica clinica.

Infine, le raccomandazioni relative all'area modelli organizzativi per la gestione dei DCA sottolineavano l'importanza della multidimensionalità interdisciplinarietà e multiprofessionalità del percorso, che deve essere, inoltre, età specifico e includere sia gli aspetti psicologici e psicopatologici sia quelli nutrizionali e metabolici.

Il documento di consenso rappresenta anche il punto di partenza e lo stimolo per ulteriori momenti di confronto e arricchimento, sempre nella logica e nell'ottica di potenziare tutti i percorsi di risposta efficace ai cittadini portatori di bisogni complessi e di domanda di assistenza qualificata.

Lo scopo del Convegno è quello di presentare lo stato dell'arte nella gestione dei DCA a livello regionale e aziendale e le prospettive di utilizzo delle raccomandazioni emerse dalla Conferenza di consenso a un anno dalla celebrazione della stessa. L'evento rappresenta inoltre l'occasione per sottolineare l'interesse dell'ISS a promuovere, in collaborazione con le Regioni:

- l'attivazione di percorsi formativi per il personale e dirigenti dei centri regionali;
- la ricerca epidemiologica di base e applicata alla pianificazione, gestione e organizzazione dei servizi DCA;
- la ricerca operativa sull'efficacia degli interventi di prevenzione;

- forum di confronto tecnico-scientifico (Ministero della Salute, ISS, Regioni, Associazioni) per lo sviluppo degli interventi regionali per la creazione di una rete integrata di cure per le persone con DCA;
- l'organizzazione presso l'ISS di un appuntamento di aggiornamento annuale (convegno) sul tema con le parti interessate.

Fabrizio Oleari
Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità

QUADRO NAZIONALE SUI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

Teresa Di Fiandra

Direzione Generale Prevenzione, Dipartimento Sanità Pubblica e Innovazione, Ministero della Salute, Roma

A un anno dalla celebrazione della Conferenza di consenso (Cc) sui Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA), che il Ministero della Salute ha patrocinato prendendovi anche parte attiva per l'intera durata dei lavori, questa relazione vuole brevemente ricordare i diversi fronti su cui il Ministero stesso si è impegnato in questo ambito, a partire dal lontano 1998 quando aveva prodotto un primo documento sul problema allora emergente.

Attraverso strumenti istituzionali come il Piano Sanitario Nazionale (PSN) e il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP), così come attraverso il finanziamento di progetti specifici utilizzando i canali della Ricerca finalizzata e del Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM), si è cercato di mantenere accesi l'attenzione e l'impegno su una tematica di grande impatto sui giovani e sulle loro famiglie.

In particolare, il lavoro svolto nel corso dell'ultimo anno, con le indicazioni derivanti dalle raccomandazioni della Cc, integrate dalla monografia dedicata ai DCA nella Collana dei "Quaderni del Ministero della Salute", ci consentirà di tracciare le grandi linee del panorama attuale del fenomeno nel nostro Paese, e di avviare il raccordo con le realtà regionali e locali per il miglioramento della risposta sanitaria e sociosanitaria ai bisogni delle persone con disagio in quest'area.

Linee di indirizzo del 1998

Nel 1998 era stata istituita la "Commissione di studio del Ministero della Sanità per l'assistenza ai pazienti affetti da anoressia e bulimia nervosa" per cercare di affrontare la problematica assegnando un'attenzione specifica al tema e arrivando, attraverso documento di tipo programmatico, anche a fornire alcune raccomandazioni molto concrete e operative. Per la prima volta tali raccomandazioni andavano a individuare quali fossero i livelli di trattamento necessari, e precisamente: ambulatorio, day hospital, ricovero ospedaliero in acuzie e residenzialità extraospedaliera. In un contesto che si presentava allora piuttosto dispersivo, i livelli venivano sistematizzati richiamando la necessità di averli tutti in una rete che, riprendendo i concetti di multiprofessionalità e multidisciplinarietà, si proponeva di affrontare il problema in maniera coordinata e integrata.

Si auspicava inoltre la costituzione di questa rete di assistenza su tutto il territorio nazionale. Vedremo nella relazione successiva del GISM (Gruppo Interregionale per la Salute Mentale), quale sia stato e quale sia oggi il livello di applicazione di questa seconda raccomandazione.

Infine, si promuoveva il criterio dell'appropriatezza, che di fatto dovrebbe caratterizzare ogni intervento sanitario e socio-sanitario, garantendo la continuità assistenziale, perché le diverse fasi di "malattia" vanno affrontate in maniera differente.

Progetto CCM 2008-2010 su buone pratiche di cura e prevenzione sociale dei DCA

Dalla costituzione del CCM si è iniziato a prestare attenzione anche al tema DCA, inserendolo per la prima volta all'interno del programma "Guadagnare salute". Questa problematica, avendo come sua caratteristica quella di interessare principalmente le fasce di popolazione giovanile, è stata inserita all'interno di un protocollo d'intesa del Ministero della Salute con il Dipartimento della gioventù (in origine Giovani e sport). È stato quindi avviato un primo progetto biennale (2008-2010) "Le buone pratiche di cura e la prevenzione sociale dei DCA" che si è articolato in due aree distinte: prevenzione sociale e buone pratiche di cura. Il programma ha coinvolto diverse Unità Operative (UO) individuate su tutto il territorio italiano (gradiente nord, centro, sud), con il coordinamento della Regione Umbria.

Il progetto andava a studiare alcune aree nelle quali è possibile intervenire in termini di prevenzione sociale, partendo dal presupposto che lavoriamo su modelli culturali che hanno un ruolo importante sia nella genesi di un problema sia nella costruzione delle soluzioni al problema stesso.

Prevenzione sociale

La prima area, finanziata prevalentemente dal Dipartimento della gioventù, ha indagato i fattori socio-culturali che propongono modelli d'identità femminile (ma anche maschile) stereotipati e legati all'immagine, alla forma fisica, alla bellezza, intesi come veicoli e garanzia di benessere, accettazione sociale e successo.

Nello specifico, ha approfondito le problematiche relative alla comunicazione mediatica, alla scuola, all'industria della dieta e allo sport (agonistico e non), proprio perché sono ambiti nei quali in problema si presenta con caratterizzazioni più facilmente individuabili e forse aggredibili. In questo settore abbiamo insistito per avere dei centri campione, che vedessero l'affiancamento di un servizio pubblico e di uno dell'area del privato sociale accreditato, in modo da ascoltare la voce dei servizi socio-sanitari che quella della società civile.

Buone pratiche di cura

Questa seconda area, dove il coordinamento della Regione Umbria è stato cruciale, aveva tre obiettivi fondamentali, che in qualche misura prefigurano le tematiche indagate successivamente anche dalla Cc del 2012:

- creare una mappa dinamica dei servizi sul territorio nazionale e renderla accessibile al pubblico;
- caratterizzare le persone in trattamento e l'offerta assistenziale che la rete dei servizi nazionali proponeva, attraverso la sperimentazione di un sistema di sorveglianza in 5 centri campione. Nei nostri studi abbiamo sempre cercato di mantenere una significatività del campione almeno in base al gradiente geografico, con una selezione di centri che rappresentavano l'area del nord, del centro e del sud (con qualche difficoltà di coinvolgimento delle isole, dove i servizi dedicati ai DCA non sono molti sviluppati e meriterebbero forse una maggiore attenzione);
- infine, provare a costruire, anche a partire dai dati della sorveglianza, un protocollo di buone pratiche per il trattamento dei DCA.

Qualche risultato può oggi essere sottolineato:

- È stato innanzitutto costruito il sito, tuttora funzionante, al quale è possibile accedere per avere una serie di informazioni: www.disturbialimentarionline.it.
- È stata realizzata la mappa, ancora oggi in aggiornamento. Il problema principale di questa attività è stato il finanziamento del suo aggiornamento dinamico. Sicuramente è stata una fonte importantissima di informazioni e tale dovrebbe continuare a essere.
- In questi anni sono stati inoltre realizzati molti eventi divulgativi e formativi e sono stati pubblicati direttamente due libri. Il primo raccoglieva tutte le evidenze che sono state prodotte nell'ambito del primo filone di intervento, la prevenzione sociale. Il secondo, appena uscito, è incentrato sui percorsi di cura e prende lo spunto di partenza dai lavori del progetto, inserendo anche una serie di altri interessanti contributi che ampliano l'orizzonte sulla problematica.
- Da questo primo progetto sono nate, come vedremo, nuove progettualità.
- Infine, gli esiti di questo progetto sono serviti, di fatto, a dare l'avvio ai lavori della Cc sui DCA del 2012.

Progetto CCM 2011-2013 su DCA in età evolutiva

Il secondo progetto finanziato dal CCM nasce da un'esigenza evidenziata con forza dal primo progetto appena menzionato, ovvero la necessità di assegnare una attenzione mirata alla problematica dei DCA in età evolutiva. È stato quindi avviato lo "Studio multicentrico sui fattori predittivi e le caratteristiche psicopatologiche dei DCA in età adolescenziale e preadolescenziale". Il coordinamento amministrativo è stato affidato alla Regione Lombardia, mentre il coordinamento scientifico nuovamente alla Regione Umbria. In questo caso i centri campione sono stati sei, identificati ancora una volta anche secondo la rappresentatività geografica.

L'obiettivo di massima di questo progetto è quello di migliorare la comprensione del fenomeno, aggiornare la mappa dei servizi dedicati, redigere un documento finale sulla specificità degli interventi in età evolutiva a partire da una metodologia comune di approccio diagnostico, che ha portato alla raccolta dei dati nei centri coinvolti, con l'utilizzo degli stessi strumenti. Anche da questo progetto, che si chiuderà a febbraio 2014, ci aspettiamo interessanti sviluppi.

Piano Nazionale della Prevenzione 2010-2012

Il Ministero della Salute, al di là dei progetti di ricerca, ha cercato anche di dare attenzione al tema utilizzando i suoi strumenti programmatici. Per la prima volta, nel vigente Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2010-2012 (prorogato fino al 2013), è stato introdotto il tema della salute mentale, con due filoni di azione:

- *Prevenzione della depressione e del suicidio*: la depressione è tra le patologie a più ampia diffusione e comporta a uno dei più alti "burden of disease", ovvero carichi sia in termini di qualità della vita delle persone sia di costi per il Sistema sanitario;
- *Disturbi del comportamento alimentare*, tradotti in progetti specifici all'interno nei Piani regionali della prevenzione, declinati sulle esigenze evidenziate ai livelli locali.

Il Ministero della Salute aveva proposto anche due azioni centrali di supporto alla programmazione regionale: la formazione integrata e la diffusione di protocolli condivisi. Tuttavia, quest'area di supporto, specifica per la salute mentale, non è stata ritenuta prioritaria dalle Regioni e quindi non è stato possibile avviare queste attività centralizzate.

Piani Regionali della Prevenzione

Il filone dei DCA, tuttavia, è stato ben recepito dalle Regioni. Hanno presentato un progetto specifico nell'area dei DCA: Sicilia, Umbria, Veneto, Provincia Autonoma di Trento, Calabria, Campania, Emilia-Romagna, Liguria, Basilicata e Puglia ne hanno presentati due ciascuna.

Il Ministero ha effettuato le valutazioni dei progetti sui dati pervenuti alla scadenza del 2012, ottenendo un quadro interessante ma disomogeneo, con risultati qualitativamente diversi da Regione a Regione.

Conferenza di consenso sui DCA

Il risultato forse più importante è stato lo stimolo alla realizzazione della Cc sui DCA del 2012, il cui avvio è stato promosso dall'ISS e dal centro di Todi della Regione Umbria. È stato chiesto al Ministero della Salute un supporto alla sua realizzazione, che si è espresso fornendo il patrocinio all'evento e mettendo a disposizione la figura del Presidente della giuria.

Una prima valutazione dei risultati e dell'impatto della Cc sarà l'oggetto delle presentazioni e della discussione dell'odierna giornata di lavoro.

Nel corso dei lavori della Cc sono state indagate tre aree tematiche, ciascuna delle quali presentava una serie di quesiti, come di seguito elencati:

1. Area *“Dimensione epidemiologica dei DCA e carico assistenziale”*

- 1.1. Quali sono i dati di incidenza, prevalenza e mortalità per AN, BN, DAI e DANAS in ambito nazionale e internazionale?
- 1.2. Quali sono le caratteristiche della popolazione colpita da DCA in termini di età, sesso e residenza?
- 1.3. Quali sono i dati di attività dei servizi che gestiscono i DCA per livello assistenziale (ambulatorio, DH, riabilitazione residenziale, ricovero ospedaliero)?

2. Area *“La prevenzione dei DCA”*

- 2.1. Quali sono i principali fattori di rischio (individuali, familiari e sociali) e i fattori scatenanti associati ai DCA? Quali sono i fattori protettivi?
- 2.2. Esistono evidenze di efficacia per la prevenzione primaria dei DCA (in termini di strategie, strumenti, figure professionali coinvolte)?
- 2.3. Esistono evidenze di efficacia per la prevenzione secondaria dei DCA (in termini di strategie, strumenti, figure professionali coinvolte)?

3. Area *“I modelli organizzativi”*

- 3.1. Qual è il percorso diagnostico-terapeutico-riabilitativo ottimale per le persone con DCA in termini di appropriatezza ed efficacia degli interventi? Quali sono le figure professionali coinvolte?
- 3.2. Qual è il modello organizzativo per la gestione dei DCA che garantisce i migliori risultati in termini di appropriatezza ed efficacia degli interventi diagnostico-terapeutico-riabilitativi?

In estrema sintesi possiamo ricordare che i lavori della Cc hanno fornito elementi di riflessione importanti quali:

- indicazioni sulle carenze di evidenze scientifiche in molti ambiti specifici. Da qui è emersa la necessità di potenziare la ricerca epidemiologica su queste tematiche e più in generale sulla prevalenza dei disturbi dell'area della salute mentale nella popolazione generale. Attualmente, in Italia, abbiamo pochi dati di popolazione su questa tematica;
- indicazioni di orientamento per possibili linee guida (LG) trattamentali e organizzative. Su questo punto c'è già qualche risultato e la Cc ha fornito il substrato scientifico che evidenzia la necessità di proseguire in questa direzione.

Pubblicazione nei “Quaderni del Ministero della Salute”

Un'ultima iniziativa da citare, promossa dal Consiglio Superiore di Sanità, è stata la realizzazione di una monografia sulla tematica dell'“Adeguatezza clinica, strutturale e operativa nella prevenzione, diagnosi e terapia dei disturbi dell'alimentazione” pubblicata all'interno della collana “Quaderni del Ministero della Salute”. La monografia propone una prospettiva più ampia rispetto alla specificità dei DCA, e ha un taglio che affronta l'appropriatezza clinica, strutturale e operativa. Inoltre, diversamente da quanto è stato fatto per la Cc, in questo caso non è stata condotta un'analisi della letteratura scientifica, né i lavori sono stati seguiti da un dibattito pubblico. Il contributo è stato presentato a luglio 2013 ed è stato reso disponibile sul sito del Ministero della Salute. Ricordiamo brevemente le aree indagate, che sono:

- epidemiologia, eziopatogenesi e caratteristiche cliniche dei disturbi dell'alimentazione;
- rapporti tra i disturbi dell'alimentazione e l'obesità;
- malnutrizione per difetto e disturbi dell'alimentazione;
- stili di vita nella popolazione generale: rilevanza per i disturbi dell'alimentazione;
- prevenzione dei disturbi dell'alimentazione;
- appropriatezza clinica nella gestione dei disturbi dell'alimentazione;
- appropriatezza strutturale e operativa nella gestione dei disturbi dell'alimentazione;
- conclusioni e raccomandazioni.

Nonostante il taglio diverso rispetto alla Cc, si è cercato di mantenere e sottolineare il raccordo con le raccomandazioni emerse nell'ambito di quest'ultima.

Conclusioni

Dal documento finale di consenso del 2012 è scaturito anche l'impulso a:

- condividere le esperienze di buone pratiche, che sicuramente sono presenti nel nostro Paese;
- promuovere la formazione mirata;
- individuare nuove progettualità per finanziare ricerca-azione;
- formalizzare i percorsi condivisi, anche sotto forma di accordi fra Stato e Regioni.

Il raccordo con le Regioni regge di fatto l'intero sistema. Il Ministero della Salute fa programmi quadro, indica strategie, anche appoggiandosi all'ISS, ma tutto questo deve poi essere tradotto in concrete azioni al livello regionale, dove risiede per intero la competenza organizzativa.

In collaborazione con le Regioni possiamo dunque individuare quattro linee di intervento futuro:

1. aggiornamento della mappa dinamica dei servizi sul territorio nazionale;
2. tavoli di lavoro regionali che stanno costruendo le linee strategiche, in alcuni casi a partire esplicitamente dalle raccomandazioni della Cc (es. Abruzzo);
3. linee di indirizzo regionali programmatiche in aggiornamento (es. Umbria, appena pubblicate);
4. coinvolgimento dei portatori di interesse (pazienti, famiglie, associazioni).

Un cenno specifico merita il fatto che l'attività di aggiornamento della mappa, che rischia di rimanere bloccata quando terminerà il progetto CCM che la supporta, potrà proseguire con il coinvolgimento diretto delle Regioni. Questo consentirà la certificazione dei dati raccolti, così da garantire un monitoraggio dell'offerta e un servizio affidabile agli utenti, che devono essere in grado di utilizzare lo strumento della mappa per iniziare a orientarsi.

Non possiamo ignorare che la distribuzione dei servizi per Regione ha registrato in un anno una diminuzione del numero delle strutture, passando da 165 nel 2012 a 153 nel 2013. Occorre individuare le cause di tale riduzione e trovare soluzioni efficienti ed efficaci.

In conclusione possiamo ribadire, ancora una volta, che anche dalle relazioni e dal dibattito di oggi ci aspettiamo ulteriori suggerimenti per mantenere vivi l'attenzione e l'impegno dei diversi livelli istituzionali, dall'Azienda sanitaria, alla Regione, al Ministero della Salute e all'ISS sul tema dei DCA, in collaborazione e sinergia con tutti i portatori di interesse.

Bibliografia

- De Virgilio G, Coclite D, Napoletano A, Barbina D, Dalla Ragione L, Spera G, Di Fiandra T (Ed.). *Conferenza di consenso sui Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) negli adolescenti e nei giovani adulti*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2013 (Rapporti ISTISAN 13/6).
- Ministero della Salute. *Appropriatezza clinica, strutturale e operativa nella prevenzione, diagnosi e terapia dei disturbi dell'alimentazione*. Roma: Ministero della Salute; 2013. (Quaderni del Ministero della salute n. 17/22).
- Dalla Ragione L, Giombini L (Ed.). *Solitudini imperfette. Le buone pratiche nella cura dei Disturbi del Comportamento Alimentare*. Roma: Presidenza del Consiglio dei Ministri, Ministero della Salute; 2014.
- Ministero della Sanità. Relazione della commissione di studio per l'assistenza ai pazienti affetti da anoressia e bulimia nervosa. *Annali della Sanità Pubblica* (Nuova Serie) 1998;3(1,2,3).
- Rampelli E, Dalla Ragione L, Bianchini P, De Santis C (Ed.). *Il coraggio di guardare. Prospettive e incontri per la prevenzione dei Disturbi del Comportamento Alimentare. Atti del Seminario "I Giorni Dispari - The Odd Days - Ripensare la prevenzione nei Disturbi del Comportamento Alimentare", Todi, 16-17 ottobre 2009*. Roma: Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della Gioventù, Istituto Superiore di Sanità; 2012. Disponibile all'indirizzo: http://www.ccm-network.it/documenti_Ccm/pubblicazioni/il-coraggio-di-guardare-DCA.pdf; ultima consultazione 4/2/2013.

POSIZIONE DELLE REGIONI E PROSPETTIVE DI UTILIZZO DELLE RACCOMANDAZIONI DELLA CONFERENZA DI CONSENSO DCA

Francesco Scotti (a), Antonello Napoletano (b), Daniela Coclite (b), Donatella Barbina (b)

(a) Gruppo Tecnico Interregionale Salute Mentale, Regione Umbria

(b) Ufficio Relazioni Esterne, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Introduzione

In occasione del convegno “Lo stato dell’arte e le prospettive nella gestione dei DCA a un anno dalla Conferenza nazionale di consenso” del 30 ottobre 2013 – che l’Ufficio Relazioni Esterne dell’Istituto Superiore di Sanità (ISS) ha organizzato con il Ministero della Salute, in accordo con il Gruppo Tecnico Interregionale Salute Mentale (GISM) della Regione Liguria – è stata condotta un’indagine di rilevazione delle iniziative promosse dalle Regioni e dai Centri DCA (Disturbi del Comportamento Alimentare), in linea con le raccomandazioni provenienti dalla Conferenza di consenso (Cc) sui DCA tenutasi a Roma il 24 e 25 ottobre 2012.

Per la realizzazione dell’indagine è stata predisposta un’apposita scheda raccolta dati (Appendice A) inviata ai referenti regionali per la salute mentale per il tramite del GISM Regione Liguria, che ha anche provveduto alla raccolta dei dati, successivamente elaborati dall’Ufficio Relazioni Esterne dell’ISS e presentati in sede di convegno dal rappresentante GISM.

I risultati di tale indagine realizzata nel 2013 hanno permesso una valutazione preliminare dell’impatto delle raccomandazioni provenienti dalla Cc sui DCA.

Risultati dell’indagine di rilevazione

Hanno restituito le schede compilate 15 Regioni su 19 e la Provincia Autonoma di Trento, con una rispondenza complessiva del 76% circa. Le schede non pervenute riguardano la Campania, il Lazio, il Piemonte, la Valle d’Aosta e la Provincia Autonoma (PA) di Bolzano.

Utilità delle raccomandazioni della Cc sui DCA

Tutti i rispondenti all’indagine hanno dichiarato che le raccomandazioni prodotte dalla Cc sui DCA sono utili per una gestione appropriata dei DCA. In particolare, da un’analisi qualitativa delle risposte fornite da 14 Regioni su 16, emerge che esse sono utili poiché:

- indicano modalità operative *evidence based* per interventi di prevenzione e cura;
- permettono di uniformare strategie di intervento sulla base di pratiche cliniche *evidence based*;
- forniscono linee di indirizzo per la ricerca epidemiologica descrittiva e valutativa e per la ricerca in ambito internistico e nutrizionale;
- stimolano le istituzioni e i servizi a promuovere un approccio al trattamento integrato e multidisciplinare, dove operatori di diversa formazione possano dare una risposta globale al paziente non solo dal punto di vista clinico, ma anche sociale e culturale;

- fungono da supporto alla programmazione sanitaria e alla riorganizzazione della rete DCA regionale;
- costituiscono un utile strumento per supportare l’elaborazione delle LG regionali per costruzione dei modelli organizzativi della rete regionale e di percorsi assistenziali;
- fungono da supporto alla riorganizzazione delle reti aziendali dedicate ai DCA, con la costituzione di ambulatori e centri diurni che garantiscano una intercettazione ancora più precoce dei bisogni;
- delineano un chiaro, esaustivo e qualificato quadro di riferimento per la gestione appropriata dei DCA.

Non hanno fornito motivazioni sull’utilità delle raccomandazioni né il Veneto né la Toscana.

Tavoli tecnici sui DCA

La Tabella 1 riporta che 11 Regioni su 16 rispondenti hanno attivato tavoli tecnici sui DCA. Calabria, Marche, Molise, Sardegna e Sicilia non hanno avviato tavoli tecnici sui DCA.

Tabella 1. Tavoli tecnici sui DCA attivi nelle regioni partecipanti all’indagine (2013)

Regione	Oggetto
Abruzzo	“Indirizzi programmatici per la diagnosi e il corretto trattamento dei disturbi del comportamento alimentare (DCA): adesione alle raccomandazioni della Cc promossa dall’Istituto Superiore di Sanità” (<i>Decreto Commissariale n. 56 del 1/8/2013</i>)
Basilicata	Elaborazione e attuazione di un progetto di prevenzione universale e selettiva sui DCA rivolto a docenti e allievi delle scuole secondarie di secondo grado (<i>PRP 2010-12, proseguito nel 2013</i>)
Emilia Romagna	Linee di indirizzo tecnico per la costruzione di percorsi clinici per persone affette da DCA (attuazione <i>DGR n. 1298 del 14/9/2009</i>). Analisi organizzativa e valutazione dei costi dei ricoveri della rete DCA; linee di indirizzo clinico per la prevenzione, la diagnosi e il trattamento dei DCA nell’infanzia e nella adolescenza; indicazioni cliniche per il ricovero urgente, ricovero ordinario in Medicina Interna e Pediatria. Divulgazione del documento definitivo di consenso sui DCA (Conferenza nazionale di consenso, ISS, Roma 2012) e avvio della discussione sulle prospettive di utilizzo delle raccomandazioni
Friuli-Venezia Giulia	Ricognizione dell’offerta assistenziale sui DCA e sviluppo del Documento di consenso “Gestione dei percorsi diagnostico-terapeutici. Rete DCA FVG”, luglio 2013
Liguria	Realizzazione di una rete integrata regionale dei servizi per i DCA in linea con le LG nazionali (dal 2002) e le raccomandazioni della Cc DCA (dal 2013)
Lombardia	“Intervento multidisciplinare integrato per i DCA” (<i>TR44</i>) nell’ambito Programma Innovativo Territoriale di Salute Mentale
Puglia	Percorsi per la prevenzione, la diagnosi e la cura dei Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA). Criteri per l’accreditamento delle strutture dedicate ai DCA, istituito nell’ambito del “Progetto di prevenzione e contrasto DCA (PRP Puglia 2010-2012)”
Toscana	Costituzione del gruppo di lavoro per la stesura di linee guida regionali in materia di DCA (attivato nel 2005)
Umbria	Elaborazione e attuazione del progetto «Identificazione precoce dei soggetti affetti da DCA e appropriatezza dell’intervento: il modello umbro» (<i>PRP 2010-2012, proseguito nel 2013</i>)
Veneto	Costituzione del gruppo di lavoro regionale in materia di DCA composto dai responsabili dei centri di riferimento regionali e provinciali (<i>Decreto n. 92 del 21/07/2008; Decreto n. 109 del 5/09/2008</i>)
PA Trento	Miglioramento dell’integrazione della rete dei servizi socio-sanitari per il trattamento dei DCA

Atti di recepimento delle linee guida ministeriali e/o delle raccomandazioni della Cc sui DCA

Il processo di recepimento delle linee guida ministeriali e/o delle raccomandazioni della Cc sui DCA è già stato avviato in 7 Regioni ma, al 2013, solo la Regione Umbria (Linee guida regionali per la diagnosi e il trattamento dei DCA, DGR n. 5/2013) e la PA Trento (Delibera PAT 1975-2013-Salute mentale) hanno emanato atti formali in proposito.

La Regione Puglia ha incluso le raccomandazioni della Cc sui DCA relative all'area "Modelli organizzativi" nell'elaborazione del documento "Criteri per l'accreditamento delle strutture dedicate ai DCA" in fase di discussione e approvazione in sede regionale.

L'Abruzzo, l'Emilia-Romagna e la Liguria hanno avviato la discussione con l'istituzione dei succitati tavoli tecnici (vedi Tabella 1).

La Regione Friuli-Venezia Giulia ha riportato i risultati dei lavori della Cc sui DCA nel documento di consenso "Rete DCA FVG" del mese luglio 2013.

Atti programmatori regionali sull'organizzazione dei servizi per i DCA

A oggi, ad eccezione dell'Abruzzo, tutte le Regioni rispondenti (15 su 16) hanno emanato atti programmatori sull'organizzazione dei servizi per i DCA:

– Basilicata

- DGR n. 1454 del 11/10/2011: Adeguamento delle tariffe per il ricovero in struttura residenziale-semiresidenziale per la riabilitazione dei DCA.
- DGR n. 293 del 4/3/2008: Riconoscimento del Centro DCA di Chiaromonte quale centro elettivo di riferimento regionale.
- DGR n. 676 del 8/5/2006: Definizione dei requisiti organizzativi, strutturali e funzionali per l'attivazione di una struttura residenziale-semiresidenziale per i pazienti con DCA.

– Calabria

- LR n. 24/ 2008; DGR n. 13/2009: Definizione dei requisiti organizzativi e strutturali delle strutture residenziali per il trattamento di persone con DCA.

– Emilia Romagna

- DGR n. 1298 del 14/9/2009: "Programma per l'assistenza alle persone con DCA in Emilia-Romagna 2009-2011". Strutturazione della rete di tutti i servizi e professionisti, territoriali e ospedalieri, pubblici e privati, che opereranno in stretta integrazione per dare uniformità e appropriatezza all'offerta di assistenza alle persone con DCA.
- DGR n. 313 del 23/3/2009 - Piano Attuativo Salute Mentale 2009-2011: Istituzione di un Tavolo regionale impegnato a formalizzare e rendere operativo il Programma regionale DCA, in attuazione di quanto già prefigurato dalla DGR n. 1016/2004.
- DGR n. 1016 del 31/5/2004: "Linee guida per il potenziamento dell'assistenza ai DCA"
- DCR n. 1235 del 22/9/1999 - Approvazione del Piano sanitario regionale 1999-2001: "Linee sull'organizzazione dei servizi per i DCA".

– *Friuli-Venezia Giulia*

- Allegato 1 alla DGR n. 1253 del 12/7/2013: Linea 1.2.4.3 Salute mentale. Proseguire nel consolidare la Rete regionale di risposta ai DCA (primo, secondo livello). In particolare, definizione dei percorsi di cura e riabilitazione dei DCA nel primo e nel secondo livello nella prospettiva dell'integrazione con i diversi servizi territoriali e ospedalieri con riferimento alle diverse aree dei disturbi. Evidenza della continuità dei progetti personalizzati di salute nelle fasi di transizione dall'età evolutiva a quella adulta.
- DGR n. 2364/08: "Linee annuali per la gestione del Servizio Sanitario regionale nel 2009". Il documento approvato impegna la Giunta a rafforzare il livello ambulatoriale del centro di San Vito al Tagliamento ripristinando la presenza del medico internista attraverso un protocollo di collaborazione con il presidio ospedaliero di San Vito al Tagliamento e dotando l'équipe delle altre figure professionali necessarie. Il Piano ritiene fondamentale altresì garantire una risposta in regime di ricovero per casi a elevata necessità assistenziale e complicanze di tipo medico attraverso un protocollo con il reparto di medicina del presidio ospedaliero di San Vito al Tagliamento e a realizzare in provincia di Pordenone una struttura residenziale di tipo riabilitativo, per casi con elevata necessità assistenziale senza complicanze mediche, prevista tra l'altro dal Piano sanitario regionale che consentirebbe di ridurre la fuga extraregionale con il vantaggio della continuità terapeutica e minori disagi per le famiglie interessate. (fonte: AGENAS 2009)
- LR n. 22 del 20/8/2007: "Assestamento del bilancio 2007 e del bilancio pluriennale per gli anni 2007-2009 ai sensi dell'articolo 18 della legge regionale 16 aprile 1999, n. 7 (fonte: AGENAS 2009)
- DGR n. 2843 del 2006: Piano Socio Sanitario Regionale 2006-2008. Prevedeva la progettazione e realizzazione di interventi di prevenzione universale e selettiva con iniziative indirizzate a Medici di medicina generale (MMG), Pediatri di famiglia (PdF), scuola e associazioni sportive. In particolare il PSSR 2006 – 2008 ha previsto la realizzazione di un Centro residenziale per i disturbi alimentari di valenza regionale nel Comune di San Vito al Tagliamento (già struttura ambulatoriale); (fonte: AGENAS 2009).

– *Liguria*

- DGR n. 1639 del 29/12/2010: Riconoscimento del "Centro per i Disturbi dell'adolescenza e dell'Alimentazione di natura psichica, afferente al DSM dell'ASL 2 Savonese, presso l'Ospedale di Santa Corona quale Centro di riferimento regionale dedicato alla diagnosi e alla riabilitazione dei disturbi dell'adolescenza e dell'alimentazione"
- DGR n. 843 del 26/07/2002: Indicazioni alle Aziende sanitarie in materia di DCA con riguardo alla AN e BN. La DGR approvava gli "Standard minimi di riferimento in prevenzione, diagnosi e trattamento dei DCA nelle Aziende sanitarie locali liguri".
- DGR n. 464 del 17/5/2002: Costituzione di un gruppo di lavoro per la definizione di indicazioni finalizzate alla prevenzione, diagnosi e cura dei DCA (AN e BN).

– *Lombardia*

- Decreto DGS n. 4700 del 12/5/2009: Determinazioni in ordine all’assegnazione del finanziamento per la realizzazione di programmi innovativi in salute mentale di “area territoriale” triennio 2009-2011 in attuazione delle DGR n. 8501 del 26/11/2008
- DGR n. VIII/6860 del 19/03/2008; DGR n. 8/6861 del 19/3/2008: “Linee di indirizzo regionale per la Neuropsichiatria dell’Infanzia e dell’Adolescenza in attuazione del PSSR 2007-2009”. I DCA vengono annoverati come una categoria specifica della grave psicopatologia adolescenziale. Sono in tale ambito fondamentali la diagnosi e la presa in carico. Si rileva pertanto la necessità che vengano istituiti dei nuclei specifici con approccio multidisciplinare per la diagnosi e la cura dei DCA. (fonte: AGENAS 2009)
- DCR n. VIII/257 del 26/10/2006: Il PSSR 2007 - 2009 nell’ambito dei DCA richiama il Piano regionale di salute mentale (PRSM) approvato dalla Giunta lombarda con DGR 17513 del 17.5.2004. Il PSSR sottolinea che i disturbi del comportamento alimentare (DCA) sono malattie mentali in costante aumento. Prevede l’evoluzione della rete di intervento sia per l’assistenza delle fasi acute, sia per i progetti riabilitativi multidisciplinari integrati in regime di ricovero ordinario o di day hospital, sia infine per i progetti di inserimento assistito nell’ambito relazionale e lavorativo dopo la fase riabilitativa. Il centro rappresentativo di una siffatta “rete” è rappresentato dalle strutture riabilitative dedicate all’intervento intensivo sui DCA. (fonte: AGENAS 2009)
- DGR n. 31736 del 7/10/1997: L’AO “Spedali Civili” di Brescia è stato riconosciuto come Centro Regionale per i DCA. (fonte: AGENAS 2009).

– *Marche*

- DCR n. 62 del 31/7/2007: “Piano sanitario regionale 2007/2009. Il governo, la sostenibilità, l’innovazione e lo sviluppo del servizio sanitario regionale per la salute dei cittadini marchigiani”. Considera fondamentale (così come il PSR 2003-2006) la definizione dei programmi di intervento sulla popolazione giovanile, con particolare attenzione alle problematiche relative al disagio, alle dipendenze, ai DCA (anoressia e bulimia), alla prevenzione degli incidenti stradali, prevedendo un coordinamento integrazione tra le attività del Distretto/Ambito Territoriale Sociale con i Dip. delle dipendenze patologiche, i Dip. di salute mentale, coinvolgendo anche la scuola. L’obiettivo è di sperimentare modalità integrate di lettura del bisogno, programmazione e gestione degli interventi per l’infanzia e l’adolescenza tra i servizi sanitari e i servizi sociali per le attività socio-sanitarie. (fonte: AGENAS 2009)
- DGR n. 227 del 16/2/2005: “Richiesta parere alla competente commissione consiliare sullo schema di deliberazione concernente: “Residenzialità extraospedaliera - ampliamento del fabbisogno nel settore DCA - n. 40 pl”. Stabilisce di integrare il fabbisogno dei posti letto (previsto nel PSR 2003/2006) per tutta la residenzialità extraospedaliera prevedendone alcuni per il Settore DCA. (fonte: AGENAS 2009)
- DGR n. 132 del 6/7/2004: “Progetto Obiettivo tutela della salute mentale”. Coordinare e favorire il processo di formazione e l’applicazione delle linee guida e dei profili di assistenza, e altresì ad adottare linee guida per i DCA, che

comprendendo: riferimenti ambulatoriali, ospedalieri e strutture per la riabilitazione. (fonte: AGENAS 2009)

- DCR n. 97 del 30/6/2003: “Piano sanitario regionale 2003- 2006”. (fonte: AGENAS 2009)

– *Molise*

- DCR n. 190 del 9/7/2008: “Piano sanitario regionale per il triennio 2008-2010”. Richiama la disciplina dei DCA nell’ambito degli atti normativi relativi alla tutela della salute mentale. Il Piano auspica in particolare per il triennio l’incremento e lo sviluppo dei servizi per il trattamento dei disturbi del comportamento alimentare. (fonte: AGENAS 2009)

– *Puglia*

- LR n. 23 del 19/9/2008: “Piano regionale di salute 2008-2010”. Il Piano definisce, tra gli obiettivi operativi di cura e di promozione di salute, nell’ambito specifico dei “disturbi del comportamento alimentare”, la creazione di Centri dedicati per la prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione composti da équipe multidisciplinari con professionalità di ordine internistico, nutrizionale, psichiatrico, psicologico.

Nell’ambito di ciascuna ASL:

- almeno 2 strutture di 1° livello (ambulatoriale), ai sensi delle Linee Guida Ministeriali per i DCA, da collocarsi all’interno del Poliambulatorio dei distretti socio-sanitari, integrato con il CSM;
- una struttura di 2° livello con 15 posti letto di day hospital all’interno dei Centri Specializzati per i DCA a valenza dipartimentale, collocata nell’Ospedale di riferimento della ASL, la cui direzione è affidata a uno specialista psichiatra, per la diagnosi, la terapia e riabilitazione integrata e multidisciplinare.

Nell’ambito di ciascuna delle tre macroaree:

- una struttura di 3° livello residenziale e semiresidenziale all’interno di una struttura dedicata, dotata di ambulatorio, day hospital e residenza terapeutica/riabilitativa, che deve prevedere la presenza di una équipe multidisciplinare composta almeno dalle seguenti professionalità: psichiatra, psicologo, terapeuta della riabilitazione psichiatrica, educatore professionale, endocrinologo, dietista, infermiere.

A livello regionale, la creazione di un Centro di coordinamento con funzioni di:

- coordinamento di tutti i progetti e azioni di prevenzione dei DCA, in particolare di quelli promossi dalle Unità Interdipartimentali di prevenzione dei DCA, di cui al paragrafo 2.2.7.1 del Piano;
 - supporto all’Osservatorio Epidemiologico Regionale in materia di DCA;
 - formazione professionale e l’aggiornamento degli operatori;
 - ricerche cliniche e di base in collaborazione con tutti i servizi disponibili (Università, Ospedali, servizi residenziali, Ospedali diurni, Ambulatori).
- DGR n. 277 del 19/3/2002: LR n. 28/2000, art. 20, comma 8. Approvazione protocolli diagnostico terapeutici relativi alle prestazioni rese in regime di day hospital. Autorizzazione regionale. 2° provvedimento. Definizione protocollo per la regolamentazione delle prestazioni sanitarie rese in regime di day hospital per i disturbi del comportamento alimentare nell’ambito della Psichiatria. (fonte: AGENAS 2009)

- *Sardegna*
 - Deliberazione n. 33/19 del 31/7/2012: “Linee di indirizzo per la tutela della Salute Mentale in Sardegna” anni 2012-2014. Capitolo VIII DCA: necessità di intervento terapeutico riabilitativo erogato da un’ équipe multiprofessionale che operi con metodologia integrata. I centri DCA devono essere dotati di servizi ambulatoriali coordinati con UO ospedaliere di ricovero per il trattamento delle fasi acute.

- *Sicilia*
 - Decreto Assessoriale del 27/4/12; GURS n. 24 del 15/6/12: “Piano strategico per la Salute Mentale”. Programmazione di strutture residenziali dedicate al trattamento dei DCA con tempi definiti dal PO 2013-2015.

- *Toscana*
 - DGR n. 279/2006 integrato con DGR n. 441/2010: “Linee guida per la realizzazione di una rete integrata di servizi per la prevenzione e cura dei DCA nella Regione Toscana”. Tali atti sono in linea con quanto disposto nelle LG nazionali.

- *Umbria*
 - DGR n. 5/2013: LG Regionali per la diagnosi e il trattamento dei DCA.
 - DGR n. 1928 del 20/12/2010: Definizione, con decorrenza dal 1° gennaio 2011, delle tariffe per la remunerazione delle prestazioni erogate nelle strutture territoriali relative ai DCA.
 - DCR n. 298 del 28/4/2009 PSR 2009-2011: Le indicazioni sui DCA ribadiscono la necessità di interventi complessi che possono svilupparsi solo attraverso la stretta integrazione tra i diversi servizi specialistici e tra questi e la medicina distrettuale e di base (MMG). (fonte: AGENAS 2009)

- *Veneto*
 - DGR n. 1869 del 18/9/2012: DCA: operatività e finanziamento della rete regionale – anno 2012
 - DGR n. 94 del 31/1/2012: DCA: Indirizzi alle Aziende ULSS e Ospedaliere del Veneto e Protocollo di collaborazione per i DCA tra Centri pubblici e Case di cura convenzionate
 - DGR n. 3134 del 20/10/2009: DCA: operatività e finanziamento della rete regionale – anno 2009; rettifica errore materiale contenuto nella DGR n. 1050 del 21/4/2009
 - DGR n. 1050 del 21/4/2009: DCA. Centro di riferimento provinciale della provincia di Venezia. Modulazioni organizzative della rete assistenziale e della residenzialità
 - DGR n. 2039 del 22/7/2008: DCA: finanziamento della rete regionale - anno 2008
 - DGR n. 3455 del 30/10/2007: DCA: operatività e finanziamento della rete regionale
 - DGR n. 374 del 11/2/2005: Attuazione dell’atto di indirizzo e coordinamento degli interventi in materia di DCA: DGR 3540/1999: Centro Regionale Interaziendale AO e ULSS 20 di Verona

- DGR n. 371 del 11/2/2005: Attuazione dell'atto di indirizzo e coordinamento degli interventi in materia di DCA: DGR 3540/1999: Centro di riferimento Provinciale Treviso comprendente le Aziende sociosanitarie 7, 8, 9 – AO di Padova
 - DGR n. 70 del 21/1/2005: Attuazione dell'atto di indirizzo e coordinamento degli interventi in materia di DCA: DGR 3540/1999: Centro Interaziendale e interdipartimentale con funzione di Centro Regionale e Centro di riferimento Provinciale – Azienda Ospedaliera di Padova
 - DGR n. 1974 del 4/7/2003: Attuazione dell'atto di indirizzo e coordinamento degli interventi in materia di DCA: Azienda ULSS n. 6 – Vicenza (DGR 3540/1999)
 - DGR n. 2410 del 21/9/2001: Prima attuazione dell'atto di indirizzo e coordinamento degli interventi in materia di DCA: Azienda ULSS n. 10 – Veneto Orientale (DGR 3540/1999)
 - DGR n. 3540 del 19/10/1999: Atto di indirizzo e coordinamento per l'avvio sperimentale di un sistema di interventi in materia di "Disturbi del Comportamento Alimentare"
- *PA Trento*
- Delibera G.P. n. 2737 del 7/12/2007: "Adozione del progetto di piano provinciale per la salute dei cittadini della XIII legislatura (fonte: AGENAS 2009)
 - Delibera PAT 1975 di settembre 2013 – Salute mentale: Atto di indirizzo in materia di programmazione delle attività e dei servizi per la tutela della salute mentale in provincia di Trento. Una particolare sezione è dedicata agli specifici ed emergenti ambiti di intervento, quali l'infanzia e l'adolescenza, i disturbi del comportamento alimentare.

Piani operativi sui DCA

13 Regioni su 16 hanno elaborato piani operativi che includono, tra gli obiettivi, elementi organizzativi, aspetti preventivi e clinico-assistenziali sui DCA. In particolare, Basilicata, Calabria, Emilia Romagna, Liguria, Lombardia, Puglia, Sicilia, Toscana, Umbria, Veneto e PA Trento hanno avviato dei progetti specifici sui DCA nell'ambito dei Piani regionali di prevenzione 2010-2012. Alcune delle suddette Regioni, oltre ai già citati progetti, hanno sviluppato i seguenti piani operativi/progetti:

- *Basilicata*
PO specifico per i DCA, Centro di Chiaromonte, ASL PZ. definizione dei requisiti strutturali e organizzativi e dei percorsi diagnostico-terapeutico-riabilitativi per il Centro di riferimento regionale validati attraverso delibere aziendali.
- *Puglia*
Piano Regionale della Salute 2008-2010 (ancora vigente). Migliorare l'offerta dei servizi per i DCA attraverso la creazione di Centri ospedalieri e territoriali pubblici dedicati per la prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione dei DCA.
- *Umbria*
Piani operativi ASL1 e ASL2 specifici per i DCA. miglioramento accessibilità ai servizi e scelta del setting appropriato
- *Veneto*

Progetto Obiettivo Regionale per la tutela della Salute mentale - triennio 2010-2012: (LR n. 5/1996, DGR n. 105/CR del 14/7/2009) (DGR 651 del 9/3/2010).

- *Abruzzo*
Protocollo d'intesa per la realizzazione di un PDTA per l'obesità e i DCA recepito dall'Azienda USL di Pescara con deliberazione n. 289 del 20/3/2013.
 - *Friuli-Venezia Giulia*
"Linea progettuale 1.2.4.3. Salute Mentale" (allegato 1 alla DGR n. 1253 del 12/6/2013).
- Marche, Molise e Sardegna non hanno sviluppato piani operativi sui DCA.

Progetti di ricerca epidemiologica, di base e/o applicata alla gestione dei servizi

11 Regioni su 16 hanno elaborato progetti di ricerca epidemiologica sui DCA.

Basilicata, Emilia Romagna, Lombardia Toscana e Umbria partecipano con sei centri pilota al "Progetto di studio multicentrico sui fattori predittivi e caratteristiche psicopatologiche dei disturbi del comportamento alimentare in età adolescenziale e preadolescenziale" promosso dal Ministero della Salute e coordinato dalla Regione Lombardia. Altri progetti di ricerca sono riportati nella Tabella 2.

Tabella 2. Progetti di ricerca epidemiologica nelle regioni partecipanti all'indagine (2013)

Regione	Progetto di ricerca
Emilia-Romagna	Analisi organizzativa per il monitoraggio e la valutazione dei costi dei ricoveri per DCA nelle strutture pubbliche e private accreditate della Regione, 2009-2011. (in corso di pubblicazione nella collana Dossier ER)
Friuli-Venezia Giulia	Valutazione della dimensione epidemiologica, dell'utilizzo e dell'offerta dei servizi sui DCA in FVG, anni 2009-2011. I risultati sono pubblicati nel documento di consenso "La rete per il trattamento dei DCA in FVG"
Liguria	"I Quaderni dell'Agenzia: l'intervento sui DCA. Guida ai Servizi della Liguria". Promosso dall'Agenzia Sanitaria Regionale Liguria
Lombardia	Progetto triennale per lo Studio e la cura dei DA in età evolutiva che coinvolge 6 UONPIA della ASL città di Milano (AO Fatebenefratelli, AO S. Carlo, AO Sacco, IRCCS Ospedale Maggiore Policlinico, AO "Ca' Granda" Niguarda, AO San Paolo, e ICP Cinisello Balsamo e ICP Sesto San Giovanni). Ente capofila del progetto è l'AO San Paolo.
Marche	Progetto aziendale: "Prevenzione nelle fasce a rischio per i DCA" Area Vasta n. 4 di Fermo
Puglia	Indagine epidemiologica finalizzata alla valutazione della prevalenza e dell'incidenza di DCA e dei principali fattori di rischio (Progetto di prevenzione dei DCA, PRP 2010-12)
Toscana	Monitoraggio dell'attuazione della rete integrata di servizi per la prevenzione e cura dei DCA nell'area vasta centro di Empoli, Firenze, Pistoia, Prato (2005-7). Costruzione e messa in rete di una cartella clinica informatizzata per i DCA nella Regione Toscana (2010-11)
Veneto	Assistenza e trattamento dei DCA nel Veneto. Sottoprogetto della Ricerca Sanitaria Finalizzata. "Studio Multicentrico per la costituzione di una biobanca genetica per i disturbi del comportamento alimentare BIO.VE.D.A. (BIObanca VEneta per i Disturbi dell'Alimentazione)", agosto 2012. <i>DGR 1614 del 17 giugno 2008</i>
PA Trento	Individuazione dei casi di DCA in età evolutiva (<18 anni) all'interno del Piano provinciale di prevenzione 2010-2012, PA Trento.

Abruzzo, Calabria, Molise, Sardegna e Sicilia non hanno elaborato progetti di ricerca epidemiologica sui DCA.

Interventi di prevenzione sui DCA

13 Regioni su 16 hanno realizzato interventi di prevenzione sui DCA attraverso iniziative di formazione e informazione per MMG e PdF, scuole e cittadini. Abruzzo, Molise e Sardegna non hanno condotto nessun intervento preventivo.

Interventi di formazione ed eventi informativi sui DCA

14 Regioni su 16 hanno realizzato interventi di formazione sui DCA il cui target erano operatori dei Centri DCA, MMG e PdF.

Non hanno realizzato interventi di formazione né l'Abruzzo né il Molise.

13 Regioni su 16 hanno organizzato eventi informativi sui DCA. Friuli-Venezia Giulia, Molise e Sardegna non hanno condotto nessun intervento preventivo.

Bibliografia

Agnoletto AP, Asquini M, Casini M, Cremaschi S. *Documento di consenso. La rete per il trattamento per i disturbi del comportamento alimentare [Rete DCA FVG]*. Trieste: Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia; 2013. Disponibile all'indirizzo: http://www.regione.fvg.it/rafvfg/export/sites/default/RAFVG/salute-sociale/governo-sistema-sociale-sanitario/FOGLIA29/allegati/09082013_rete_per_il_trattamento_dei_disturbi_del_comportamento_alimentare.pdf; ultima consultazione 5/6/2014.

Guglielmi E, Bellentani M. *Le buone pratiche di cura e la prevenzione sociale. Disturbi del comportamento alimentare. Studio della normativa regionale*. Roma: AGENAS; 2009.

**Iniziative promosse dai Centri DCA aziendali
in linea con le raccomandazioni della Cc DCA**

RIABILITAZIONE PSICONUTRIZIONALE PROGRESSIVA

Pierandrea Salvo, Monica Baiano, Erika Baldissera

Centro di riferimento per la cura e la riabilitazione dei Disturbi del Comportamento Alimentare e del Peso, ULSS 10 Veneto Orientale, Portogruaro

Introduzione

I Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) sono disordini psichiatrici che producono disabilità e facile cronicizzazione. I DCA presentano un'alta prevalenza nelle donne (Preti *et al.*, 2009; Swanson *et al.*, 2011) e una frequente comorbilità con altri disturbi psichiatrici come l'abuso di sostanze, disturbi di personalità, dell'umore e disturbi d'ansia.

Inoltre, i DCA non sono esclusivamente caratterizzati da pensieri e comportamenti anomali riguardanti il cibo ma anche da *deficit* delle funzioni emozionali, cognitive e sociali che frequentemente conducono a cronicizzazione, ricadute, scarso esito dei trattamenti e ridotta qualità della vita (Hudson *et al.*, 2007; Jordan *et al.*, 2008; Swinbourne & Touyz, 2007). A causa della complessità di questi disturbi, numerose evidenze scientifiche raccomandano un approccio multidimensionale, che è il *gold-standard* per il trattamento di pazienti con DCA.

Il luogo ideale per il trattamento dei disturbi dell'alimentazione è il contesto ambulatoriale. Nonostante ciò, un certo numero di pazienti (circa il 30%) non risponde al trattamento ambulatoriale e ha bisogno di cure più intensive (Ministero della Salute, 2013). Per questo motivo il modello organizzativo che garantisce i migliori risultati in termini di appropriatezza ed efficacia degli interventi in favore degli utenti con DCA deve prevedere tipologie di strutture con livelli assistenziali crescenti. Tutte le strutture devono articolarsi tra di loro in una rete assistenziale organizzata su 5 livelli: Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Famiglia (PdF), servizi ambulatoriali specialistici, ospedalieri e non, diverse tipologie di servizi diurni, residenzialità terapeutico-riabilitativa, ricoveri ordinari e di urgenza (De Virgilio *et al.*, 2013).

Caratteristiche del modello

La riabilitazione psiconutrizionale progressiva nasce dalla considerazione che patologie complesse richiedono trattamenti articolati e in grado di rispondere ai pensieri disfunzionali tipici dei DCA, ai comportamenti maladattativi, ai bisogni nutrizionali e alle richieste delle famiglie.

In risposta alla necessità di trattamenti integrati, abbiamo sviluppato un modello di riabilitazione psiconutrizionale intensivo e multiprofessionale che unisce strategie di rialimentazione progressiva e individualizzata con interventi psicoterapeutici e psicosociali, il costante monitoraggio delle condizioni psicorganiche e, se necessario, la somministrazione di farmaci psicotropi. Questo modello è stato denominato RPP™.

Il modello RPP™ si propone di aggredire il nucleo psicopatologico nei DCA (es. ricerca di magrezza, comportamenti bulimici e insoddisfazione corporea) operando sugli aspetti motivazionali dei pazienti in ogni passo del programma, attraverso la ricerca di una potente alleanza terapeutica come indicato nella linea guida dell'allora *National Institute for Clinical*

Excellence (NICE) (National Collaborating Centre for Mental Health, 2004) che permetta l'adesione a un percorso nutrizionale personalizzato e progressivo attuato nell'ambito di un più vasto intervento sul *core* psicopatologico dei DCA. L'obiettivo ultimo della RPP™ è la ripresa della "alimentazione spontanea" basata sulla percezione della fame e della sazietà (adeguata solo in situazione di normopeso), fondata sulla capacità di mangiare in un modo che provveda alla copertura dei fabbisogni nutrizionali, rispettosa dei gusti personali, delle tradizioni, delle fedi religiose, delle abitudini sociali del luogo e che avvenga con modalità compatibile e adeguata al contesto in cui ci si trova.

Applicazione del modello RPP™

Negli anni 2008-2010 la RPP™ è stata utilizzata per 1100 utenti ambulatoriali e in ricovero riabilitativo (per la maggior parte affetti da anoressia e bulimia) le cui diagnosi sono riportate in Figura 1 e che sono stati trattati sia a livello ambulatoriale che nelle nostre strutture riabilitative residenziali o semiresidenziali.

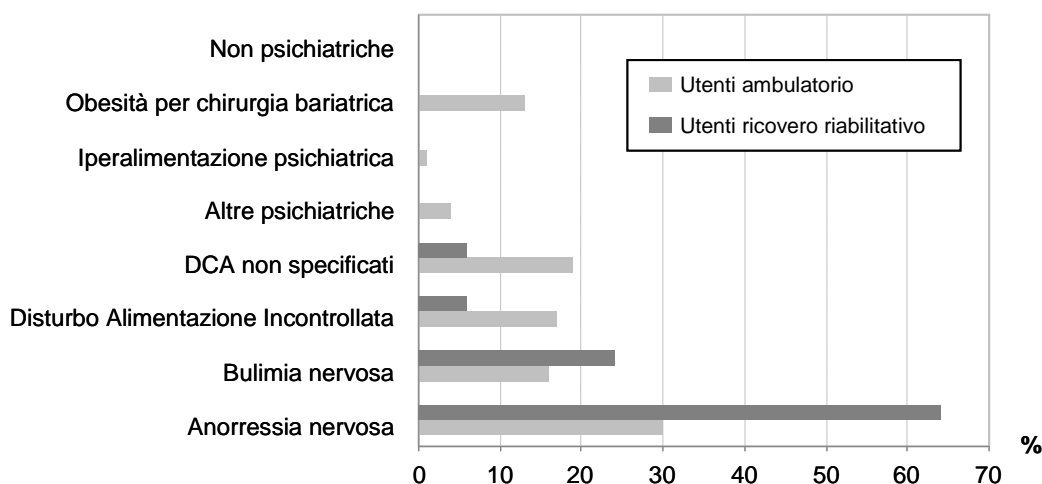


Figura 1. Distribuzione % degli utenti in RPP™ per diagnosi e livello di trattamento (anni 2008-2010)

La RPP™ richiede la presenza di un team specializzato e costantemente supervisionato, che includa psichiatri, psicologi, dietisti, infermieri e operatori sociali.

Qui intendiamo descrivere brevemente gli aspetti più rilevanti del modello RPP™ applicato nei trattamenti riabilitativi residenziali e semiresidenziali e illustrare i risultati terapeutici in pazienti ammessi al nostro programma RPP™ attuato presso il Centro per I Disturbi Alimentari e del Peso di Portogruaro, Venezia, Italia (DCAP).

Obiettivi terapeutici e contesti di cura

La RPP™ viene proposta a tutti i pazienti ambulatoriali che si sono rivolti al nostro servizio dopo una valutazione accurata dello stato clinico e della loro motivazione al cambiamento. A tutti gli utenti viene offerto un trattamento ambulatoriale multi professionale che prevede la riabilitazione nutrizionale progressiva e concordata, psicoterapia individuale, monitoraggio delle condizioni organiche, gestione della comorbidità psichiatrica. In accordo alle indicazioni

presenti in letteratura (National Collaborating Centre for Mental Health, 2004), ai familiari viene consigliato di utilizzare una rete di gruppi di auto aiuto presenti nel territorio.

In caso d'insuccesso del trattamento ambulatoriale, ai pazienti viene proposto il passaggio a un livello di trattamento più intensivo con ammissione all'unità principale di trattamento riabilitativo, chiamata "Casa delle Farfalle" dotata di 9 posti letto residenziali e 5 posti per programmi semi residenziali (dalle 7.30 alle 21.00, 7/7 giorni). Nel corso del trattamento i pazienti maggiorenni che mostrano un miglioramento significativo dal punto di vista nutrizionale (Indice di Massa Corporea, IMC > 16) e psicologico-comportamentale possono continuare la riabilitazione in un Gruppo Appartamento Protetto, dotato di 6 posti letto dove gestiscono i pasti e i problemi di vita quotidiana con maggiore autonomia, sotto la parziale supervisione di operatori sociali e psicologi.

Il programma riabilitativo RPP™ si prefigge il raggiungimento di specifici obiettivi:

1. ottenere un peso corporeo sano e una percezione normale della fame e della sazietà;
2. ridurre i comportamenti alimentari disfunzionali e i meccanismi compensatori;
3. correggere pensieri ed emozioni maladattativi;
4. riabilitare il benessere psico-sociale;
5. trattare le complicanze fisiche;
6. trattare la comorbidità psichiatrica;
7. creare un network collaborativo con la sanità locale e i servizi sociali in accordo con un modello di presa in carica e di continuità assistenziale.

Il programma viene articolato in una sequenza di fasi che si succedono in modi e tempi individualizzati per ciascun utente (Tabella 1).

Tabella 1. Sequenza del programma riabilitativo RPP™

Attività	Fase 1 Accoglienza	Fase 2 Autonomiz- zazione	Fase 3 Autonomiz- zazione avanzata	Fase 4 Passaggio in gruppo appartamento	Fase 5 Organizzazione della dimissione
Trattamento medico	Assesment + idratazione + farmacoterapia	Monitoraggio clinico, farmacoterapia			
Trattamento psichiatrico	Assessment + farmacoterapia	Monitoraggio clinico, psicofarmacoterapia			
Trattamento nutrizionale	Piano alimentare di accoglimento	Pasti assistiti	Preparazione guidata dei pasti	Pasti concordati ma autonomi	Pasti autonomi e monitorati
Approccio psicologico	Sostegno all'accesso e motivazione al trattamento	Psicoterapia di gruppo/ sostegno individuale	Psicoterapia di gruppo + Gruppi self help	Psicoterapia individuale + Gruppi self help	
Rapporti con l'esterno	Visite ricevute in struttura	Uscite con operatori	Uscite con operatori + familiari + permessi a casa	Permessi a casa + pasti esterni in autonomia	
Attività utenti	AOI	AOI + scuola a distanza	AOI + scuola a distanza + attività esterne	Attività personali	
Attività utenti + familiari	Gruppi psicoeducazionali genitori + utenti (settimanali)				Gruppi help genitori

AOI: Attività occupazionali interne

Valutazione psicopatologica dei pazienti e monitoraggio dell'outcome

Il nostro protocollo per la valutazione psicometrica include strumenti di valutazione specifici per i DCA, quali il *Body Attitude test* (BAT) (Halmi, 2009), l'*Eating Attitude Test-40* (EAT-40) (Bourion-Bedes *et al.*, 2013), l'*Eating Disorder Inventory-2* (EDI-2) (Probst *et al.*, 1995), il *Binge Eating Scale* (BES) (Garner, 2011), il *Bulimic Investigatory Test Edinburg* (BITE) (Garner e Garfinkel, 1979); per i sintomi psichiatrici generici, il *Symptom Checklist-90 revised* (SCL-90-R) (Gormally *et al.*, 1982). I test generalmente vengono somministrati ai pazienti in occasione del primo contatto con il nostro centro, qualche giorno dopo l'ammissione nelle strutture riabilitative (t0) e dopo la dimissione (t1).

Il monitoraggio dell'outcome del trattamento riabilitativo viene eseguito per tutti gli utenti alla dimissione e consiste nella verifica dell'andamento clinico, nutrizionale e psicopatologico.

Risultati

Caratteristiche cliniche e psicopatologiche dei pazienti

Dal 2007 al 2012, un numero totale di 243 pazienti (237 donne e 6 uomini) sono stati ammessi al programma RPP™ residenziale. Il nostro campione include 4 sottogruppi diagnostici di DCA: 165 casi di Anoressia Nervosa (AN), 55 casi di Bulimia Nervosa (BN), 20 casi di disturbo dell'alimentazione non altrimenti specificati (DANAS) e solo 3 casi di Disturbo da Alimentazione Incontrollata (DAI) (Tabella 2).

Tabella 2. Caratteristiche dei pazienti inseriti nel programma RPP™ per diagnosi DCA

Caratteristica	Diagnosi DCA			
	AN 165	BN 55	DCA NAS 20	DAI 3
Età di insorgenza	16,61±5,56	16,06±4,86	17,26±6,23	13,67±2,08
Età alla dimissione	23,36±8,51	25,74±7,86	21,84±6,73	20,00±3,46
Durata della malattia (anni)	6,83±6,83	9,97±7,60	4,58±5,01	6,33±1,53
Degenza (giorni)	118,33±74,42	74,19±49,63	81,10±43,02	57,33±3,06

L'età di esordio dei DCA è risultata essere decisamente precoce per tutte le patologie, e la durata media di malattia più lunga per la BN (9,97 anni) che per gli altri quadri clinici. La durata media del ricovero è risultata più lunga per la AN (118 giorni) che per le altre patologie.

I pazienti che hanno completato il trattamento sono stati 194 su 243; 37 si sono autodimessi e 9 sono stati dimessi per altri motivi. La maggior parte dei pazienti (57,7%) ha sperimentato un programma residenziale intensivo, i rimanenti hanno ricevuto, rispettivamente, un trattamento semiresidenziale e residenziale (23,2%) o solo semiresidenziale (19,1%). 144 pazienti su 243 (60%) presentavano un disturbo psichiatrico in comorbidità

La psicopatologia associata è stata diagnosticata sulla base dei criteri del DSM-IV-TR (*text revised*). La distribuzione delle diagnosi in comorbidità vede una marcata prevalenza dei disturbi di personalità, seguita dai disturbi depressivi e dall'abuso di sostanze (Figura 2).

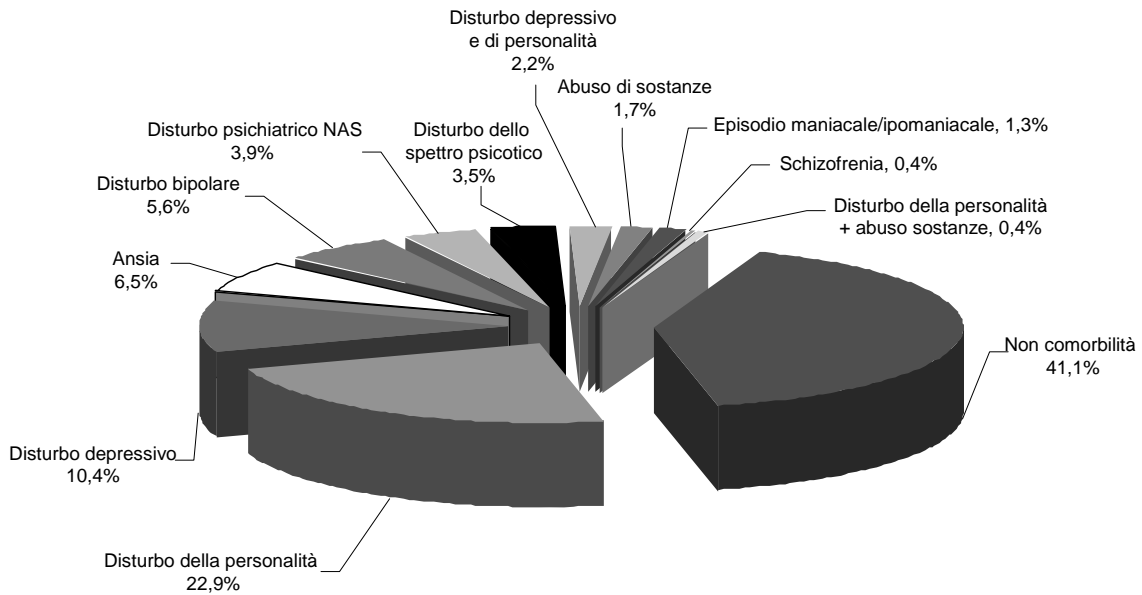


Figura 2. Distribuzione comorbidità psichiatrica utenti in trattamento riabilitativo residenziale o semiresidenziale

Valutazione dell'*outcome*

Per lo studio dell'*outcome* sono stati valutati aspetti fisici (IMC) e psicopatologici al momento del ricovero e della dimissione.

Per i pazienti AN è stato osservato un aumento statisticamente significativo del IMC medio che passa da 15,73 a 18,35 (Wilcoxon Signed Ranks test, $z=-10,65$; $p<0,001$). Con l'eccezione dei pazienti DAI (la cui numerosità non ha permesso un'analisi statistica significativa), tutti gli altri hanno mostrato riduzioni significative per i punteggi dell'EAT-40, BAT, BES, *BITE severity and BITE symptom* (Wilcoxon Signed Ranks test, $p<0,05$). Tutti i pazienti hanno mostrato un notevole miglioramento nei punteggi delle sottoscale dell'EDI-2 e nell'SCL-90-R (Wilcoxon Signed Ranks test, $p<0,05$).

Conclusioni

Di concerto con le precedenti ricerche (Henderson & Freeman, 1987; Derogatis, 1997; Brewerton & Costin, 2011a, 2011b; Presnell *et al.*, 2008;) e in accordo con i modelli di trattamento indicati nei documenti italiani di consenso (De Virgilio *et al.*, 2013), il nostro studio sembra dimostrare l'efficacia del trattamento residenziale e semiresidenziale condotto secondo il protocollo della RPP™. Tale trattamento va applicato solo a una ridotta percentuale di utenti che non rispondano a trattamenti ambulatoriali ben condotti e deve necessariamente preludere a una ripresa in carico ambulatoriale degli utenti ricoverati (Halmi, 2009).

Il trattamento intensivo, multidimensionale e multi professionale per i gravi disturbi del comportamento alimentare dimostra un impatto favorevole sul nucleo degli aspetti psicopatologici insiti nello spettro dei DCA e favorisce il generale miglioramento della psicopatologia correlata con il DCA in tutti i sottogruppi diagnostici. L'utilizzo di un approccio progressivo e concordato con l'utenza pare permettere una buona acquisizione dell'autonomia personale già nelle fasi precedenti alla dimissione.

Futuri studi dovrebbero pianificare un'analisi sull'efficacia a lungo termine del programma RPP™ attraverso l'organizzazione di sessioni di follow-up periodici.

Bibliografia

- Bourion-Bedes S, Baumann C, Kermarrec S, Ligier F, Feillet F, Bonnemains C, Guillemin F, Kabuth B. Prognostic value of early therapeutic alliance in weight recovery: a prospective cohort of 108 adolescents with anorexia nervosa. *J Adolesc Health* 2013;52(3):344-50.
- Brewerton TD, Costin C. Treatment results of anorexia nervosa and bulimia nervosa in a residential treatment programme. *Eat Disord* 2011a;19(2):117-31.
- Brewerton TD, Costin C. Long-term outcome of residential treatment for anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Eat Disord* 2011b;19(2):132-44.
- Derogatis LR. *SCL-90-R, administration, scoring & procedures manual for the revised version*. Baltimore: John Hopkins University School of Medicine; 1977.
- De Virgilio G, Coclite D, Napolitano A, Barbina D, Dalla Ragione L, Spera G, Di Fiandra T (Ed.). *Conferenza di consenso sui Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) negli adolescenti e nei giovani adulti*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2013 (Rapporti ISTISAN 13/6).
- Garner DM. *The Eating Disorder Inventory 2*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources; 1991.
- Garner DM, Garfinkel PE. The eating attitudes test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychol Med* 1979;9(2):273-9.
- Gormally J, Black S, Daston S, Rardin D. The assessment of binge eating severity among obese persons. *Addict Behav* 1982;7(1):47-55.
- Halmi KA. Salient components of a comprehensive service for eating disorders. *World Psychiatry* 2009;8(3):150-5.
- Henderson M, Freeman CP. A self rating scale for bulimia. The 'BITE'. *Br J Psychiatry* 1987;150:18-24.
- Hudson JI, Hiripi E, Pope HJ Jr, Kessler RC. The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry* 2007;61(3):348-58.
- Jordan J, Joyce PR, Carter FA, Horn J, McIntosh VVW, Luty SE, McKenzie JM, Frampton CM, Mulder RT, Bulik CM. Specific and nonspecific comorbidity in anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 2008;41(1):47-56.
- Ministero della Salute. *Appropriatezza clinica, strutturale e operativa nella prevenzione, diagnosi e terapia dei disturbi dell'alimentazione*. Quaderni del Ministero della Salute 2013, 17/22.
- National Collaborating Centre for Mental Health. *Eating disorders. Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders*. Leicester (UK): British Psychological Society; 2004. (National Clinical Practice Guideline Number CG9). Disponibile all'indirizzo: www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG9FullGuideline.pdf; Ultima consultazione 9/6/14.
- Presnell K, Pells J, Stout A, Musante G. Sex differences in the relation of weight loss self-efficacy, binge eating and depressive symptoms to weight loss success in a residential obesity treatment program. *Eat Behav* 2008;9(1):170-80.
- Preti A, De Girolamo G, Vilagut G, Alonso J, De Graaf R, Bruffaerts R, Demyttenaere K, Pinto-Meza A, Haro JM, Morosini P; ESEMeD-WMH Investigators. The epidemiology of eating disorders in six European countries: Results of the ESEMeD-WMH project. *J Psych Res* 2009;43(14):1125-32.

- Probst M, Vandereycken W, Van Coppenolle H, Vanderlinden J. The body attitude test for patients with an eating disorder: psychometric characteristics of a new questionnaire. *Eat Disord* 1995;3(4):133-44.
- Swanson SA, Crow SJ, Le Grange D, Swendsen J, Merikangas KR. Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents. *Arch Gen Psychiatry* 2011;68(7):714-23.
- Swinbourne JM, Touyz SW. The comorbidity of eating disorders and anxiety disorders: a review. *Eur Eat Disorders Rev* 2007;15(4):253-74.

DISTURBI ALIMENTARI IN ETÀ EVOLUTIVA: TRA STIGMA ED EMULAZIONE

Alessandro Albizzati, Fortunata Cantini

Servizio Disturbi Alimentari in Età Evolutiva. UONPIA Ospedale Universitario Ospedale San Paolo, Milano

I Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) sono patologie ad alto impatto sociale e basso rapporto beneficio/cura. L'esordio dei DCA è spesso collocato nel periodo adolescenziale o preadolescenziale. (Jaffa *et al.*, 2009). Se consideriamo la popolazione generale, gli indici di prevalenza e di incidenza segnalati dalla letteratura (Jaffa *et al.*, 2009; Treasure, 2008) considerano i disturbi alimentari patologie rare. Se invece consideriamo l'età evolutiva, la prevalenza e l'incidenza dei disturbi alimentari aumenta di circa 10 volte, e infatti la popolazione compresa tra i 12-16 anni viene considerata "a rischio" (Jaffa *et al.* 2009). In adolescenza l'impatto sociale dei disturbi alimentari oscilla tra due estremi: stigma ed emulazione (Riva, 2009); la scuola, insieme alla famiglia, sembrano essere i principali luoghi dove i molteplici fattori eziopatogenetici possono combinarsi e interagire tra di loro in modo decisamente complesso e talvolta fatale.

In questo senso la ragionevolezza dell'intervento multidisciplinare integrato, proposto dalle linee guida internazionali dell'*American Psychiatric Association* (APA, 2006) e quelle dell'allora *National Institute for Clinical Excellence* (NICE, 2004), non riguarda solo l'organizzazione dei servizi per il trattamento della patologia franca, ma anche l'intervento di diagnosi e prevenzione (De Virgilio *et al.*, 2013).

La realtà dei servizi che si occupano di DCA a livello locale e nazionale, dimostra non solo la sfiducia nelle indicazioni delle linee guida internazionali ma spesso anche una grave e contraddittoria disomogeneità nella presentazione di protocolli diagnostici, terapeutici e di prevenzione.

Il lavoro della Conferenza nazionale di consenso sui DCA del 2012 ha permesso la comunicazione, il confronto, la discussione e la critica della letteratura internazionale tra gli esperti dei centri di riferimento italiani, con l'obiettivo di stilare delle direzioni di bisogno condivise a livello nazionale sotto forma di raccomandazioni nell'area dell'epidemiologia, della prevenzione e dei modelli organizzativi.

Il centro per la cura e lo studio dei DCA in l'età evolutiva dell'AO San Paolo di Milano è, dal 2009, ente capofila di un progetto di rete con i vari servizi di Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (NPIA) per disturbi alimentari promosso dall'ASL di Milano, avente come obiettivi l'integrazione, la comunicazione e l'ottimizzazione delle risorse tra i vari servizi che si occupano di età evolutiva e di DCA.

Bibliografia

- American Psychiatric Association (APA). *Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders*. 3rd ed. Washington (DC): American Psychiatric Association (APA); 2006.
- De Virgilio G, Coclite D, Napoletano A, Barbina D, Dalla Ragione L, Spera G, Di Fiandra T (Ed.). *Conferenza di consenso sui Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) negli adolescenti e nei giovani adulti*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2013 (Rapporti ISTISAN 13/6).

- Jaffa T, Mcdermott B, Mansi GL (Ed.). *I disturbi alimentari nei bambini e negli adolescenti*. Milano: Cortina; 2009.
- NICE. *Eating disorders: anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders Understanding NICE guidance: a guide for people with eating disorders, their advocates and carers, and the public*. London: National Institute for Clinical Excellence; 2004. Disponibile all'indirizzo: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/cg009publicinfoenglish.pdf>; ultima consultazione 9/6/14.
- Riva E. *Adolescenza e anoressia. Corpo, genere, soggetto*. Milano: Cortina; 2009.
- Royal College of Physicians. *MARSIPAN: Management of Really Sick Patients with Anorexia Nervosa*. October 2010.
- Treasure J, Schmidt U, Furth E. van. *I disturbi dell'alimentazione. Diagnosi, clinica, trattamento*. Bologna: Mulino; 2008.

RETE DELL'AZIENDA USL1 DELL'UMBRIA PER I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

Laura Dalla Ragione

Centri Residenziali per i DCA e del peso di Todi e Città della Pieve, Azienda USL 1 Umbria, Perugia

La Regione Umbria è stata tra le prime a recepire le linee guida nazionali e le raccomandazioni della Conferenza nazionale di consenso (Cc) sui Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) del 2012 e a completare la rete dei servizi per i DCA con tutti i livelli di assistenza. La Figura 1 descrive la rete dei servizi dell'Umbria.

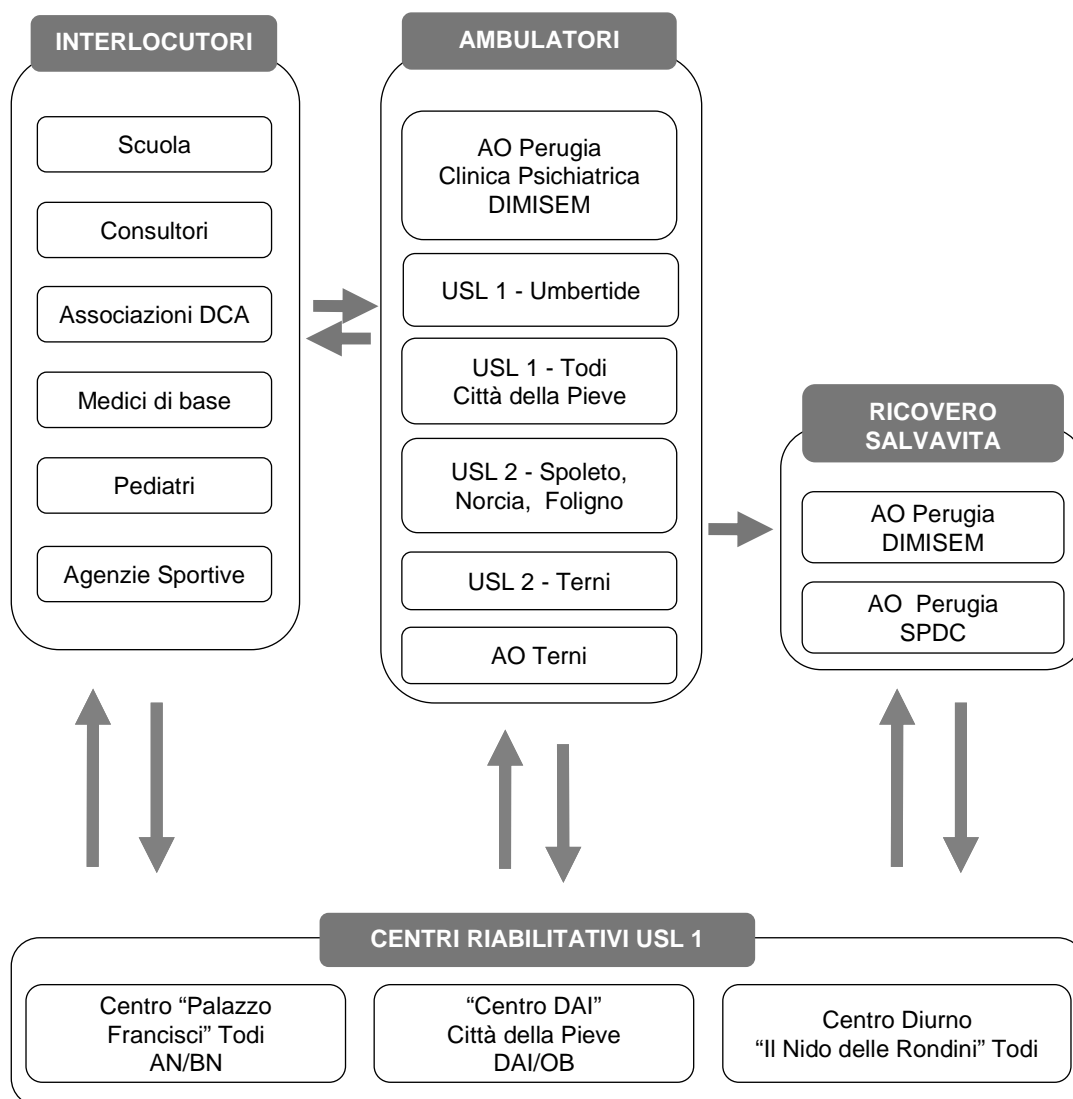


Figura 1. Rete dei servizi dell'Umbria

Nel 2001 sono state licenziate le linee guida regionali che davano precise indicazioni su diagnosi, terapia e prevenzione dei DCA; tali linee guida sono state revisionate e implementate in una nuova formulazione nel gennaio 2013 (DRG n. 5 del 16/1/2013) all'interno della quale sono state acquisite le raccomandazioni della Cc del 2012. L'USL 1 Umbria ha accolto le indicazioni delle linee guida nazionali e regionali con un suo specifico piano attuativo per i DCA, articolando una rete interdipartimentale per gli stessi, che comprende tutti i livelli di assistenza (ambulatori, centri diurni, centri residenziali e semiresidenziali). La costruzione dei Servizi dedicati ha seguito i parametri stabiliti dalla Regione Umbria con specifico atto regionale (delibera 1926 del 20/12/2010).

Le raccomandazioni della Cc sui DCA del 2012 sono state un punto di riferimento per il miglioramento dei modelli organizzativi, particolarmente nella costruzione di una rete accessibile ed equa per tutti i cittadini della USL 1 affetti da tali patologie. La riorganizzazione dei servizi ha coinciso il riordino regionale delle Aziende Sanitarie (1° gennaio 2013), che ha visto l'accorpamento delle Aziende Sanitarie regionali, rendendo quindi necessario l'adeguamento dell'offerta assistenziale a tale nuova realtà. Particolare attenzione è stata rivolta al miglioramento della continuità assistenziale nel passaggio tra un livello assistenziale e l'altro (Hart *et al.*, 2011).

Struttura della rete

Centro “Palazzo Francisci” di Todi

Il Centro, struttura interamente dedicata ai DCA, istituita nel 2003 come centro semiresidenziale (aperto dalle 8.00 alle 20.00), è stata implementata con delibera successiva del 2005 a 10 posti residenziali e 5 semiresidenziali. La realizzazione della struttura è stata resa possibile anche dalla collaborazione tra USL 1 Umbria e l'Ente Benefico Tuderte (ETAB) “La Consolazione”, con convenzione stipulata tra USL 1 Umbria ed ETAB del 5/5/2003, rinnovata il 17/11/2011. Il Centro si colloca nel panorama nazionale come una delle strutture più importanti nel settore del trattamento dei DCA. La struttura è deputata al trattamento di pazienti con DCA (anoressia, bulimia) dove sia insufficiente o inefficace il trattamento ambulatoriale (Gowers *et al.*, 2010). Vi sono accolti anche pazienti in età pediatrica (10-11 anni), avvalendosi di personale pediatrico dedicato.

Il servizio è parte del percorso interaziendale per il trattamento dei DCA (Azienda Ospedaliera e Università di Perugia, USL 1 Umbria), che comprende l'articolazione nei quattro livelli di intervento previsti dalle LG Ministeriali del 1998 e riprese dalle Linee Guida della Regione dell'Umbria sui DCA. La complessità dell'intervento, nei suoi vari livelli di assistenza, prevede un'attenta selezione dell'utenza e una stretta correlazione tra le varie fasi del trattamento all'interno del circuito, per poter mantenere una coerenza del sistema delle cure. La struttura è incardinata presso il Distretto Media Valle del Tevere.

Il programma riabilitativo del Centro ha caratteristiche di alta specializzazione e intensità assistenziale: l'organizzazione della giornata è estremamente strutturata, sia nella attenta gestione dei pasti, che in attività volte a fare riacquisire ai pazienti una gestione della alimentazione corretta. Il programma prevede diverse fasi assistenziali, sia dal punto di vista psicologico sia nutrizionale. È sempre coinvolta, a qualunque livello del trattamento, la famiglia del paziente in tutti i suoi componenti (Fisher *et al.*, 2010).

Centro DAI di Città della Pieve

Il Centro, struttura interamente dedicata al trattamento del Disturbo da Alimentazione Incontrollata (DAI) e dell'obesità, è stato istituito con regolare delibera aziendale 545 del 3/10/2008 nell'ambito della riconversione dell'ospedale di Città della Pieve, con l'attivazione della attività ambulatoriale (prenotabile regolarmente presso il Centro Unico di Prenotazione, CUP) e successivamente in data 10 marzo 2010 con l'attivazione della attività semiresidenziale e residenziale per 10 posti di degenza residenziale e 7 semiresidenziale (implementati successivamente con Determinazione Dirigenziale 3986 del 06/06/2011 Regione Umbria). Il programma terapeutico proposto ai vari livelli è di tipo multidisciplinare, prevede cioè la collaborazione di più figure professionali che seguono l'approccio cognitivo comportamentale, adottano le stesse tecniche di intervento e un linguaggio comune con i pazienti. Secondo tali indicazioni, i percorsi assistenziali per il trattamento dei Disturbi dell'alimentazione e del peso presso il Centro DAI di Città della Pieve si basano su un approccio globale alla persona, nell'idea che una terapia efficace di tale disturbo debba basarsi non solo su un programma di perdita di peso *tout-court*, ma nella modificazione di molteplici comportamenti e atteggiamenti verso il cibo.

Al trattamento ambulatoriale, residenziale e semiresidenziale sono ammessi tutti i soggetti affetti da obesità di II e III grado (Indice di Massa Corporea, IMC > 35 kg/m²) e pazienti con DAI; possono accedere al Centro pazienti dall'intero territorio nazionale, senza limiti di età. La valutazione iniziale per stabilire la presenza dei criteri d'inclusione viene svolta da un singolo specialista (psicologo, psichiatra).

Dopo la prima visita e il primo colloquio integrato (nutrizionista/endocrinologo/dietista, psicologo e psichiatra) viene condiviso un progetto terapeutico che restituisce al paziente la diagnosi, la proposta terapeutica e il livello di assistenza proposto.

Il Centro afferisce al Distretto Trasimeno e comprende un'équipe di 18 figure professionali: medici psichiatri ed endocrinologi, psicologi, operatori socio-sanitari, educatori professionali, dietisti, tecnici della riabilitazione psichiatrica, fisioterapisti, operatori occupazionali e tecniche espressive.

Centro Diurno “Nido delle rondini” Todi

Il 10 marzo 2012 è stato attivato dalla USL 1 Umbria un ulteriore segmento della assistenza dei DCA, il Centro Diurno “Il Nido delle rondini”, situato nell'ex Ospedale di Todi. Si tratta di una stazione intermedia tra il percorso ambulatoriale e quello residenziale e facilita il rientro a casa dopo il trattamento intensivo residenziale. È particolarmente dedicato a pazienti adolescenti con DCA, dove la componente del rapporto con la famiglia rimane decisivo per l'esito del trattamento (Swanson *et al.*, 2011).

Tale struttura extra-ospedaliera è atta a rappresentare il proseguimento terapeutico in ambiente protetto di una degenza ospedaliera acuta o quando il rapporto costi-benefici di altri trattamenti risulti insoddisfacente. La struttura diurna costituisce una valida alternativa alla permanenza prolungata in regime ospedaliero o residenziale, soprattutto per pazienti in età adolescenziale, quale la maggior parte dei pazienti trattati.

Molti studi dimostrano inoltre che, per i soggetti che non rispondono al trattamento ambulatoriale, un periodo di trattamento di tipo riabilitativo in strutture residenziali o semiresidenziali determina la più alta percentuale di successi terapeutici con costi contenuti rispetto alla gestione delle complicanze e dell'ospedalizzazione, conseguenti a trattamenti intempestivi e non adeguati secondo la linea guida dell'allora *National Institute for Clinical Excellence* (NICE) (National Collaborating Centre for Mental Health, 2004).

Il programma di riabilitazione psico-nutrizionale ha l'obiettivo generale di iniziare o continuare un percorso di cura finalizzato all'interruzione dei fattori di sviluppo e di mantenimento del disturbo alimentare e del peso. Una caratteristica importante di questo approccio è l'alta strutturazione del trattamento che permette una corretta valutazione degli esiti e la possibilità di orientare l'intervento terapeutico sui bisogni specifici del paziente e della sua famiglia.

Il programma semi-residenziale post-intensivo è indicato per i pazienti che presentano una lunga storia di malattia che, in seguito a un trattamento riabilitativo intensivo in una struttura residenziale, necessitano di un ulteriore periodo riabilitativo per il recupero di abilità sociali, lavorative e di studio. Tale programma risponde inoltre alla necessità terapeutica di separare la persona affetta dall'ambiente familiare e/o sociale nell'eventualità che questi ultimi concorrano a perpetuare il disturbo.

Si colloca quindi all'interno della rete di assistenza come fase successiva al trattamento residenziale per consentire un rientro più graduale nell'ambiente di vita del paziente, oppure come un progetto terapeutico finalizzato al recupero di abilità sociali e relazionali compromesse da una lunga storia di malattia.

L'accesso alla struttura semi-residenziale viene stabilito dall'*équipe* multidisciplinare della rete assistenziale della USL 1 Umbria, direttamente su richiesta del paziente o dei genitori dello stesso, da tutto il territorio italiano.

I pazienti candidati al trattamento semi-residenziale sono pazienti resistenti al trattamento ambulatoriale, pazienti dove il contesto familiare non rende possibile la terapia a casa, pazienti dove è necessario per la severità della patologia un trattamento più intensivo, pazienti con una lunga storia di malattia e pazienti che hanno già effettuato un trattamento residenziale. Sono ammessi pazienti di ambo i sessi con età minima di 11 anni. L'*équipe* multidisciplinare è composta da 14 operatori: medici, psicologi, dietisti, educatori, operatori socio-sanitari, assistenti sociali, infermieri, insegnanti. Il Servizio è aperto dal lunedì al venerdì dalle 8 alle 21 e il sabato dalle 8 alle 14.

Servizio integrato DCA Umbertide

A seguito dell'unificazione delle ex ASL 1 e 2 dell'Umbria, avvenuta a gennaio 2013, è stata messa in atto una riorganizzazione dei servizi dedicati ai DCA con l'attivazione di un servizio ambulatoriale integrato con attività diurne presso il Centro di salute di Umbertide (delibera istitutiva n.696 del 10/9/2013) in rete con il resto dei servizi DCA e incardinato all'interno del Distretto Alta valle del Tevere.

L'*équipe* multidisciplinare è composta da 8 operatori: neuropsichiatra infantile, infermiere coordinatore, tecnico della riabilitazione psichiatrica, psicologi, dietisti.

Trattamento ambulatoriale

È stata formalizzata l'offerta ambulatoriale in tutti i presidi ambulatoriali del Centro "Nido delle rondini", del Centro DAI e del Centro Umbertide con protocolli specifici dall'*assessment* del paziente al follow-up, con un trattamento integrato multi professionale e con un approccio trans-diagnostico (Fairburn *et al.*, 2009) secondo lo schema sottostante (Figura 2).

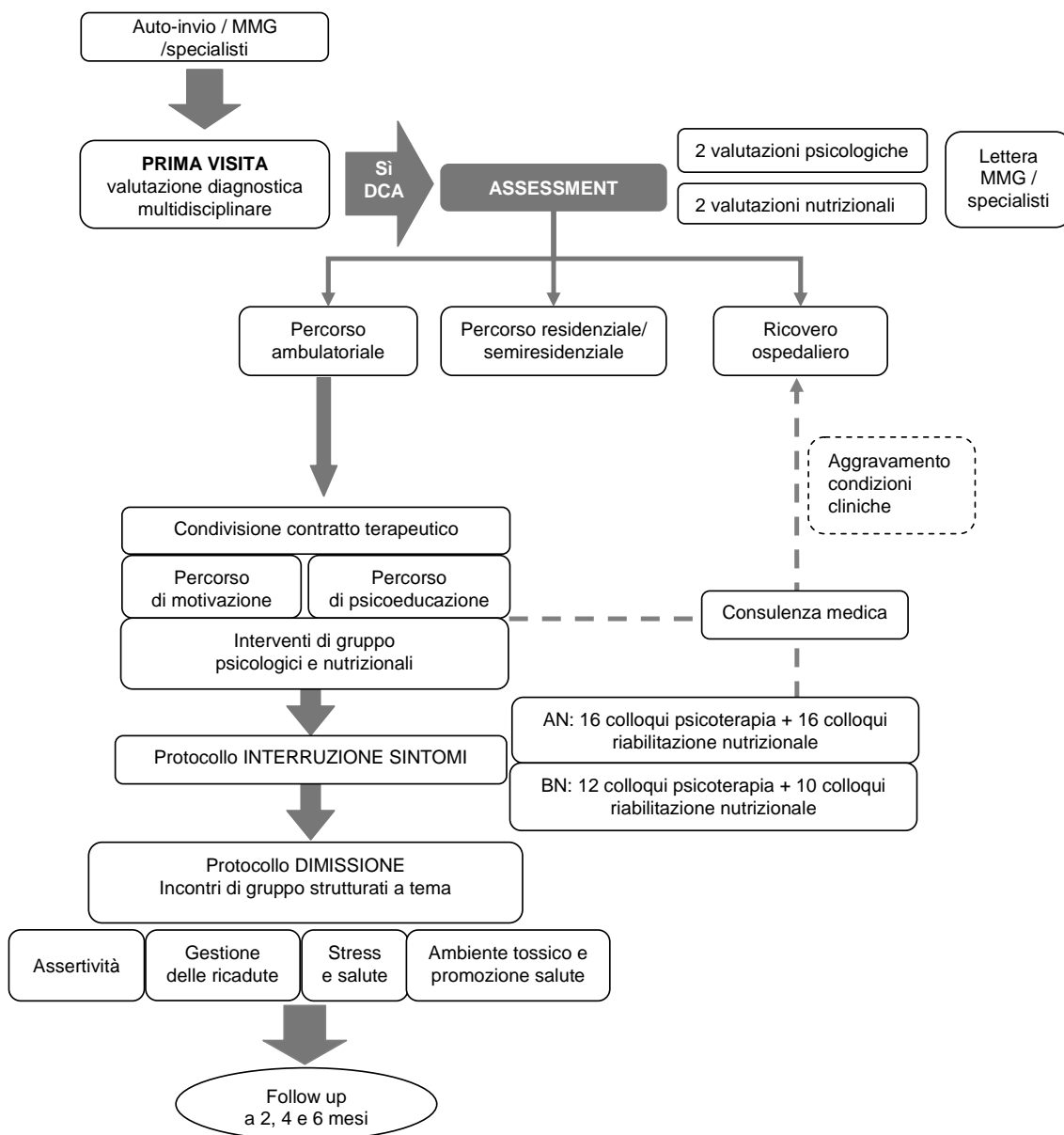


Figura 2. Schema del percorso ambulatoriale per i DCA

Rapporti e progetti con le istituzioni

I Centri DCA dell’Azienda USL 1 Umbria sono attualmente punti di riferimento nazionale nel campo dei disturbi alimentari e collaborano ormai da anni con le istituzioni, quali la Regione Umbria, l’Istituto Superiore di Sanità (ISS), il Ministero della Salute e il Ministero della Gioventù.

Il Centro “Palazzo Francisci” è stato coordinatore per la Regione dell’Umbria delle ricerche finalizzate regionali 2005-2007, il cui obiettivo era la valutazione degli esiti di salute nel

trattamento dei DCA. Dal 2008 al 2010 il centro “Palazzo Francisci” è stato capofila come Regione dell’Umbria della Ricerca Multicentrica nazionale “Le buone pratiche nella cura e nella prevenzione della disturbi del comportamento alimentare”. Dal 2010 al 2013 ha coordinato la ricerca multicentrica Ministero della Salute-Regione Lombardia “Progetto di studio multicentrico sui fattori predittivi e caratteristiche psicopatologiche dei disturbi del comportamento alimentare in età adolescenziale e preadolescenziale”.

Dal novembre 2011 il Centro “Palazzo Francisci” di Todi e Centro DAI di Città della Pieve gestiscono il numero verde nazionale SOS Disturbi Alimentari, finanziato dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri e dall’ISS. Il servizio è attivo 24 ore su 24 dal lunedì al venerdì.

Quattro operatori esperti, tramite postazioni telefoniche informatiche predisposte a Palazzo Francisci, offrono counselling, attività di ascolto e orientamento, informazioni sulla mappatura delle strutture sanitarie affidabili e certificate dislocate nelle diverse Regioni italiane (facendo riferimento alla mappatura del Ministero www.disturbialimentarionline.it), a tutti coloro che telefonano al numero verde 800.180.969.

L’obiettivo, oltre a quello dell’ascolto e del supporto, è quello di instaurare un percorso di consapevolezza della malattia e motivazionale per intraprendere un percorso terapeutico.

Inoltre, le informazioni raccolte sono archiviate in un database e successivamente condivise con l’ISS.

Dal 2012 i Centri DCA dell’Aziende USL 1 Umbria collaborano con il progetto “CHIEDILOQUI”, finanziato dal Dipartimento della Gioventù della Presidenza del Consiglio dei Ministri e realizzato dall’ISS in collaborazione con il Dipartimento di Comunicazione e Ricerca Sociale della Sapienza, Università di Roma.

Particolare attenzione è rivolta alla formazione degli operatori con diverse qualifiche professionali, che prevede dal 2009 un Master di specializzazione di I livello dal titolo “Le Buone pratiche nella cura e nella prevenzione dei DCA”, nell’ambito della collaborazione con l’università di Perugia.

Bibliografia

- Fairburn CG, Cooper Z, Doll HA, O’Connor ME, Bohn K, Hawker DM, Wales JA, Palmer RL. Transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for patients with eating disorders: a two-site trial with 60-week follow-up. *Am J Psychiatry* 2009;166(3):311-9.
- Fisher CA, Hetrick SE, Rushford N. Family therapy for anorexia nervosa. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;14(4):CD004780.
- Gowers SG, Clark AF, Roberts C, Byford S, Barrett B, Griffiths A, Edwards V, Bryan C, Smethurst N, Rowlands L, Roots P. A randomized controlled multicentre trial of treatments for adolescent anorexia nervosa including assessment of cost-effectiveness and patient acceptability - the TOUCAN trial. *Health Technol Assess* 2010;14(15):1-98.
- Hart LM, Granillo MT, Jorm AF, Paxton SJ. Unmet need for treatment in the eating disorders: a systematic review of eating disorder specific treatment seeking among community cases. *Clin Psychol Rev* 2011;31(5):727-35.
- National Collaborating Centre for Mental Health. *Eating disorders. Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders*. Leicester (UK): British Psychological Society; 2004. (National Clinical Practice Guideline Number CG9). Disponibile all’indirizzo: www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG9FullGuideline.pdf; ultima consultazione 9/6/14.
- Swanson SA, Crow SJ, Le Grange D, Swendsen J, Merikangas KR. Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents. Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *Arch Gen Psychiatry* 2011;68(7):714-23.

TRATTAMENTO AMBULATORIALE MULTIPROFESSIONALE E INTEGRATO NELLA VALUTAZIONE E GESTIONE DEL PAZIENTE CON DISTURBO DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

Armando Cotugno

Unità Operativa Semplice Dipartimentale Disturbi del Comportamento Alimentare, ASL RM/E, Roma

Il trattamento ambulatoriale costituisce il livello “centrale” nella cura dei DCA (Disturbi del Comportamento Alimentare) (APA, 2000). L’ambulatorio rappresenta lo snodo principale nell’accoglienza, nella diagnosi e nella definizione dei programmi terapeutici (National Collaborating Centre for Mental Health, 2004; APA, 2006). I DCA costituiscono dei disturbi gravi caratterizzati da un duplice livello di complessità, sia sul piano psichiatrico che su quello biologico:

- a livello psicopatologico si assiste a una frequente comorbidità con altri disturbi psichiatrici come i disturbi d’ansia, la depressione, il Disturbo Ossessivo-Compulsivo (DOC), fino ad arrivare ai disturbi dello spettro impulsivo per la Bulimia Nervosa (BN) e per il Disturbo da Alimentazione Incontrollata (DAI), e ai disturbi dello spettro autistico per Anoressia Nervosa (AN);
- le immaneabili complicanze organiche (alterazione dei sistemi cardio-circolatorio, osseo, gastroenterico, endocrinologico, ginecologico e neurologico), rendono fondamentale, sin dal livello ambulatoriale, un approccio multiprofessionale integrato. Infine, la qualità spesso egosintonica del disturbo (soprattutto nel caso dell’AN), rende spesso difficile l’instaurarsi di una valida alleanza terapeutica, costringendo i clinici coinvolti nella cura a una continua ridefinizione e negoziazione degli obiettivi terapeutici.

Trattamento ambulatoriale multidisciplinare

Le linee guida del *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) (National Collaborating Centre for Mental Health, 2004) e dell’*American Psychiatric Association* (APA, 2006) indicano nella collaborazione di diverse figure professionali (psicologo, dietista, nutrizionista, psichiatra, internista, fisioterapista), la modalità elettiva per il trattamento dei DCA. Tale approccio consente di articolare il trattamento secondo due assi principali: a) l’asse del continuum nosografico, caratterizzato dall’interconnessione dei diversi quadri diagnostici, in cui si riconoscono diversi approcci terapeutici a seconda dello specifico quadro sintomatologico; b) l’asse dell’intensità della cura, lungo il quale l’intervento terapeutico si articola attraverso livelli d’intensità di trattamento a seconda della gravità del quadro sintomatologico, sia organico che psicologico. Il trattamento ambulatoriale si articola attraverso l’integrazione di approcci riabilitativi, psicoeducazionali e psicoterapici, all’interno di setting gruppal, familiari e individuali. L’integrazione dei diversi livelli di cura fornisce al paziente e ai suoi familiari una “cornice relazionale cooperativa”, attraverso cui articolare l’intervento terapeutico finalizzato alla regolazione delle dinamiche intra e inter-personali (Liotti & Farina, 2005; Cotugno, 2012; Cotugno & Sapuppo, 2012). I DCA, inoltre, rappresentano una categoria

nosografica a eziologia multifattoriale dove aspetti temperamentali, genetici, epigenetici e di storia di sviluppo psicologico giocano ruoli importanti ed embricati tra loro. Il trattamento, pertanto, non è indirizzato a rimuovere la causa eziologica, bensì a ridurre la pervasività dei meccanismi psicopatologici di mantenimento del disturbo (Schmidt & Treasure, 2006). Schematicamente, questi possono essere riassunti in cinque aree distinte:

1. effetti della malnutrizione sul funzionamento del Sistema Nervoso Centrale (SNC) e sui vari distretti organici;
2. disturbi dell'immagine corporea;
3. stile cognitivo;
4. stile emotivo;
5. dinamiche familiari e interpersonali.

In quest'ottica le linee d'intervento, che si muoveranno in parallelo tra loro, saranno orientate a:

1. recupero del peso corporeo fisiologico, attraverso l'apprendimento di comportamenti alimentari funzionali e l'adozione di un regime dietetico adeguato alle diverse situazioni sociali;
2. definizione di un piano terapeutico realistico, con un'adeguata combinazione tra terapie psicologiche, mediche e farmacologiche;
3. aumento della consapevolezza dei familiari del paziente
4. prevenzione delle ricadute attraverso un trattamento continuo.

L'approccio multiprofessionale integrato ai DCA richiede una trasformazione del "sapere" e del "saper fare" in un "saper fare *insieme*". Per tale motivo il gruppo multiprofessionale integrato risulta composto da diversi specialisti che lavorano sin dall'inizio all'interno di un progetto condiviso, con obiettivi comuni e strategie di intervento verificate da riunioni d'*équipe* settimanali e, quando possibile, da *briefing* quotidiani. I protocolli d'intervento dovranno essere sottoposti a continua verifica e monitoraggio, in collegamento con le analoghe esperienze già presenti. Il personale, inoltre, dovrà essere inserito in un percorso di formazione continua, caratterizzato da gruppi di lavoro interni e supervisioni esterne. In particolare, nell'*équipe* è di particolare importanza la divisione dei ruoli e delle competenze, in modo da rendere il più possibile armonico il processo di collaborazione.

In particolare:

- lo psichiatra sarà incaricato del processo diagnostico, del trattamento delle eventuali comorbilità psichiatriche, del trattamento psicofarmacologico, del trattamento psicoterapeutico individuale o di gruppo e dello studio delle dinamiche del team multidisciplinare;
- il medico nutrizionista/internista sarà incaricato della diagnosi e del trattamento delle complicanze mediche, nonché della pianificazione delle cure medico-nutrizionistiche;
- lo psicologo curerà l'*assessment* psicopatologico, la ricerca (valutazione di esito e di efficacia del trattamento), il trattamento individuale e/o di gruppo e familiare e lo studio delle dinamiche del team multidisciplinare;
- il dietista avrà il compito di determinare, pianificare e controllare i pasti, seguire la psico-educazione alimentare (individuale e/o di gruppo), stabilire obiettivi ponderali e seguire il paziente nei pasti assistiti;
- gli educatori professionali e infermieri specializzati avranno il compito di seguire e coordinare i programmi psico-educazionali dedicati alle famiglie e ai pazienti, gestire gli interventi di rete e di collegamento, nonché gli interventi di gruppo.

Attività dell'Unità Operativa Semplice Dipartimentale “Disturbi del Comportamento Alimentare”, ASL RM/E

Alla luce di quanto premesso, si passerà ora a illustrare l'organizzazione e le linee di attività della Unità Operativa Semplice Dipartimentale “Disturbi del Comportamento Alimentare”, (UOSD DCA) della ASL RM/E di Roma, che opera dal novembre del 2008.

L'offerta terapeutica si articola in visite psichiatriche, visite medico-internistiche, psicoterapia individuale, psicoterapia familiare, psicoterapia di gruppo e interventi psicoeducativi rivolti ai pazienti e ai familiari, controlli dietistici. L'offerta della UOSD DCA è stata formalizzata in una procedura per un percorso clinico multiprofessionale integrato. Tale procedura si avvale della collaborazione delle UOC di Medicina Interna, Dietologia e Diabetologia, Gastroenterologia, Cardiologia, Radiologia Rete Territoriale e della UOSD di Endocrinologia.

Fin dal primo momento dell'accoglienza il paziente è inserito in una valutazione multiprofessionale (psichiatrica, psicologico-motivazionale, familiare – nel caso di minori e giovani adulti – internistica e dietistica), a cui si associa una valutazione psicodiagnostica attraverso una batteria testologica (*Symptom Checklist-90 revised*, SCL-90-R; *Eating Disorder Inventory-3*, EDI-3; *Body Uneasiness Test*, BUT; *Eating Disorder Examination-Questionnaire*, EDE-Q; *Dissociation Questionnaire*, DIS-Q, test di Millon; *Quality of life* della *World Health Organization*, QoL-WHO; *Motivation Questionnaire*).

Tale valutazione viene fatta in un'unica mattinata (ciascuna valutazione coinvolge il paziente e i familiari per circa 2,30-3 ore). Normalmente dopo 7 giorni, il progetto terapeutico, formulato sulla base della valutazione, viene discusso con il paziente e, nel caso di minori, con i familiari, e viene firmato sia dai curanti che dal paziente e dai familiari. Riteniamo che tale procedura, che garantisce una risposta e una presa in carico in tempi brevi, costituisca un momento centrale del reciproco impegno alle cure e sia la base per il sostegno alla motivazione alle cure. La qualità egosintonica del disturbo, in particolare per l'AN e, solo in parte, per la BN, è responsabile della scarsa motivazione alle cure e dell'alta frequenza di *drop-out*: a nostro avviso una lunga valutazione, senza che vada di pari passo con la presentazione di un programma terapeutico, verificabile e sufficientemente flessibile, va ad aumentare il rischio di *drop-out* (Van der Eynde & Schmidt 2008; Cotugno & Sapuppo, 2012).

Mahon (2000), in una review sul *drop-out* dei pazienti con DCA, ha rilevato un tasso di abbandono del trattamento variabile dal 15% al 65%. A distanza di dieci anni, una recente review (Fassino *et al.*, 2009) sembra confermare questi dati, riportando un tasso di abbandono variabile tra il 20 % e il 51% per i pazienti ospedalizzati, e tra il 29% e il 73% per quelli ambulatoriali. Lo studio dell'influenza di alcune variabili cliniche sul rischio di *drop-out* (comorbidità inter e intra-assiale, durata e gravità della patologia ecc.) non ha ancora permesso di individuare specifici rapporti di causalità (Geller, 2011).

La ricerca in psicoterapia ha da tempo evidenziato come nel trattamento dei DCA la qualità della relazione tra terapeuta e paziente e la chiarezza del contratto terapeutico siano tra i predittori maggiormente esplicativi dell'esito terapeutico (Horvath & Symonds, 1991; Treasure & Schmidt, 1999).

L'approccio ambulatoriale multiprofessionale consente di affrontare gli aspetti psicologici e biologici all'interno di rapporti e *setting* terapeutici diversi, tra loro strutturalmente e concettualmente connessi: a mio avviso è possibile ipotizzare che il confronto di paziente e familiari con diverse figure professionali, inserite in un unico progetto terapeutico concordato e condiviso, contribuisce allo sviluppo di un senso di padronanza e consapevolezza personale, che rinforza la natura collaborativa dell'alleanza terapeutica e, con questo, il miglioramento

prognostico (Cotugno & Sapuppo, 2012; Liotti & Cotugno, 2003; Liotti & Farina, 2005; Wisniewski *et al.*, 2009).

La flessibilità del progetto terapeutico è possibile attraverso la definizione di protocolli terapeutici diversi, che consentono di declinare il trattamento a seconda dell'età, del quadro nosografico e della gravità di malattia. Oltre al trattamento psicoterapico individuale, la UOSD DCA ASL RM/E garantisce un percorso motivazionale di gruppo, con taglio prettamente psicoeducativo, dedicato ai minori: tale intervento è spesso propedeutico al trattamento individuale e va di pari passo al trattamento familiare e dietistico-nutrizionale. Grande enfasi viene data al coinvolgimento dei familiari che passa attraverso la terapia familiare, informata ai principi della *Family Based Treatment* (FBT) (LaGrange & Lock, 2010; Eisler *et al.*, 2010), ma si articola anche attraverso interventi psicoeducativi di gruppo dedicati ai genitori (12 incontri), in cui le diverse figure professionali (internista, dietista, psicologo) intervengono all'interno di un percorso gestito da un educatore professionale e un infermiere professionale.

Diversi sono gli interventi psicoterapici di gruppo, dedicati a pazienti con DAI, BN e BN in comorbidità con disturbi di personalità (Safer *et al.*, 2009). Il Percorso Ambulatoriale Intensivo offerto dalla UOSD DCA della ASL RM/E può essere schematicamente rappresentato dalla Figura 1.

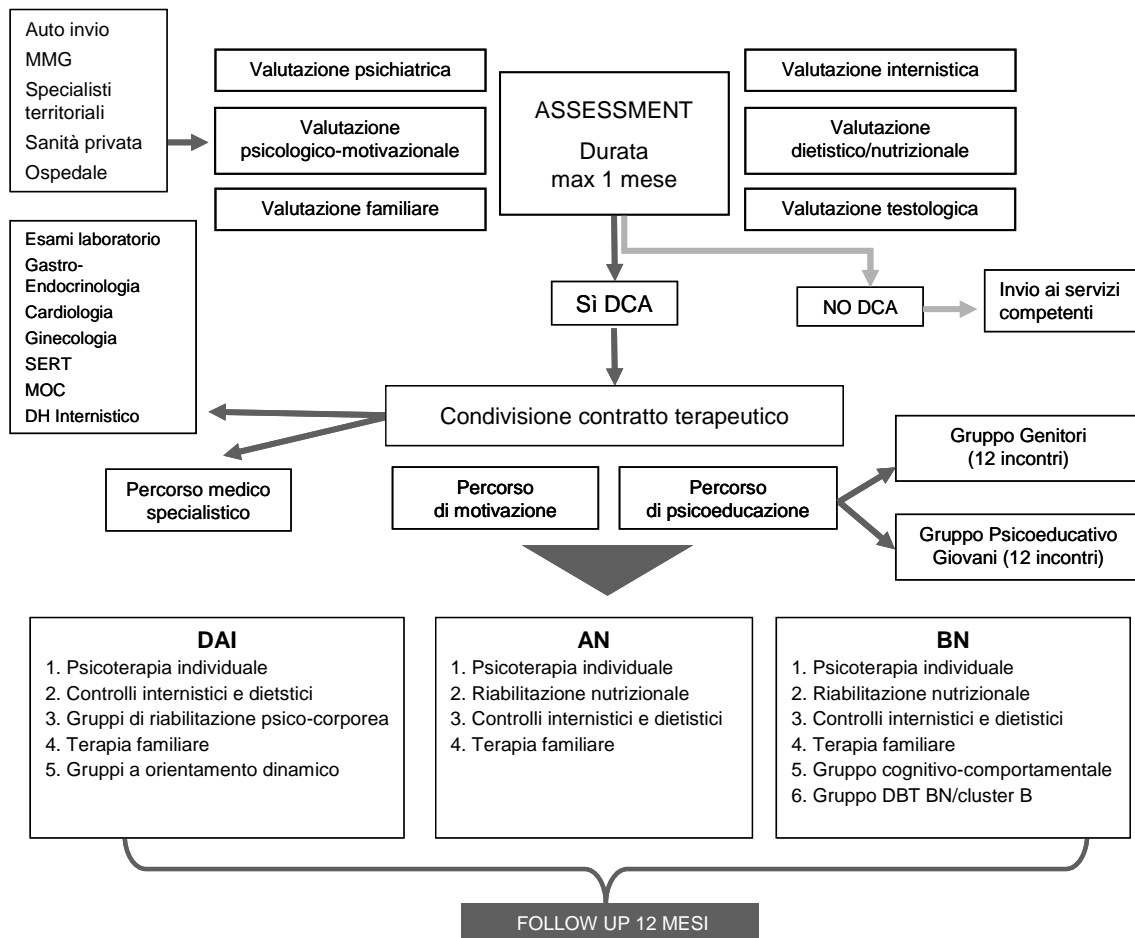


Figura 1. Schema del Percorso Ambulatoriale Intensivo

Risultati di esito e criticità organizzative per la costituzione di una rete regionale

I risultati dei primi quattro anni di attività (dicembre 2008-dicembre 2012) possono essere brevemente riassunti come di seguito. I soggetti valutati sono stati 695 (maschi: 9%; femmine: 91%): 514 (74%) rispondevano ai criteri diagnostici per un DCA; la distribuzione dei quadri diagnostici è stata la seguente: AN: 22%; BN: 19%; DAI: 16%; DANAS: 18%; Obesità 9%. Dei 514 pazienti presi in carico a dicembre 2012, 226 (44%) erano ancora in trattamento, 92 (18%) avevano concluso il trattamento con buon esito e 198 (38%) avevano interrotto le cure in modo non concordato. Nell'arco di questi 4 anni sono stati effettuati 99 ricoveri per un totale di 57 pazienti. La distribuzione dei ricoveri è stata la seguente: 17 (17%) in reparti di medicina; 6 (6%) in reparto psichiatrico (Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura, SPDC); 37 (37%) in Cliniche Psichiatriche Convenzionate con programmi riabilitativi per DCA e, infine, 39 (40%) in Residenze Riabilitative per DCA.

A fronte di un'attività ambulatoriale articolata e intensiva, che prevede anche interventi di informazione e prevenzione nelle scuole, la UOSD DCA ASL RM/E paga la scarsità di strutture di ricovero residenziali e semi residenziali nella Regione Lazio, che costringe al ricovero riabilitativo extraregionale, con una spesa che, per i soli pazienti in carico alla ASL RM/E, nel periodo 2009-2012 ha raggiunto la cifra di € 1.903.790.

Un altro elemento di criticità che è emerso in questi anni di attività è l'assenza sul territorio romano e laziale di reparti di medicina che abbiano sezioni specializzate nel trattamento delle complicanze organiche dei DCA: spesso i ricoveri in medicina di giovani pazienti con stato di grave malnutrizione, avviene in reparti di Medicina Generale, che per caratteristiche organizzativo-strutturali e per formazione del personale sanitario, non riescono a gestire adeguatamente gli aspetti psicologici e personologici che sottendono i disturbi organici per cui le pazienti vengono ricoverate.

Infine, pur nell'eccezionalità dei casi, un problema spinoso che rimane aperto è quello del trattamento "coercitivo", ovvero il Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO), nei casi di rifiuto delle cure, dove il rifiuto è dettato sia dal disturbo psicopatologico di base che dagli effetti neuropsicologici della malnutrizione, dovuti a danni cerebrali per lo più transitori, e che riducono grandemente le capacità di giudizio delle pazienti. Anche in questo caso le caratteristiche organizzative degli attuali SPDC e le caratteristiche cliniche dei pazienti in essi ricoverati non consentono una facile co-presenza di pazienti in grave stato di malnutrizione, il cui trattamento spesso si configura nell'associazione della terapia psicofarmacologica con un'alimentazione artificiale salva-vita (enterale o parenterale).

Scarse ma importanti esperienze nazionali evidenziano come la presenza a livello regionale di uno o due centri specializzati anche nel trattamento "coercitivo" di pazienti DCA in grave stato di malnutrizione, possa consentire, in situazioni così drammatiche, la ripresa di un percorso terapeutico condiviso e più adeguato ¹.

Bibliografia

APA (American Psychiatric Association). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder*. 4th edition. Washington (DC): APA; 2000.

APA (American Psychiatric Association). *Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders*. 3th edition. Washington (DC): APA; 2006.

¹ Vedi il contributo di Pierandrea Salvo, pubblicato in questo stesso Rapporto ISTISAN.

- Cotugno A. Il trattamento multiprofessionale dei Disturbi del Comportamento Alimentare in adolescenza. In: Manaresi F (Ed.). *L'intervento clinico in età evolutiva. Aggiornamenti teorici e modelli terapeutici*. Roma: Carocci Editore; 2012.
- Cotugno A, Sapuppo W. Rotture e riparazioni dell'alleanza terapeutica e cicli cognitivi interpersonali nei disturbi del comportamento alimentare: aspetti clinici e impasse nel trattamento. *Cognitivismo Clinico* 2012;12(1):43-57.
- Eisler I, Lock J, La Grange D. Family-based treatments for adolescents with anorexia nervosa: single-family and multifamily approaches. In: Grilo CM, Mitchell JE (Ed.). *The treatment of eating disorders. A clinical handbook*. New York: The Guilford Press; 2010. p. 150-74.
- Fairburn CG. Eating disorders: the transdiagnostic view and the cognitive behavioral theory. In: Fairburn CG (Ed.). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. New York: The Guilford Press; 2008. p. 7-22.
- Fassino S, Piero A, Tomba E, Abbate-Daga G. Factors associated with the dropout from treatment for eating disorders: A comprehensive literature review. *BMC Psychiatry* 2009;9:67-75.
- Geller J, Dunn EC. Integrating motivational interviewing and cognitive behavioral therapy in the treatment of eating disorders: tailoring interventions to patient readiness for change. *Cognitive and Behavioral Practice* 2011;18(1):5-15.
- Heatherton TF, Baumeister RF. Binge-eating as an escape from awareness. *Psychological Bulletin* 1991;110(1):86-108.
- Horvath AO, Symonds BD. Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: a meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology* 1991;38(2):139-149.
- Le Grange D, Lock J. Family-based treatment for adolescents with bulimia nervosa. In: Grilo CM, Mitchell JE (Ed.). *The treatment of eating disorders. A clinical handbook*. New York: The Guilford Press; 2010. p. 372-87.
- Liotti G, Cotugno A. Due terapeuti per lo stesso paziente. Un modo per affrontare i disturbi psicopatologici gravi connessi alla disorganizzazione dell'attaccamento. *Psichiatria e Territorio* 2003;10(1):20-33.
- Liotti G, Farina B. *Due terapeuti per un paziente. Dalla teoria dell'attaccamento alle psicoterapie a setting multipli*. Roma-Bari: Laterza; 2005.
- Mahon J. Dropping out from psychological treatment for eating disorders: what are the issues? *Eur Eat Disord Rev* 2000;8(3):198-216.
- National Collaborating Centre for Mental Health. *Eating disorders. Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders*. Leicester (UK): British Psychological Society; 2004. (National Clinical Practice Guideline Number CG9). Disponibile all'indirizzo: www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG9FullGuideline.pdf; Ultima consultazione 9/6/14.
- Safer DL, Telch CF, Chen EY. *Dialectical behaviour therapy for binge eating and bulimia*. New York: The Guilford Press; 2009. Trad. it.: *Binge eating e bulimia. Trattamento dialettico-comportamentale*. Milano: Raffaello Cortina Editore; 2011.
- Schmidt U, Treasure J. Anorexia nervosa: valued and visible. A cognitive-interpersonal maintenance model and its implications for research and practice. *British Journal of Clinical Psychology* 2006;45(3):343-366.
- Treasure J, Schmidt U. Beyond effectiveness and efficiency lies quality in services for eating disorders. *European Eating Disorders Review* 1999;7(3):162-78.
- Van den Eynde F, Schmidt U. Treatment of bulimia nervosa and binge eating disorder. *Psychiatry* 2008;7(4):161-6.

Wisniewski L, Bhatnagar K, Warren M. Using Dialectical Behavioral Therapy for the Treatment of Eating Disorders: A Model for DBT Enhanced CBT. In: Dancyger IF, Fornari VM (Ed.). *Evidence based treatment for eating disorders. Children, adolescents and adults*. New York: Nova Science Pub. Inc.; 2009.

CENTRO PER LA CURA E LA RICERCA SUI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE DELLA ASL DI LECCE: MODELLO ORGANIZZATIVO E AZIONI (2012-2013)

Caterina Renna

Centro per la Cura e la Ricerca Disturbi del Comportamento Alimentare, Dipartimento di Salute Mentale, ASL Lecce

I Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA), anoressia nervosa, bulimia nervosa, *binge eating disorders* e gli altri disturbi non altrimenti specificati, sono caratterizzati da preoccupazione estrema circa il peso e la propria immagine corporea, intensa paura di diventare grassi, ricerca della magrezza e bassa autostima e comportano, a seconda del tipo di disturbo, diete restrittive, episodi di abbuffate seguiti o meno da comportamenti di compenso, attività fisica eccessiva e non salutare (Renna, 2012). Secondo l'ottica bio-psico-sociale, universalmente accettata, l'eziopatogenesi dei DCA è multi-determinata. Intervengono nel loro svilupparsi più fattori, individuali biologici e psicologici, fattori familiari e fattori socio-culturali. I disturbi sono poi precipitati, a partire da una vulnerabilità e predisposizione dei soggetti, da un evento stressante o da una fase del ciclo vitale e quindi perpetuati da molti degli originari fattori causali, tanto quanto dalle conseguenze della malattia.

I DCA si stanno diffondendo con notevole rapidità e riguardano fasce sempre più ampie di popolazione determinando un impatto economico consistente sul Servizio Sanitario Nazionale. Affliggono all'incirca 3.000.000 di persone in Italia e rappresentano la seconda causa di morte tra gli adolescenti di sesso femminile dopo gli incidenti stradali. Si è abbassata l'età di esordio della patologia e sono aumentati i casi di cronicità con un peggioramento della prognosi e la necessità di un trattamento differenziato e complesso (Renna, 2012).

L'evoluzione dei DCA è estremamente variabile. Non basta la normalizzazione del peso, del comportamento alimentare, l'assenza di abbuffate o di comportamenti di compenso perché si possa parlare di guarigione. È necessario tenere conto di altri aspetti non meno importanti, quali la struttura di personalità, le relazioni familiari ed extra-familiari, la vita affettiva, la sessualità oltre che l'inserimento sociale e lavorativo (De Giacomo *et al.*, 2005). La guarigione è possibile in circa il 50% dei casi. L'altro 50% ha un decorso difficoltoso caratterizzato da frequenti ricadute, cronicizzazione e un alto rischio di mortalità (Sullivan, 2002; Steinhausen, 2002; Steinhausen & Weber, 2009).

A causa della scarsa coscienza di malattia e della scarsa motivazione al trattamento, solo una bassa percentuale di soggetti anoressici e bulimici si rivolge ai Servizi deputati alla cura. E questo dato è aggravato dal fatto che spesso vi è una mancata diagnosi da parte dei MMG (Medici di Medicina Generale) e dei PdF (Pediatri di Famiglia) con conseguente ritardo nell'intervento terapeutico e un aggravarsi della prognosi. I soggetti affetti da *binge eating disorder* sono trattati piuttosto nei Servizi per il controllo del peso, a causa del sovrappeso e dell'obesità conseguenti all'alimentazione incontrollata, con scarsa aderenza a interventi che si rivelano quanto mai inadeguati.

La posizione dell'*Academy for Eating Disorders* (AED) è che i disturbi dell'alimentazione, in tutte le loro varianti, sono malattie mentali gravi e biologicamente determinate che necessitano dello stesso livello e della stessa ampiezza di cure di altre patologie psichiatriche

quali la schizofrenia, il disturbo bipolare, la depressione maggiore, il disturbo ossessivo-compulsivo. Nonostante questo, i DCA ricevono ancora scarsa attenzione e trattamenti non sufficienti, cosa non più sostenibile dato anche l'alto rischio di complicanze e mortalità (Klump *et al.*, 2009).

Appare quanto mai urgente elaborare e coordinare interventi preventivi, in particolare di diagnosi precoce, e interventi terapeutici da effettuarsi in Centri specializzati, al fine di affrontare al meglio una patologia mentale grave, spesso cronica, che presenta complicanze fisiche e gravi comorbidità psichiatriche quali i disturbi dell'umore, i disturbi d'ansia, di personalità, da abuso di sostanze, ecc., e che viene gestita ancora troppo spesso in ambienti sanitari non idonei o da personale non specializzato, con notevole dispendio di risorse economiche, scarsi risultati e cronicizzazione.

Modello organizzativo del Centro

Nella ASL Lecce, all'interno del Dipartimento di Salute Mentale, è attivo dal 1998 il "Centro per la Cura e la Ricerca sui Disturbi del Comportamento Alimentare", primo Centro pubblico territoriale italiano a offrire una risposta in termini di prevenzione, diagnosi e cura integrata e multidisciplinare dei DCA e oggi punto di riferimento per migliaia di pazienti del territorio pugliese e di altre regioni. La *mission* del Centro è quella di erogare attività diagnostica, terapeutica e riabilitativa, di ricerca clinica, eziopatogenetica e dei trattamenti appropriati ed efficaci, attività di formazione e informazione, attività di prevenzione e sensibilizzazione. È l'unico Centro dedicato ai DCA della Regione Puglia a erogare interventi in regime ambulatoriale e di day hospital ed è in programmazione l'apertura della residenza e della semi-residenza o centro diurno.

Il modello organizzativo del Centro rispetta quanto raccomandato nel documento finale della Conferenza di consenso (Cc) sui DCA del 2012 (De Virgilio *et al.*, 2013) per la gestione dei DCA, in quanto il protocollo di intervento utilizzato è multi-dimensionale, interdisciplinare e multi-professionale integrato e tiene in considerazione sia gli ambiti di salute fisica e nutrizionale che gli ambiti di salute psicologica e psichiatrica.

Nel Centro è in uso, sin dalla sua apertura, un Protocollo di Intervento Multidisciplinare (PIM) originale, che consente un intervento integrato in vari ambiti, quello della prevenzione, della valutazione e del trattamento.

Il PIM, per quel che riguarda la diagnosi e la cura, si sviluppa in dieci punti e consente un'elaborazione degli interventi terapeutici secondo un modello *decision tree*. La valutazione iniziale dei vari parametri e quella effettuata nel corso della terapia, indirizza verso la scelta degli interventi più appropriati per un determinato soggetto in quel dato momento, prevedendo l'opportunità di un cambiamento di ottica e di proposta terapeutica se dovessero intervenire complicazioni o informazioni aggiuntive che suggeriscano modifiche dell'intervento in corso. Prevede che gli operatori provengano, non solo da una formazione medica o psicologica, ma anche da altri campi del sapere, dal mondo della sociologia, della cultura, dell'arte, perché si possa offrire una risposta globale alle necessità del paziente. Il presupposto è che curare significa prendere in carico non la patologia ma il soggetto che ne è portatore nella sua interezza, per sostenerlo nella guarigione dai sintomi, ma anche nell'acquisizione di un ruolo e di una funzione sociale e culturale e nello sviluppo di competenze nell'ambito della sfera affettiva e della vita lavorativa (Renna, 2005).

La diagnosi è multidimensionale e complessa (psichiatrica, psicologica, psicometrica, internistica e nutrizionale) ed è eseguita in collegamento in rete con il Poliambulatorio della Cittadella della Salute del Distretto Socio-Sanitario di Lecce. La valutazione psichiatrica e

psicologica effettuata anche con l'ausilio di strumenti psicometrici e interviste strutturate e semi-strutturate, riguarda: la storia personale, familiare e dell'ambiente sociale; la storia del peso corporeo, della dieta, dell'introito calorico e del ciclo mestruale; la storia delle abbuffate e dei comportamenti di compenso; la psicopatologia specifica e la *body image*; la psicopatologia aspecifica, anche per eventuale diagnosi di disturbo psichiatrico in comorbidità; la presenza di multi impulsività, comportamenti autolesivi, parasuicidari e suicidari e idee di suicidio; la motivazione al cambiamento. La valutazione comprende sempre i familiari quando possibile, anche con l'ausilio di strumenti psicometrici. Incontrare e valutare direttamente i membri della famiglia è importante per i soggetti di qualsiasi età, sia per coloro che vivono ancora in casa, sia per coloro che siano già fuori ma legati alla famiglia d'origine da forti vincoli tanto da non essere in grado di funzionare in maniera autonoma e indipendente, sia per coloro che hanno scarsa consapevolezza di malattia e la tendenza a non fornire notizie utili ai fini della diagnosi o a non collaborare al trattamento. È utile acquisire informazioni, oltre che sulla composizione del nucleo familiare, sulla qualità dei rapporti anche con la famiglia allargata. Eventuali problematiche riscontrate a carico della famiglia o di uno dei suoi membri, se non analizzate e trattate, possono compromettere la capacità di sostegno pratico ed emotivo nei confronti del soggetto da parte dei familiari e la buona riuscita del percorso terapeutico. Pertanto, quando i familiari necessitano di trattamento psichiatrico, vengono presi in carico dagli stessi operatori del Centro o in casi gravi inviati ai Servizi di riferimento. La valutazione medica è effettuata con l'ausilio di esami di laboratorio ed esami strumentali (ecografie, ECG, ecc.) e con consulenze specialistiche (cardiologica, ginecologica, internistica, endocrinologica, pediatrica, ecc.), anche per eventuale diagnosi di disturbo organico in comorbidità. Inoltre, si analizzano le abitudini alimentari e la composizione corporea (diario alimentare, bioimpedenziometria).

Il trattamento è integrato e multidisciplinare e si caratterizza per la combinazione di più orientamenti teorici (Garner & Needleman, 1997). Prevede l'uso di differenti tecniche di intervento da erogare in sequenza o contemporaneamente e la collaborazione tra diverse professionalità. L'obiettivo è quello di incidere su più di un aspetto che riguarda sia lo svilupparsi che il manifestarsi della patologia alimentare, sia il suo il mantenimento (Piran & Kaplan, 1990; Garner, 1997). Il PIM è un protocollo strutturato e tuttavia flessibile. Consente di elaborare strategie in modo creativo, di volta in volta mirate al singolo individuo e al suo contesto, nel rispetto del paziente, delle sue aspettative e delle sue qualità.

Sono previsti, oltre agli interventi classici quali la riabilitazione nutrizionale, la psicoterapia individuale, familiare e di gruppo di orientamento cognitivo-comportamentale, dinamico, interpersonale o sistemico, la terapia psicoeducazionale per pazienti e familiari, la terapia farmacologica e psicofarmacologica, i gruppi di discussione sul diario alimentare, di programmazione del tempo libero, di espressione delle emozioni, sul *problem solving*, sull'autostima, ecc., anche laboratori espressivi (di espressione corporea, di arti visive, di scrittura creativa/drammaturgia). Attraverso le attività laboratoriali che comprendono la poesia, il collage, la grafica, la fotografia, il video, il teatro, la danza, usati quali strumenti di autoanalisi, di relazione, di cambiamento o più semplicemente di sfogo, di gioco, di catarsi, è possibile elicitare la piena espressione del sé, supportare i bisogni di crescita, migliorare la capacità di intrattenere relazioni interpersonali salutari, riconoscere ed esprimere le proprie emozioni (Morenoff & Sobol, 1989). Il lavoro fatto nei laboratori, inoltre, permette di stabilire un contatto con le proprie risorse (Nolan, 1989), di ricercare attitudini e valorizzare vocazioni al fine dell'acquisizione di una piena consapevolezza del proprio sé inteso come unità fisica, intellettuale ed emozionale (Renna *et al.*, 2004; Renna & Marino, 2004).

L'intervento terapeutico è erogato in regime ambulatoriale per quei soggetti affetti da una forma leggera di DCA, non cronica, non complicata da altra patologia medica o psichiatrica, che fino a quel momento non hanno ricevuto un intervento adeguato. Tuttavia, è prevista la

possibilità di accesso a livelli più intensivi di trattamento in caso di mancato miglioramento. L'intervento terapeutico è erogato in regime di *day hospital* per quei soggetti che non hanno risposto nei primi mesi a un trattamento ambulatoriale appropriato o quando il disturbo è severo, cronico, complicato dalla presenza di altra patologia organica o psichiatrica, quando la famiglia non è disponibile, perché inesistente o perché provata dalla gravità/cronicità del disturbo o uno dei membri è affetto da un'importante psicopatologia, e quando sono assenti significative relazioni sociali. Il ricovero residenziale, quando necessario, è effettuato in strutture di altre regioni in attesa dell'apertura presso la ASL di Lecce della prima Residenza della Regione Puglia, allo stato attuale in fase di programmazione. Se le condizioni organiche o psicopatologiche lo richiedono, è possibile ricorrere a un ricovero ordinario per la gestione dell'emergenza e dell'urgenza medica o psichiatrica presso un reparto di medicina interna/pediatria o di psichiatria/neuropsichiatria infantile.

Il documento di Consenso ha dato un nuovo impulso alle attività del Centro, già in linea con le raccomandazioni emerse dalla Conferenza, rafforzandone la determinazione a proseguire il cammino intrapreso sin dal 1998 e stimolando un ulteriore miglioramento dei servizi offerti. In particolare, negli anni 2012 e 2013 sono state messe in atto le seguenti iniziative, in parte previste all'interno del Progetto di prevenzione e contrasto ai DCA tramite la Rete dei Centri DCA aziendali della Regione Puglia – Piano Regionale di Prevenzione 2010-2012:

– *Indagine epidemiologica*

È stata condotta un'indagine epidemiologica in provincia di Lecce, volta a indagare le abitudini alimentari e gli stili di vita, la presenza e l'incidenza sia di comportamenti alimentari disturbati che d'insoddisfazione per l'immagine corporea e di bassa autostima in 559 soggetti di età compresa tra i 12 e i 25 anni, reclutati in un particolare sottogruppo di popolazione a rischio frequentante le scuole di danza e i centri sportivi, e nelle scuole medie inferiori e superiori di Lecce e provincia. Valori superiori al *cut off* all'*Eating Attitudes Test 26* sono stati riscontrati nell'11,62% del campione totale (con percentuali maggiori tra coloro che praticavano danza, 13,76%). Valori superiori al *cut off* al *Body Uneasiness Test* sono stati riscontrati nel 23,61% del campione totale (con percentuali maggiori tra coloro che non praticavano alcuno sport, 31,89%).

– *Interventi di prevenzione primaria e secondaria*

Il Centro per la Cura e la Ricerca sui DCA ha svolto le seguenti attività di prevenzione:

- a. Collaborazione alla realizzazione degli eventi scientifici, culturali e artistici nell'ambito delle edizioni 2012 e 2013 di *Pe(n)sa differente. Festeggia il tuo peso naturale! – manifestazione nazionale di sensibilizzazione, informazione e formazione su anoressia, bulimia e obesità*, ideata e realizzata dal 2008 da Onlus Salomè, associazione scientifico-culturale e Big Sur, laboratorio di comunicazione all'interno del programma nazionale "Guadagnare Salute". La manifestazione, che si configura quale azione di prevenzione universale e selettiva, è rivolta alla popolazione generale e alla popolazione a rischio, agli operatori socio-sanitari, ai genitori, agli insegnanti, agli istruttori sportivi, ai maestri di danza e a tutti coloro che in vario modo operano nella educazione e nella formazione dei bambini e degli adolescenti. L'edizione 2012 ha visto la partecipazione di Susan Ringwood (Chief Executive di B-eat di Londra, Regno Unito) in qualità di *special guest* e di Mary Garret (ex ballerina solista della Scala) in qualità di *special testimonial*. L'edizione 2013 ha visto la partecipazione di Dario Stefano (Senatore della Repubblica) e di Pavlina Parashkevova e Claire Morgan (B-eat di Londra, Regno Unito) in qualità di *special guest* e di Michela Marzano (filosofa, Direttore del Dipartimento di

Scienze sociali presso l'Università Paris V René Descartes e Deputata alla Camera) in qualità di *special testimonial*;

- b. Organizzazione di incontri formativi rivolti a MMG, PdF, Operatori socio-sanitari dei Consultori e del DSM, al fine di fornire informazioni sul Piano Regionale di Prevenzione, informazioni corrette sui DCA, strumenti per una diagnosi precoce e competenze per la gestione dell'invio presso i Centri specializzati;
 - c. Organizzazione di incontri ed eventi di sensibilizzazione e prevenzione rivolti alla popolazione a rischio, in particolare quella frequentante le scuole di danza, finalizzati alla discussione critica di tematiche riguardanti l'alimentazione salutare, l'immagine corporea, l'autostima, i modelli culturali e sociali proposti dai media che inneggiano alla magrezza come unico mezzo per essere felici e ottenere successo. Nelle scuole di danza, si sono tenuti, inoltre, incontri esperenziali finalizzati alla costruzione di spettacoli di teatro/danza che avessero come tema le difficoltà relative all'immagine corporea sperimentate dai soggetti che si affacciano all'età adolescenziale, ma che trattassero altri temi importanti quali l'autostima, la crescita, l'acquisizione di autonomia, la relazione con l'Altro significativo, la scoperta del proprio valore autentico e dei propri talenti che fanno la specificità di ciascuno al di là delle proposte pressanti di omologazione incentivate dalla società e dai media. In particolare, sono stati prodotti e rappresentati a Lecce nell'ambito della 5a e della 6a edizione di *Pe(n)sa differente. Festeggia il tuo peso naturale!* due spettacoli di teatro/danza dal titolo *Olga, la bambola* (2012) e *La ragazza indicibile* (2013);
 - d. Produzione di una campagna di informazione e sensibilizzazione rivolta a MMG, PdF, Consultori, DSM, scuole medie inferiori e superiori della provincia di Lecce dal titolo *Dall'anoressia, dalla bulimia e dagli altri disturbi dell'alimentazione si può guarire!* veicolata attraverso locandine, card e brochure;
 - e. Programmazione di un piano formativo per il miglioramento della qualità dell'assistenza rivolto agli operatori del Centro per la Cura e la Ricerca sui DCA che, nel corso del 2012, del 2013 e del 2014 hanno partecipato e parteciperanno così come da programmazione, a eventi formativi di accertata validità, dedicati alle tematiche relative ai DCA e organizzati da realtà nazionali e internazionali di comprovata esperienza.
- *Ricerche cliniche e di outcome*
Il Centro per la Cura e la Ricerca sui DCA svolge sin dal 1998 attività di ricerca clinica e di *outcome* sull'efficacia dei trattamenti. Numerosi sono i progetti di ricerca intrapresi negli anni, anche in collaborazione con Università di tutto il territorio nazionale. Le principali ricerche in corso riguardano l'immagine corporea, gli stili di attaccamento e accudimento parentale; la relazione terapeutica; la comorbidità psichiatrica, in particolare con i disturbi dell'umore; il rischio di suicidio; l'*outcome*, le cui percentuali in soggetti trattati con il PIM a un anno, risultano essere incoraggianti: 70,8% Categoria *Good*; 21,9% Categoria *Intermediate*; 7,3% Categoria *Poor*.
- *Promozione della costituzione dell'associazione dei familiari, utenti, ex utenti e amici*
Si sono tenuti incontri informali al fine di promuovere la nascita di un'Associazione con cui condividere strategie di intervento e costruire forme di collaborazione e di auto-aiuto a sostegno dei diritti dei pazienti e delle loro famiglie.

– *Riorganizzazione dei Servizi assistenziali e dei percorsi di cura*

Alla fine del 2012 è stato istituito dall'Assessorato alla Salute della Regione Puglia, un Tavolo Tecnico su Percorsi per la prevenzione, la diagnosi e la cura DCA. Criteri per l'accreditamento delle strutture dedicate ai DCA, che ha prodotto un documento in attesa di approvazione. In particolare, per quel che riguarda il Centro per la Cura e la Ricerca sui DCA, la ASL Lecce ha ricevuto dal Ministero della Salute nel 2006, su presentazione di uno specifico progetto, un finanziamento per la ristrutturazione e l'acquisto degli arredi di un padiglione dell'ex Ospedale Psichiatrico Interprovinciale Salentino (ex OPIS) in cui allocare il Centro dedicato ai DCA dotandolo dei tre livelli assistenziali: ambulatoriale, di day hospital, residenziale/semi-residenziale. Nella nuova sede del Centro, aperta nell'ottobre 2013, si eroga allo stato attuale attività ambulatoriale e di day hospital ed è stato programmato il percorso di cura terapeutico-riabilitativo a elevata intensità assistenziale che verrà erogato all'apertura prossima della Residenza.

Bibliografia

- De Giacomo P, Renna C, Santoni Rugiu A. *Manuale sui disturbi dell'alimentazione*. Milano: Franco Angeli; 2005.
- De Virgilio G, Coclite D, Napoletano A, Barbina D, Dalla Ragione L, Spera G, Di Fiandra T (Ed.). *Conferenza di consenso sui Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) negli adolescenti e nei giovani adulti*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2013. (Rapporti ISTISAN 13/6)
- Garner DM. Psychoeducational principles in treatment. In: Garner DM, Garfinkel PE (Ed.). *Handbook of treatment for eating disorders* (2nd ed.). New York: The Guilford Press; 1997. p. 145-77.
- Garner DM, Needleman LD. Sequencing and integration of treatments In: Garner DM, Garfinkel PE (Ed.). *Handbook of treatment for eating disorders* (2nd ed.). New York: The Guilford Press; 1997. p. 50-66.
- Klump KL, Bulik CM, Kaye WH, Treasure J, Tyson E. Academy for eating disorders position paper: eating disorders are serious mental illnesses. *Int J Eat Disord* 2009;42(2):97-103.
- Morenoff A, Sobol B. Art therapy in the long-term psychodynamic treatment of bulimic woman. In: Hornyak LM, Baker EK (Ed.). *Experiential therapy for eating disorders*. New York: The Guilford Press; 1989. p. 144-66.
- Nolan P. Music Therapy improvisation techniques with bulimic patients. In: Hornyak LM, Baker EK (Ed.). *Experiential therapy for eating disorders*. New York: The Guilford Press; 1989. p. 167-87.
- Piran N, Kaplan AS. *A day hospital group treatment program for anorexia and bulimia nervosa*. New York: Brunner/Mazel; 1990.
- Renna C, Marino M. Trovare le parole. Ascolto-scrittura-costruzione scenica. *Alimenti e Comportamenti* 2004;3(2):54.
- Renna C, Calò P, Tommaso A, Quarta S. Creatività e cura dei DCA. *Alimenti e Comportamenti* 2004;3(2):54.
- Renna C. La terapia integrata. In: De Giacomo P, Renna C, Santoni Rugiu A (Ed.). *Manuale sui disturbi dell'alimentazione*. Milano: FrancoAngeli; 2005. p. 286-358.
- Renna C. La prevenzione dei DCA. Pe(n)sa differente. Festeggia il tuo peso naturale! In: Rampelli E, Dalla Ragione L, Bianchini P, De Santis C (Ed.). *Il coraggio di guardare. Prospettive e incontri per la prevenzione dei Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA)*. Atti del Seminario "I Giorni Dispari - The Odd Days - Ripensare la prevenzione nei Disturbi del Comportamento Alimentare". Todi, 16 - 17 ottobre 2009. Roma: Ministero della Salute, Dipartimento della Gioventù, Istituto Superiore di Sanità; 2012. p. 251-63.

- Sullivan PF. Course and outcome of anorexia and bulimia nervosa. In: Fairburn CG, Brownell KD (Ed.) 2nd ed. *Eating disorders and obesity*. New York: The Guilford Press; 2002. p. 226-30.
- Steinhausen HC. The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *Am J Psych* 2002;159(8):1284-93.
- Steinhausen HC, Weber S. The outcome of bulimia nervosa: finding from one quarter century of research. *Am J Psych* 2009;166(12):1331-41.

AGIRE CURATIVO DEL CENTRO PER I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE DELLA AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI POTENZA

Rosa Trabace

Centro per la cura dei Disturbi del Comportamento Alimentare e del Peso "G. Gioia", Chiaromonte, ASP Potenza

Questo intervento focalizza l'attenzione sul modello terapeutico adottato dal Centro di riferimento regionale dei Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) "G. Gioia" di Chiaromonte. Tale modello prevede un approccio multidisciplinare integrato su tre livelli assistenziali: valutazione diagnostica, ambulatorio integrato e residenza riabilitativa. In aggiunta sono previsti interventi di prevenzione "universale" nei contesti scolastici. In modo particolare si evidenzia il modello del livello assistenziale della residenza riabilitativa, in linea con quanto emerso dalla Conferenza di consenso (Cc).

La filosofia e lo stile adottato dal Centro si fondano su due principi fondamentali che, se ben correlati, elevano sicuramente le probabilità di adesione al programma di trattamento e di successo terapeutico. Da una parte, infatti, il senso del protagonismo che si trasmette ai pazienti, assieme alla multidisciplinarietà degli approcci, elevano il livello motivazionale e partecipativo e consentono di rendere più efficace l'agire quotidiano, innestando così processi evolutivi e il superamento delle inevitabili criticità che si presentano durante il percorso. Dall'altra, l'evitamento di uno stile ospedalizzante non induce resistenze e fantasmi curativi e configura così una relazione empatica e umanizzata, ove ci si prende cura della persona nel suo insieme evitando qualsivoglia vissuto di invasività e/o di accanimento terapeutico (Lapetina & Trabace, 2009).

Dunque, "lavorare assieme" sia come squadra operativa che rispetto al paziente e al gruppo di pazienti, fa della struttura una residenza "familiarizzata" che non sacrifica certe regole e norme opportune e condivisibili, ma piuttosto crea giusti presupposti per una condivisione di opportunità e scelte di trattamento. Lo scopo, che in buona sostanza fa la differenza fra le cure indotte e le cure erogate, è stabilire una complicità e una alleanza rivolta all'acquisizione di nuovi parametri di benessere organico, emozionale ed esistenziale più in generale, analizzando e modificando quei costrutti e quelle resistenze e difese interne che lo impediscono. In quest'ottica si cala la metodologia articolata, che vede una costante integrazione tra gli approcci internistici e nutrizionali, che tendono a ristabilizzare un target adeguato dal punto di vista organico, in stretta correlazione con quelli psicopatologici-psichiatrico-psicoterapeutici che tendono a favorire i processi di risoluzione delle problematiche mentali e psico-relazionali che sostengono e sovra-strutturano il disturbo.

Purtuttavia, la complessità e la pervasività del disturbo trova una modalità realmente integrata di trattamento di ordine espressivo-emozionale, quali espressioni basate su modalità di linguaggio alternativo a quello verbale e che, come tale, consentono una presa di contatto emotivo-affettivo più diretto superando i processi di razionalizzazione e idealizzazione tipici della patologia e fortemente condizionanti le modalità e i processi comunicativi. Nei laboratori di musicoterapia, di *art therapy* e di elaborazione di scrittura e lettura creativa, si configura la possibilità non solo di attivare mezzi e modi più intimi e sommersi per "parlare di sé" ma si sperimentano e si riconoscono anche le modalità che usa il corpo per attuare le meta-comunicazioni che riguardano la mente e che a essa si sostituiscono per raggiungere

paradossalmente scopi risolutivi attraverso la sintomatologia. In quest'ottica si colloca anche l'ippoterapia in quanto opportunità di stabilire contatti confidenziali e potenzialmente nuovi e liberi con la propria istintualità. Difatti la confidenzialità con l'istintualità dell'animale e la capacità di stabilire un contatto con questo, favorisce il superamento dei blocchi e delle fobie di relazione e contatto.

La sfida nell'agire curativo sta dunque nella capacità di integrare a pieno titolo modalità trattamentali di vario ordine e grado, cosicché da raggiungere la persona nella sua complessità e favorire un cambiamento di quello stile regressivo-infantile sotteso al disturbo e alle sue manifestazioni. Quindi, l'espressione emozionale profonda dei conflitti e il loro superamento. Inoltre di non nuova importanza appare il coinvolgimento dei *pattern* familiari strettamente correlati al sostenimento e al perseverare di comportamenti compensativi ma disfunzionali; difatti, i nuclei familiari originari e/o acquisiti partecipano a pieno titolo al percorso e vengono coinvolti a tempo debito, nella comprensione e risoluzione delle dinamiche che sostengono lo stesso disturbo. In ultima analisi, la Residenza tende a mantenere rapporti e relazioni con il mondo esterno e sociale, sia attraverso attività di volontariato sia attività partecipativa alle iniziative culturali e sociali che si presentano, anche proponendo momenti interattivi di scambio con la comunità e la partecipazione a iniziative esterne.

Una riflessione specifica va fatta, tuttavia, con i pazienti in età infantile e/o pre-adolescenziale, ove appare necessario modulare in termini prevalentemente ludico-simbolici i vari approcci e favorire la costruzione di un'identità affettiva-emotiva anche *in itinere*. Per questi, infatti, appare necessario mantenere e/o ripristinare i rapporti con la scuola attuando la continuità degli apprendimenti in residenza.

Per questi, inoltre, si rende necessaria una più costante e coadiuvante azione genitoriale e familiare per non favorire l'insorgenza di vissuti deprivanti e abbandonici che creerebbero ansia di permanenza residenziale ed evitamento delle relazioni nuove con rischio di abbandono precoce del percorso terapeutico.

Bibliografia

Lapetina F, Trabace R. *Risvegli emozionali e legami nutritivi. Un percorso di cure integrate e interattive dei DCA nel centro di Chiaromonte*. Milano: Franco Angeli; 2009.

**Il contributo dell'ISS:
attività di formazione, informazione, ricerca epidemiologica,
forum tecnico scientifico nazionale**

PERCORSI FORMATIVI E SVILUPPO DI UNA RETE SUI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

Giovanni De Virgilio

Ufficio Relazione Esterne, Istituto Superiore di Sanità, Roma

I risultati della Conferenza di consenso (Cc) del 2012 hanno evidenziato alcune priorità di ricerca e azione sui servizi relativi ai Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA): tra queste priorità è inclusa l'attività di formazione che promuova le buone pratiche identificate dalla Cc e quanto verrà definito da successive attività di ricerca.

In risposta alla Cc, l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) propone di continuare a sviluppare i percorsi formativi attivati nel 2010 sia in forma residenziale che a distanza per raggiungere un elevato numero di professionisti sul territorio. La Cc e le attività di formazione già svolte dall'ISS hanno contribuito a formare una rete di persone e organizzazioni che si propone di mantenere e sviluppare individuando strategie che ne sostengano l'esistenza, le attività e un riconoscimento formale.

Infine, si propone di organizzare in questo Istituto, su base annuale, un convegno dedicato agli aggiornamenti sulla tematica dei DCA.

L'ISS, nell'ambito della propria funzione istituzionale di formazione del personale sanitario su tematiche di salute pubblica, ha progettato e attuato, già dall'anno 2010, alcuni eventi formativi sulla tematica dei DCA destinati all'aggiornamento dei responsabili di tali centri in varie Regioni italiane. Questi eventi sono stati caratterizzati da approcci formativi innovativi basati sui principi scientifici che promuovono la formazione efficace dell'adulto (andragogia). In particolare è stato utilizzato il metodo noto come *Problem-based Learning* (PBL) applicato e sviluppato nella formazione in salute pubblica dall'ISS sin dalla fine degli anni '80. Questo metodo didattico ha consentito, tra l'altro, una forte interazione e scambio di esperienze tra i professionisti formati (De Virgilio, 2010).

Successivamente, nell'anno 2012, anche su stimolo dei partecipanti a questi eventi formativi, è stata organizzata la Cc a livello nazionale per fare il punto sugli aspetti principali che descrivono la tematica dei DCA.

I risultati evidenziati dalla Cc e pubblicati dall'ISS in un documento dedicato (De Virgilio *et al.*, 2013) hanno evidenziato alcune priorità di ricerca e azione sui servizi DCA volte a migliorarne l'organizzazione e il funzionamento. Tra questi campi d'azione è inclusa l'attività di formazione che promuova le buone pratiche già identificate dalla Cc e quanto verrà definito da successive attività di ricerca. Questi percorsi formativi, saranno convenientemente caratterizzati da approcci multidisciplinari e multiprofessionali che alternino cicli di studio (in aula e a distanza) e di applicazione sul lavoro: questa strategia formativa è stata dimostrata come efficace nel fare adottare all'operatore sanitario i nuovi saperi e comportamenti acquisiti grazie al processo formativo (Davis, 1999). La didattica a distanza potrà essere attuata nella sua forma a bassa interattività per diffondere a un ampio bacino di utenti gli elementi principali dell'approccio ai DCA. I destinatari possono includere con contenuti appropriati e come già promosso su altre tematiche quali le malattie rare (Centro Nazionale Malattie Rare, 2010), anche le Associazioni sul territorio nazionale con scopi sia informativi che formativi. Questa attività, opportunamente concertata con il Telefono Verde da tempo attivato presso questo Istituto, può rappresentare un valido strumento per una informazione corretta e scientificamente

validata agli operatori e alle associazioni/famiglie e altresì per un'appropriate ed efficiente assistenza alle persone con DCA.

Sempre nel campo della formazione degli operatori dei Centri DCA, potranno convenientemente essere utilizzate tecnologie di Formazione A Distanza (FAD) ad alta interattività in percorsi di alta specializzazione con un più limitato numero di partecipanti che, come già detto, alternino periodi residenziali, attività in FAD e applicazione di quanto appreso sul proprio lavoro.

Questi percorsi potranno essere eventualmente offerti anche a livello internazionale grazie agli accordi di collaborazione che intercorrono tra ISS e altri Paesi.

La Cc e le attività di formazione già svolte dall'ISS hanno contribuito a formare una rete di enti/operatori/esperti/associazioni/società scientifiche che si propone di mantenere e sviluppare individuando strategie che ne sostengano l'esistenza, le attività e un riconoscimento formale.

Infine, come concreta proposta operativa da parte di questo Istituto, includiamo l'impegno a organizzare in questo Istituto su base annuale un convegno dedicato agli aggiornamenti sulla tematica dei DCA.

L'ISS è pronto a raccogliere questa nuova sfida per la parte che compete alla propria missione, con lo scopo di contribuire a una migliore qualità dei servizi e, come diretta conseguenza, alla qualità della vita di persone e di famigliari che si confrontano quotidianamente con i DCA.

Bibliografia

- Centro Nazionale Malattie Rare. La formazione dei formatori sull'uso dei farmaci orfani. *Not Ist Super Sanità* 2010;23(6)(Suppl.1):8-12.
- Davis D, O'Brien MA, Freemantle N, Wolf FM, Mazmanian P, Taylor-Vaisey A. Impact of formal continuing medical education: do conferences, workshops, rounds, and other traditional continuing education activities change physician behavior or health care outcomes? *JAMA* 1999;282(9):867-74.
- De Virgilio G, Coclite D, Napoletano A, Barbina D, Dalla Ragione L, Spera G, Di Fiandra T. *Conferenza di consenso sui Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) negli adolescenti e nei giovani adulti*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2013. (Rapporti ISTISAN 13/6).
- De Virgilio G. One Day-One Problem Problem-based Learning (ODOP-PBL) for the continuing education of health professionals. *Education for Health* 2011;24(2).

EPIDEMIOLOGIA DEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE E PROSPETTIVE DI RICERCA

Antonella Gigantesco

Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Dimensione del fenomeno

La frequenza dei Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) è un argomento spesso dibattuto e le stime disponibili in letteratura presentano fra loro una discreta variabilità.

Gli studi di prevalenza condotti in Italia sono pochi e perlopiù limitati a realtà locali. Fra questi ne vanno segnalati due: quello di Faravelli *et al.*, 2006 e quello di Favaro *et al.*, 2003. In base allo studio di Faravelli *et al.*, condotto sulla popolazione generale residente a Sesto Fiorentino di età > 14 anni (n. 2355), la prevalenza nella vita di Anoressia Nervosa (AN) è risultata essere pari allo 0,4%, di Bulimia Nervosa (BN) 0,3%, di Disturbo da Alimentazione Incontrollata (DAI) 0,3%, di Disturbo dell'Alimentazione Non Altrimenti Specificata (DANAS) 0,3%. Lo studio di Favaro ha riguardato un campione di oltre 900 ragazze di età compresa tra i 18 e i 25 anni residenti nella provincia di Padova. In base a questo studio la prevalenza puntuale di AN è risultata essere pari allo 0,3%, di BN 1,8%, di DAI 0,1%, di DANAS 3,1%. La prevalenza nella vita di AN è risultata pari al 2,0%, di BN 4,6%, di DAI 0,6%, di DANAS 5,7%.

Stime nazionali dell'epidemiologia dei DCA in Italia derivano esclusivamente dal contributo dello studio ESEMeD (*European Study on the Epidemiology of Mental Disorders*) (coordinato dal Reparto Salute mentale del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute per il braccio italiano) condotto su un campione rappresentativo di donne e uomini della popolazione generale di età > 18 anni (de Girolamo *et al.*, 2005). Lo studio ha però fornito stime riferite al campione complessivo di tutti i 6 Paesi europei coinvolti (Belgio, Francia, Germania, Italia, Paesi Bassi, Spagna). La prevalenza nella vita del campione femminile dei 6 Paesi è risultata pari allo 0,9% sia per quanto riguardava l'anoressia che la bulimia, dell'1,9% per il DAI e 0,5% per quanto riguardava i DANAS. Negli uomini queste percentuali sono state rispettivamente pari allo 0%, 0,1%, 0,3% e 0,9% (Prete *et al.*, 2009). Lo studio ESEMeD ha potuto però fornire una stima della prevalenza nella vita di qualsiasi DCA nel campione italiano (AN, BN, DAI o DANAS) che è risultata essere del 3,3% (IC: 2,2-5,0).

In Italia, a nostra conoscenza, vi è un unico studio che ha valutato il tasso di incidenza di ospedalizzazione per AN in pazienti di età 10-19 anni (Gigantesco *et al.*, 2010) risultato essere pari a 22,8 per 100.000 nelle donne e 2,0 per 100.000 negli uomini.

Il possibile aumento dei DCA (in particolare BN e DAI) nei decenni recenti rappresenta anch'esso un argomento molto dibattuto. Al momento, questo aumento non è confermato da sufficiente evidenza (mancano in particolare studi prospettici). I numerosi studi europei basati su dati dei registri (*GP and mental health research databases*) suggeriscono che AN e BN, complessivamente, siano rimaste stabili negli ultimi decenni. Tuttavia è stato osservato, in particolare nei Paesi Bassi, un abbassamento dell'età di esordio negli anni 1995-99 rispetto agli anni 1985-89. Nei servizi di medicina di base dei Paesi Bassi, l'incidenza per quanto riguarda

AN infatti è molto aumentata negli anni 1995-1999 rispetto agli anni 1985-89 nelle donne di 15-19 anni e per quanto riguarda BN alla fine degli anni '90 il rischio più elevato è stato osservato nelle donne di 15-24 anni, mentre alla fine degli anni '80 riguardava donne di 25-29 anni (van Son, 2006; Favaro, 2009). Non è chiaro se l'abbassamento dell'età di esordio sia realmente dovuto a un esordio più precoce dei disturbi o a un ricorso ai servizi e a una diagnosi più precoci.

Qualunque sia la diffusione dei DCA, è chiaro che si tratta di disturbi gravi, con elevato rischio di mortalità in particolare per quanto riguarda AN e cospicui costi diretti e indiretti.

Evidenze recenti sull'insorgenza di comportamenti considerati a rischio in età pre-adolescenziale hanno portato la *World Health Organization* a considerare i DCA una delle priorità da affrontare nel campo della tutela della salute mentale del bambino e dell'adolescente (World Health Organization - Regional Office for Europe, 2005).

Trattamenti

Vi sono evidenze sull'efficacia di diversi tipi di trattamento per i DCA; tuttavia gli esiti nella quasi totalità degli studi sono stati valutati solo a breve termine. Per quanto riguarda la BN e il DAI, alcune nuove forme di trattamento (es. i gruppi di auto-mutuo-aiuto) hanno mostrato risultati promettenti ma le evidenze sono al momento poche. Mancano del tutto evidenze sull'efficacia di trattamenti da rivolgere a pazienti adulti (con più lunga storia di malattia) affetti da AN.

Attività dei servizi

Nell'ambito della Cc celebrata a Roma il 24 e 25 ottobre 2012 è stato osservato che in Italia non si dispone ancora di un quadro completo relativo a dati di attività assistenziale sulle prestazioni offerte dai servizi che gestiscono i DCA. Il monitoraggio dell'assistenza si presenta difficile e affidato esclusivamente a fonti informative amministrative (Schede di Dimissione Ospedaliera, SDO), e valutazioni esterne di fattori strutturali e organizzativi (es. accreditamento istituzionale).

Ipotesi di progetti di ricerca

Possibili prospettive future riguardano la realizzazione di progetti di ricerca e attività di promozione della qualità dell'assistenza. In particolare, avvalendosi dell'esperienza acquisita dal Reparto Salute mentale del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, potrebbero essere sviluppate le seguenti ipotesi di progetto e di studio:

- la conduzione di studi di prevalenza;
- la conduzione di studi sperimentali sull'efficacia di interventi nelle aree della prevenzione e del trattamento;
- la messa a punto di sistemi di indicatori di qualità professionale;
- la sperimentazione di programmi di promozione del miglioramento di qualità dei servizi.

Bibliografia

- de Girolamo G, Polidori G, Morosini P, Mazzi F, Serra G, Scarpino V, Reda V, Visonà G, Falsirollo F, Rossi A. Prevalenza dei disturbi mentali comuni in Italia, fattori di rischio, stato di salute ed uso dei servizi sanitari: Il progetto ESEMeD-WMH. *Epidemiol Psichiatr Soc* 2005;14(4 Suppl):1-100.
- Faravelli C, Ravaldi C, Truglia E, Zucchi T, Cosci F, Ricca V. Clinical epidemiology of eating disorders: results from the Sesto Fiorentino study. *Psychother Psychosom* 2006;75(6):376-83.
- Favaro A, Ferrara S, Santonastaso P. The spectrum of eating disorders in young women: a prevalence study in a general population sample. *Psychosom Med* 2003;65(4):701-8.
- Favaro A, Caregaro L, Tenconi E, Bosello R, Santonastaso P. Time trends in age at onset of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *J Clin Psychiatry* 2009;70(12):1715-21.
- Gigantesco A, Masocco M, Picardi A, Lega I, Conti S, Vichi M. Hospitalization for anorexia nervosa in Italy. *Riv Psichiatr* 2010;45(3):154-62.
- Preti A, Girolamo Gd, Vilagut G, Alonso J, Graaf Rd, Bruffaerts R, Demyttenaere K, Pinto-Meza A, Haro JM, Morosini P; ESEMeD-WMH Investigators. The epidemiology of eating disorders in six European countries: results of the ESEMeD-WMH project. *J Psychiatr Res* 2009;43(14):1125-32.
- van Son GE, van Hoeken D, Bartelds AI, van Furth EF, Hoek HW. Time trends in the incidence of eating disorders: a primary care study in the Netherlands. *Int J Eat Disord* 2006;39(7):565-9.
- World Health Organization - Regional Office for Europe. *Mental health: facing the challenges, building solutions. Report from the WHO European Ministerial Conference*. Geneva: World Health Organization, 2005.

NUMERO VERDE SOS DISTURBI ALIMENTARI

Roberta Pacifici (a), Laura Dalla Ragione (b), Maria Vicini (b)

(a) *Dipartimento del Farmaco, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

(b) *Centri Residenziali per i DCA e del peso di Todi e Città della Pieve, AUSL 1 dell'Umbria, Perugia*

Nel 2008 l'azione congiunta del Ministero della Salute e del Ministero della Gioventù ha realizzato, all'interno del programma "Guadagnare Salute" e del progetto "Le buone pratiche di cura e la prevenzione sociale nei disturbi del comportamento alimentare", un censimento di tutti i servizi pubblici o convenzionati dedicati ai disturbi alimentari presenti sul territorio nazionale suddivisi per tipologia e per territorio, che ha portato alla creazione di una mappa dinamica dell'Italia consultabile su Internet da utenti e operatori (www.disturbialimentarionline.it).

Per integrare tale servizio, nel 2011 il Dipartimento della Gioventù della Presidenza del Consiglio dei Ministri e l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), in collaborazione con l'Azienda USL 1 dell'Umbria – già capofila del suddetto progetto che ha portato alla realizzazione di una mappa delle strutture e delle associazioni dedicate ai Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) in Italia – hanno attivato un Numero Verde telefonico dedicato, che consenta di fornire immediate e dettagliate informazioni sugli stessi servizi oltre che offrire un servizio di counselling e ascolto per chi soffre di disturbi alimentari e per le persone a loro vicine. Uno degli obiettivi del progetto "Numero Verde SOS Disturbi Alimentari" è quindi quello di promuovere l'utilizzo della mappa, già disponibile online, in modo da offrire agli utenti informazioni attendibili sui servizi presenti nei territori a loro più vicini.

Il progetto "Numero Verde SOS Disturbi Alimentari" è nato con l'obiettivo di porsi come tramite tra i pazienti e i servizi specializzati, in modo che il paziente possa arrivare il più presto possibile alle cure, migliorando la prognosi e contrastando la tendenza delle persone affette da DCA a occultare il problema e a evitare, almeno per un lungo periodo iniziale, l'aiuto di professionisti. Un servizio di sostegno e ascolto, come quello del Numero Verde, offre l'opportunità di non lasciare soli i pazienti, invitarli a condividere il problema con i familiari, avvicinarsi alle cure.

Il servizio di ascolto non è quindi meno importante di quello dell'informazione: spesso, infatti, i pazienti non arrivano alle cure per il timore del giudizio altrui sulla malattia. Non avendo mai trovato la persona adatta ad accogliere un disagio così profondo, il paziente si rinchioda in se stesso e nel disturbo, che si cronicizza e diventa un tutt'uno con la persona stessa, aggravando così la prognosi. Bisogna inoltre ricordare che i sintomi dei DCA possono essere confusi con comportamenti attualmente molto diffusi (come fare una dieta, porre molta attenzione al corpo e fare attività fisica regolare) ed essere sottovalutati o presi come semplici fissazioni, anche da persone molto vicine al paziente. Confessare in maniera anonima il vissuto profondo di tali disturbi a una persona appositamente formata può aiutare il paziente a comprendere l'importanza di parlare della malattia, a prendere consapevolezza di avere un disturbo e a chiedere aiuto, prima magari alle persone vicine e poi anche ai servizi specializzati.

Il Numero Verde SOS Disturbi Alimentari, servizio di counselling telefonico rivolto all'intera popolazione, è svolto da personale formato e dedicato, è operativo dal mese di novembre 2011, dal lunedì al venerdì sulle 24 ore ed è gratuito per l'utente, garantisce l'anonimato e ha una copertura nazionale. Il Servizio, pensato prioritariamente per gli utenti/pazienti/familiari, è accessibile anche agli operatori socio-sanitari con una ricaduta in termini di sensibilizzazione e informazione generale sui DCA.

Gli operatori, oltre a gestire le richieste telefoniche, hanno il compito di raccogliere dati a fini statistici, registrando su una scheda realizzata *ad hoc* dati anagrafici e psicopatologici, nel rispetto dell'anonimato. In questo modo l'attività del Numero Verde SOS Disturbi Alimentari permette di ottenere informazioni di carattere epidemiologico, oltre che di registrare bisogni, domande, indicazioni utili per programmare interventi di prevenzione e lotta ai DCA, per ideare e realizzare ulteriori iniziative mirate a particolari *target* e per valutare l'efficacia della comunicazione. Nel periodo novembre 2011 – giugno 2013, sono pervenute al Numero Verde 5.924 chiamate, distribuite come mostrato di seguito (Tabella 1).

Tabella 1. Accessi al Numero Verde SOS Disturbi Alimentari (novembre 2011 – giugno 2013)

Caratteristica	n.	%
Fruitori del servizio		
<i>Pazienti</i>	3258	54,99
<i>Genitori/amici</i>	2369	39,98
<i>Professionisti/ personale sanitario</i>	297	5,01
Genere		
<i>Maschio</i>	1007	16,99
<i>Femmina</i>	4917	83,01
Distribuzione geografica		
<i>Nord</i>	1992	33,62
<i>Centro</i>	1878	31,70
<i>Sud</i>	2054	34,67
Fasce d'età		
<i>< 14 anni</i>	375	6,33
<i>14-20 anni</i>	1764	29,77
<i>20-30 anni</i>	2237	37,76
<i>> 30 anni</i>	1548	26,13
Diagnosi riferita		
<i>Anoressia nervosa</i>	1662	28,05
<i>Bulimia nervosa</i>	1117	18,85
<i>Disturbo da Alimentazione Incontrollata</i>	998	16,84
<i>Disturbo Alimentare Non Altrimenti Specificato</i>	2147	36,24

Le motivazioni più frequentemente riscontrate durante il servizio sono:

- ricevere informazioni scientifiche sulle problematiche dei DCA;
- ricevere sostegno psicologico e consigli per supportare persone affette da DCA;
- ottenere indicazioni attendibili sulle strutture sanitarie specializzate che prestano assistenza sul territorio nazionale.

Le chiamate provengono per la maggior parte da pazienti affetti da disturbo alimentare (di cui la maggior parte di sesso femminile) e da loro familiari, ma anche da persone a loro vicine come partner, amici, professori e colleghi, specialisti e personale sanitario.

Durante la fascia oraria che va dalle 8.00 alle 14.00 chiamano per lo più genitori o persone a contatto con una persona affetta da disturbo alimentare. Approfittando dell'assenza della persona interessata, che si trova a scuola o al lavoro, familiari e amici utilizzano il numero verde per confrontarsi in piena libertà su un problema difficile da comprendere, chiedono informazioni sulla cura e sui centri specializzati, sugli atteggiamenti migliori da utilizzare in determinate circostanze e sui cambi repentini d'umore tipici della patologia alimentare. Nella seconda metà della giornata, invece, le chiamate provengono soprattutto da pazienti che presentano un disordine o un vero e proprio disturbo alimentare e cercano sostegno psicologico

o un indirizzo di cura specializzato. Le chiamate che arrivano durante la fascia oraria notturna provengono essenzialmente da pazienti di tipo bulimico o di *binge eating*, che hanno bisogno di sostegno immediato, in particolare per episodi di abbuffate e/o vomito, molto frequenti nella tarda serata e nella notte. Qualunque sia il livello di azione, il counselling telefonico si caratterizza quindi per essere un intervento strettamente personalizzato, mirato alla problematica specifica dell'utente che contatta il servizio.

Il Numero Verde SOS Disturbi Alimentari svolge quindi un'attività di prevenzione a più livelli:

- primaria, fornendo un'informazione capillare all'utenza;
- secondaria, offrendo sostegno a persone che hanno o rischiano di avere problemi legati ai DCA;
- terziaria, offrendo un solido punto di riferimento per informazioni o sostegno a chi si trova in fase di cambiamento o a chi è a rischio di ricaduta.

In conclusione, possiamo affermare che il numero crescente di chiamate che arrivano al Numero Verde SOS Disturbi Alimentari testimonia l'emergenza a livello nazionale del problema rappresentato dai DCA e l'importanza di un punto di riferimento per supporto e informazioni relative a tale patologia.

**Interventi delle associazioni dei familiari/utenti
e delle società scientifiche**

ASSOCIAZIONE PERLE ONLUS

Mariella Falsini

Associazione Perle Onlus, Grosseto

In qualità di Presidente dell'associazione Perle Onlus dal 2004 (anno della sua nascita) ringrazio per l'opportunità che questo Istituto mette a disposizione delle associazioni di volontariato di familiari e pazienti affetti da Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA). Da sempre le associazioni nascono e crescono sulle carenze istituzionali e su queste sono delle esperte.

La capacità di accoglierci come risorsa può soltanto essere un punto di forza per raggiungere obiettivi che devono essere comuni. Ne è esempio la convenzione n. 373 stipulata con l'azienda sanitaria USL 9 di Grosseto nell'agosto 2011 che ha sancito la sinergia e la collaborazione tra la nostra associazione e l'Azienda stessa.

Tale accordo ci permette di affrontare con univocità il grave problema dei DCA. La realizzazione del centro semiresidenziale aperto presso l'ospedale e inaugurato il 17/2/2012, è stato il primo grande passo ed è avvenuto grazie alla volontà delle due parti. L'associazione Perle Onlus ha donato gli arredi per un totale di circa 20.000 euro e fornisce collaboratori professionisti e volontari per la gestione del centro. Il prossimo grande e ambizioso obiettivo è la creazione di un centro residenziale altamente specializzato per la cura dei Disturbi alimentari. Il centro è attivo dal dicembre 2011. L'associazione Perle Onlus ha fatto parte della Conferenza di consenso (Cc) sui DCA come membro della giuria area 3-modelli organizzativi. Siamo davvero grati e riconoscenti alla dott.ssa Teresa Di Fiandra e alla dott.ssa Laura Dalla Ragione che, per la prima volta, hanno promosso la presenza delle associazioni a fianco degli esperti professionisti presso la Cc, ma auspichiamo in futuro una sinergia che integri il Vostro sapere al nostro, per costruire un metodo che contempi sempre le associazioni in contesti accademici.

È stato molto importante per noi, rappresentanti delle associazioni, essere presenti e aver partecipato ai lavori della Cc sui DCA. La nostra partecipazione ci dà credibilità e ci rafforza agli occhi dei nostri interlocutori: istituzioni, mondo politico, luoghi di cura ecc.

Molte associazioni sono impegnate nella sensibilizzazione e divulgazione di conoscenze scientifiche sul tema dei DCA e della prevenzione, sono anche impegnate perché nascano luoghi di cura ancora inesistenti in alcune regioni d'Italia (es. Sardegna) e perché venga migliorata la qualità delle cure nei luoghi dove già esistono delle strutture. Vero è che il lavoro della Cc è stato principalmente quello di revisionare criticamente la letteratura scientifica esistente sui DCA e non è stato ancora possibile uno spazio per un nostro contributo concreto, un contributo in base alla nostra esperienza e al nostro vissuto, anch'esse conoscenze ma non ancora sperimentate in letteratura.

Noi abbiamo fatto tesoro del lavoro svolto durante la Cc e i professionisti di Perle hanno sviluppato un progetto di prevenzione sulle indicazioni della Cc Area 2, che è stato presentato e discusso come tesi di Master /corso di perfezionamento "Le buone pratiche di cura nel trattamento dei DCA" a cura della dott.ssa Dalla Ragione. Le dott.sse Letizia Arcangeli, Beatrice Catarsi, Silvia Duetti e Maria Carla Martinuzzi, professionisti aderenti all'Associazione, hanno elaborato un progetto, dal titolo "Perle a scuola", di prevenzione primaria, universale, non specifico per patologia, atto a promuovere e rafforzare i fattori protettivi (*Social Life Skills*) rispetto ai fattori di rischio legati alle patologie alimentari, che ha trovato immediatamente concretezza perché è stato accettato e verrà attuato in alcuni Istituti Scolastici del nostro territorio.

Oltre a essere Presidente dell'Associazione Perle Onlus sono neo-presidente della Consulta Nazionale Consult@noi, un'associazione di secondo livello che raggruppa circa venti associazioni sparse in molte regioni italiane che, in spirito di volontariato, si occupano di DCA e a nome della quale vorrei ancora una volta ribadire l'importanza del coinvolgimento e della necessità di collaborare e interagire con le Associazioni dei familiari e pazienti. Tra gli obiettivi della Consult@noi mi preme sottolinearne almeno due e cioè:

1. realizzare e aggiornare la mappatura dei servizi di diagnosi e cura dei DCA presenti sul territorio nazionale; sottolineo questo perché durante una nostra ricerca sulla mappatura del Ministero abbiamo riscontrato l'inappropriatezza di certi luoghi di cura dove non esiste multidisciplinarietà né percorsi di cura adeguati. Chiediamo a voce forte e alta la possibilità di avere libero accesso alle cure nei centri DCA che rispondano a criteri di efficacia e appropriatezza, senza liste d'attesa logoranti e senza autorizzazioni che spesso sono più lunghe della lista d'attesa stessa. Quindi libero accesso alle cure su tutto il territorio nazionale, revisione della mappatura con criteri concreti che non siano solo quelli dell'autocertificazione su un modulo e che rispondano effettivamente a quei criteri di cui in contesti accademici tanto si parla;
2. investire sui livelli di assistenza ancora carenti se non addirittura lacunosi in tutto il territorio nazionale, creandone di II e III livello.

ASSOCIAZIONE “CIBIAMOCI”: LE FAMIGLIE COME PROMOTORI ATTIVI SUI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

Nicoletta De Lorenzo
Società Cooperativa Anthropos, Giovinazzo (Bari)

Promotrice attiva tra gli interventi sui disturbi alimentari nel territorio pugliese, la Cooperativa Sociale Anthropos (www.anthroposdca.it) di Giovinazzo (Bari) ha realizzato fin dal 2008 progetti di prevenzione e di formazione sensibilizzando enti pubblici e privati, scuole del territorio e l'intera cittadinanza sulla necessità di porre attenzione sulle gravi conseguenze che i disturbi alimentari e l'obesità, possono avere per la salute fisica e psicologica di chi ne soffre.

Anthropos è presente nel settore della salute mentale da venticinque anni, in collaborazione con l'Ospedale civile Don Tonino Bello di Molfetta (Bari) mantiene attivo dal 2010, grazie al finanziamento della Markas srl, il progetto di educazione alimentare e prevenzione dell'obesità infantile “Cibiamoci” a carattere integrato e interdisciplinare proponendo un'educazione alla salute nelle scuole e con le famiglie.

Al fine di raggiungere i suoi obiettivi è stato adottato un metodo che tenesse conto di un approccio multifattoriale e integrato al problema, con interventi mirati e coordinati da parte di specifiche figure professionali, pediatra, nutrizionista, dietista e psicoterapeuta, con lo scopo e l'obiettivo di intervenire a più livelli per ottenere un cambiamento nello stile di vita e nelle abitudini alimentari, comunicative e relazionali del bambino e della famiglia.

Sono state quindi coinvolte scuole primarie e secondarie di primo grado del territorio di Molfetta; direttori scolastici e insegnanti hanno coadiuvato lo staff terapeutico nel lavoro presso l'ambulatorio di Dietologia e Pediatria dell'ospedale dove, nel rispetto della privacy, è stato offerto un percorso di prevenzione o di cura laddove si sono evidenziati, attraverso controlli antropometrici e colloqui da parte dello staff medico e terapeutico, fattori di rischio per l'obesità. Il bisogno delle famiglie di ricevere nuovi spazi di aiuto e sostegno, è stato determinante nella decisione della Cooperativa Anthropos di contribuire alla creazione dell'Associazione dei familiari denominata “Cibiamoci”, dal nome del progetto grazie al quale quasi trecento bambini con le loro famiglie sono stati seguiti ininterrottamente per tre anni. L'Associazione “Cibiamoci” è un'associazione di volontariato costituita da genitori e persone sensibili ai problemi legati ai disturbi del comportamento alimentare e all'obesità con obiettivi di prevenzione, sensibilizzazione e informazione sul fenomeno sempre più dilagante dei disturbi alimentari.

L'Associazione Cibiamoci è uno “spazio”, un “luogo” di ascolto, dove le famiglie si ritrovano per confrontarsi e sostenersi con accanto i professionisti del settore. Il suo scopo principale è quello di promuovere azioni di prevenzione primaria e secondaria, di sensibilizzare l'opinione pubblica, di impegnarsi contro la discriminazione delle persone affette da disturbi alimentari e obesità. Si propone inoltre di impegnarsi contro la discriminazione della persona affetta da Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) e obesità patologica; di promuovere azioni di cittadinanza attiva per diventare interlocutori e co-gestori attivi nella gestione di strutture sociali e sanitarie; di promuovere la ricerca e di dare nuove risposte che tutelino le persone affette da DCA; di collaborare con enti pubblici e privati, al fine di garantire un corretto scambio di informazioni fra i familiari.

SALOMÈ ONLUS, LE AZIONI DI PREVENZIONE

Andrea Sagni
Salomè Onlus, Lecce

Salomè Onlus è un'associazione scientifico-culturale nata nel 1998, che opera nel campo della prevenzione del disagio giovanile (in particolare per quel che riguarda i disturbi del comportamento alimentare) e nel campo della formazione medico-scientifica e culturale. Le idee e i progetti nascono da un modo alternativo di fare ricerca, scambio e conoscenza. Salomè Onlus promuove e realizza iniziative culturali e scientifiche volte a sensibilizzare la popolazione generale circa il disagio e i metodi per prevenirlo e curarlo. Promuove, inoltre, la cultura del benessere psicofisico. È provider nazionale ECM (Educazione Continua in Medicina) e propone eventi formativi per operatori sanitari, oltre che sociali e culturali. Elabora programmi di prevenzione primaria e secondaria rivolti alla popolazione a rischio, condotti nelle scuole medie primarie e secondarie. Produce materiale per la comunicazione sociale (riviste, libri, cartoline, video, gadget).

Nel 2008 ha ideato e realizzato, in collaborazione con Big Sur-laboratorio di comunicazione, la campagna nazionale di sensibilizzazione, informazione e formazione su anoressia, bulimia e obesità "Pe(n)sa differente. Festeggia il tuo peso naturale!" all'interno del progetto ministeriale nazionale "Le buone pratiche di cura e la prevenzione sociale dei DCA" (Protocollo di Intesa tra Ministero della Gioventù e Ministero della Salute / programma nazionale "Guadagnare Salute"). La campagna, che si configura quale azione di prevenzione universale dei disturbi dell'alimentazione e dell'obesità, culmina ogni anno nella manifestazione nazionale che si svolge in più giornate a Lecce. La manifestazione coniuga in sé incontri culturali, artistici, sociali e sportivi rivolti alla popolazione generale con l'obiettivo di sensibilizzare sul concetto del peso naturale, sulla sana alimentazione, sull'attività fisica salutare, sui messaggi ambigui relativi all'immagine corporea proposti dai media, sulla pericolosità e inutilità dell'industria della dieta, sulle opportunità di cura. Propone, inoltre, incontri scientifici rivolti agli operatori sociali e della salute finalizzati alla informazione e formazione nel campo dei disturbi dell'alimentazione e dell'obesità. "Pe(n)sa differente" vuole essere un invito a un percorso di costruzione personale che passi attraverso la resistenza alle attuali forme di mercificazione e omologazione. Una celebrazione della soggettività che si manifesta come diritto al pensiero critico, alla differenza e alla variazione. Il *claim* contiene in sé due accezioni: l'una si riferisce al peso, che è determinato da molti fattori tra i quali quelli genetici e che quindi non può essere un numero ideale valido per tutti; l'altra si riferisce alla necessità di pensare, ciascuno con la propria testa, al fine di elaborare il proprio modo originale di essere nel mondo. "Pe(n)sa differente. Festeggia il tuo peso naturale!" nell'edizione 2013 ha promosso e ospitato il 1° Forum Nazionale delle Associazioni che ha visto la partecipazione di: ADAC, Cosenza; ADEPO, Salerno; Anthropos, Giovinazzo (BA); Cido, Monte Compatri (RM); Centro di psicoterapia e formazione FIDA (Federazione Italiana Disturbi Alimentari), Torino; Dedalo FIDA, Firenze; Erika, Milano; In volo, Parma; Mi nutro di vita, Milano; Salomè Onlus, Lecce; Specchi d'acqua, Montecatini Terme (PT); Sulle ali delle menti, Ferrara. A partire dagli obiettivi comuni, tra cui la sensibilizzazione, la prevenzione universale e selettiva, la formazione, l'orientamento sulle opportunità di cura, la lotta alla stigmatizzazione e alla discriminazione, il Forum ha individuato degli ostacoli all'operare che potrebbero essere colmati dalla costituzione di una Commissione Nazionale delle Associazioni formata da membri che diano rappresentanza di tutto il territorio nazionale al fine di: elaborare linee guida dell'operare, anche a tutela dei cittadini; garantire il dialogo con le Istituzioni; gestire e promuovere lo scambio fra le Associazioni stesse.

ASSOCIAZIONE NAZIONALE SPECIALISTI IN SCIENZE DELL'ALIMENTAZIONE

Giuseppe Rovera

Associazione Nazionale Specialisti In Scienze dell'Alimentazione, Milano

In qualità di presidente dell'Associazione Nazionale Specialisti In Scienze dell'Alimentazione (ANSISA) ringrazio la dott.ssa Teresa Di Fiandra, che lo scorso anno ci ha riuniti per il lavoro della Conferenza di consenso (Cc) sui Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA), che come possiamo vedere oggi ha portato molti frutti.

Vorrei puntualizzare che nel 2012 la Regione Valle d'Aosta ha emanato una delibera regionale sui requisiti per le strutture che si occupano dei DCA.

La "Casa di cura per la salute della mente" a Brusson in Valle d'Aosta, il cui Direttore sanitario è la dott.ssa Concetta De Salvo, che oggi non è potuta essere presente, ha 20 posti letto dedicati ai DCA, quindi è un grosso centro di grande importanza. La struttura e la Regione Valle D'Aosta hanno recepito le raccomandazioni della Cc sui DCA. La "Casa di cura per la salute della mente", dove lavoro come nutrizionista, ha un po' tutte le figure professionali.

Come si è visto, la mappatura presenta qualche criticità, in quanto tutte le strutture che si occupano dei DCA vogliono essere presenti nella mappa. In realtà, andandole a visitare, si evidenzia che non hanno né i requisiti, né le strutture, né gli psicologi, né gli psichiatri, né gli educatori, né gli infermieri, né i dietisti, né i dietologi, mentre hanno solo una o due delle figure necessarie a una struttura dedicata ai DCA.

INFLUENZA DELLO STIGMA NELLA COMPLIANCE AL TRATTAMENTO DELLA CONDIZIONE DI OBESITÀ

Camillo Ezio Di Flaviano

Comitato italiano per i diritti delle persone affette da obesità e disturbi, Monte Compatri (RM)

L'obesità è una condizione clinica altamente stigmatizzata. Quando si parla di obesità l'attenzione viene spesso rivolta alle conseguenze fisiche associate all'eccesso ponderale di peso. Tuttavia, un aspetto importante e poco considerato è rappresentato dagli ostacoli personali e sociali che le persone con obesità incontrano nella vita di tutti i giorni a causa dello stigma. Quest'ultimo può influenzare non solo il benessere complessivo dell'individuo, ma anche la qualità della sua vita e il processo di cura. La visione negativa dell'obesità ha origine dalla credenza che il peso sia interamente sotto controllo personale e che, con la forza di volontà e l'impegno, si possa raggiungere il peso desiderato. L'obesità, pregiudizialmente, non è vista come disturbo cronico, ma come responsabilità dell'individuo, il quale può venire considerato causa principale della sua condizione. Stereotipi che vedono le persone obese come pigre, lente, non collaborative, con scarsa igiene personale, poco motivate, sono frequenti e difficilmente modificabili nella nostra società e possono portare a veri e propri episodi di discriminazione in aree importanti della vita dell'individuo come il lavoro, l'istruzione, le relazioni interpersonali e il tempo libero. Anche l'ambiente sanitario non è immune da stigma e la ricerca scientifica mostra come atteggiamenti negativi verso l'obesità e le persone obese siano presenti nel personale medico e paramedico e persino nei professionisti specializzati nel trattamento di questo disturbo. Tali atteggiamenti possono compromettere negativamente l'accesso alle cure con il rischio di peggiorare la condizione di obesità e le comorbidità associate, nonché compromettere una relazione di aiuto costruttiva e collaborativa tra medico e paziente. Data la natura multifattoriale e cronica dell'obesità sono necessari percorsi di cura multidisciplinari e continui nel tempo. La possibilità di incontrare e/o percepire atteggiamenti negativi da parte dei curanti (ambivalenza, scarsa disponibilità e attenzione) potrebbe portare il paziente ad avere sfiducia nel sistema sanitario (evitare visite mediche o esami di screening) e/o ad adottare comportamenti disfunzionali di gestione del peso (abbuffate, interruzione della dieta ed evitamento dell'attività fisica) (Figura 1).

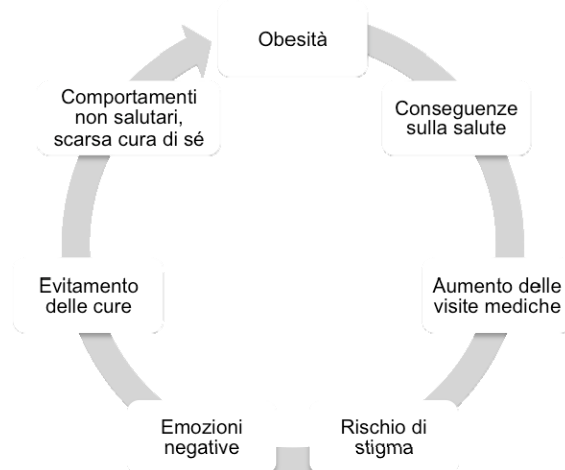


Figura 1. Ciclo dello stigma dell'obesità nell'ambiente sanitario

Tale dinamica rischia di peggiorare la condizione di obesità stessa (Puhl & Brownell, 2001; Brownell *et al.*, 2005; Puhl & Heuer, 2009)

Alla luce delle evidenze scientifiche, nella gestione dell'obesità è importante porre attenzione anche alla relazione terapeutica, ovvero alla comunicazione e all'atteggiamento tenuto con questo tipo di pazienti per non trovarsi a combattere le persone obese invece che l'obesità.

Bibliografia

Brownell KD, Puhl R, Schwartz MB, Rudd L. *Weight bias: nature, consequences, and remedies*. New York: Guilford Press; 2005.

Puhl R, Brownell KD. Bias, discrimination, and obesity. *Obes Res* 2001;9(12):788-805.

Puhl R, Heuer CA. The stigma of obesity: a review and update. *Obesity* 2009;17(5):941-64.

ASSOCIAZIONE “sulleALIdelleMENTI”

Giuseppina Poletti

Associazione “sulleALIdelleMENTI”, Ferrara

L'associazione “sulleALIdelleMENTI” si è costituita nel giugno del 1999 con lo scopo di favorire la conoscenza e la prevenzione di anoressia, bulimia e obesità, a seguito del desiderio, di un gruppo di persone che avevano vissuto o stavano vivendo il problema dei disturbi alimentari (DCA), di aiutare chi si trovasse in quella stessa situazione.

Consapevole che il consumo del cibo e le abitudini alimentari sbagliate sono vissute spesso in solitudine a causa dei sentimenti di vergogna e di colpa provati, l'associazione opera per favorire:

- la conoscenza e la sensibilizzazione del fenomeno dei disordini alimentari;
- lo studio e la ricerca dello stesso sul territorio;
- la diffusione di messaggi positivi, destinati a infondere speranza in relazione alla possibilità di intraprendere un cammino costruttivo verso la guarigione, rivolti ai soggetti colpiti da questi disturbi, ai loro familiari e amici.

Dal novembre 1999, i volontari di “sulleALIdelleMENTI” rispondono al “Filo diretto A.B.” (0521/231149 – il mercoledì dalle 18 alle 20 e il sabato dalle 10 alle 12, nelle altre fasce orarie è presente una segreteria telefonica), promosso dall'azienda USL di Parma (referente Dott.ssa Gibin) e ne elaborano i dati raccolti al fine di costituire un osservatorio territoriale sui DCA.

L'associazione sviluppa attività culturali sui temi di proprio interesse, partecipa a convegni e seminari, coordina incontri e percorsi di educazione alimentare con gli allievi di vari istituti di ogni ordine e grado sia della città sia della provincia.

Dal 2004 organizza e gestisce gruppi AMA (Auto Mutuo Aiuto) dedicati sia alle persone direttamente interessate sia ai loro familiari e amici.

Dal 2011 è presente con una sezione dell'associazione a Ravenna; i volontari rispondono al numero verde 800604664 (il sabato mattina dalle 10 alle 12 nelle altre fasce orarie è presente una segreteria telefonica), promosso dall'azienda USL di Ravenna (referente Dott.ssa Distani) e gestiscono dall'autunno 2013 gruppi AMA dedicati sia alle persone direttamente interessate sia ai loro familiari e amici.

Dal 2012 svolge la propria attività anche presso la residenza socioriabilitativa "In Volo" per pazienti DCA a Pellegrino Parmense (PR), residenza gestita dal Centro di Solidarietà L'Orizzonte onlus di Parma (Gruppo Ceis); la residenza è nata sotto la spinta propulsiva dell'associazione, che ritiene necessaria l'esistenza di luoghi dedicati alla cura dei pazienti che soffrono di DCA.

Dal 2013 è stata avviata anche l'attività della sezione di Ferrara.

Tutte le attività dell'Associazione sono volte all'integrazione con i servizi presenti sui vari territori, al fine di creare una rete dove ognuno riesca a mettere in atto le proprie peculiarità, senza mai perdere di vista l'obiettivo primario: il bene dei pazienti.

CONCLUSIONI DEL CONVEGNO

Teresa Di Fiandra (a), Giovanni De Virgilio (b)

(a) *D.G. Prevenzione, Dipartimento sanità pubblica e innovazione, Ministero della Salute, Roma*

(b) *Ufficio Relazione Esterne, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

Dalle relazioni presentate e dal dibattito che è seguito sono emerse alcune indicazioni operative per mantenere vivi l'attenzione e l'impegno dei diversi livelli istituzionali, dall'Azienda sanitaria, alla Regione, al Ministero della Salute e all'Istituto Superiore di Sanità (ISS) sul tema dei Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA).

In particolare, il percorso di lavoro iniziato nel 2010 con la formazione degli operatori dei Centri DCA e arricchito dai risultati della Conferenza di consenso (Cc) del 2012, deve essere consolidato e sviluppato con il coinvolgimento della "rete" di risorse umane (enti, società scientifiche e associazioni di utenti e familiari) costituite per la Cc e con altre risorse che saranno rese di volta in volta disponibili.

Dovranno essere previsti uno spazio di incontro "virtuale" attraverso una pagina web dedicata e un appuntamento annuale presso l'ISS per lo scambio e l'aggiornamento sul tema.

Possibili prospettive future riguardano anche la realizzazione di progetti di ricerca e attività di promozione della qualità dell'assistenza. In particolare, avvalendosi dell'esperienza acquisita dal Reparto Salute mentale (Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute dell'ISS), potrebbero essere sviluppate le seguenti ipotesi di progetto e di studio:

- studi di prevalenza e incidenza dei DCA;
- indagini di valutazione dell'utilizzo dei servizi sanitari;
- conduzione di studi sperimentali sull'efficacia di interventi nelle aree della prevenzione e del trattamento;
- messa a punto di sistemi di indicatori di qualità professionale;
- sperimentazione di programmi di promozione del miglioramento di qualità dei servizi.

Infine, per la sostenibilità dell'intero sistema risulta fondamentale il raccordo tra Ministero della Salute e Regioni, anche con il supporto tecnico scientifico dell'ISS, al fine di realizzare le seguenti linee di intervento prioritarie:

- aggiornamento della mappa dei centri DCA per garantire un monitoraggio dell'offerta e un servizio affidabile agli utenti;
- costituzione di tavoli tecnici di lavoro regionali per la costruzione di linee strategiche, anche a partire esplicitamente dalle raccomandazioni della Cc 2012, come già avvenuto in alcune Regioni (es. Abruzzo);
- formulazione e/o aggiornamento di linee di indirizzo regionali programmatiche (es. Umbria, appena pubblicate);
- coinvolgimento dei portatori di interesse (pazienti, famiglie, associazioni).

APPENDICE A
Scheda raccolta dati sulle iniziative promosse
dalle Regioni e dai Centri DCA



Stato dell'arte e prospettive nella gestione dei DCA

L'Ufficio Relazioni Esterne dell'Istituto Superiore di Sanità sta organizzando un convegno sui DCA dal titolo: "Lo stato dell'arte e le prospettive nella gestione dei DCA a un anno dalla Conferenza nazionale di consenso", che era stata organizzata dall'ISS con il patrocinio del Ministero della Salute, di cui le inviamo in allegato un programma di massima.

Con il presente questionario, intendiamo effettuare una ricognizione preliminare delle iniziative promosse dalle Regioni e dai Centri DCA aziendali che siano in linea con le raccomandazioni prodotte dalla Cc del 24-25 ottobre 2012 (vedi sintesi alla fine del questionario).

La preghiamo di rispondere ai quesiti, di salvare il file con nome (nomeregione) e inviarlo a: prevenzione@regione.liguria.it

REGIONE Selezionare

1. Ritiene che le raccomandazioni prodotte dalla Cc DCA siano utili per una gestione appropriata dei DCA?

Sì No

Se Sì, perché:

Se No, perché:

2. La sua Regione ha:

a) attivato tavoli tecnici regionali sui DCA

Sì No

Se Sì, indicare (con riferimento ai DCA):

oggetto:

partecipanti:

attività:

risultati attesi:

indicatori:

b) emanato atti regionali di recepimento delle linee guida nazionali

Sì No

Se Sì, indicare:

tipo:

obiettivi:

attività:

tempi:

risorse:

risultati attesi:

indicatori:

c) emanato atti programmatori regionali sull'organizzazione dei servizi e sulle risorse relativi ai DCA

Sì

No

Se Sì, indicare:

tipo:

contenuti:

attività:

tempi:

risorse:

risultati attesi:

indicatori:

d) elaborato piani operativi regionali/aziendali che includono il tema dei DCA

Sì

No

Se Sì, indicare (con riferimento ai DCA):

obiettivi:

attività:

tempi:

risorse:

risultati attesi:

indicatori:

e) elaborato progetti di ricerca epidemiologica, di base e/o applicata alle gestione dei servizi DCA

Sì

No

Se Sì, indicare:

titolo:

durata:

obiettivi:

metodologia:

risultati attesi:

indicatori:

f) avviato interventi di prevenzione sui DCA

Sì No

Se Sì, indicare:

obiettivi:

destinatari:

metodi:

risorse:

risultati attesi:

indicatori:

g) avviato interventi di formazione sui DCA

Sì No

Se Sì, indicare:

obiettivi:

destinatari:

metodi:

h) organizzato eventi di informazione sui DCA

Sì No

Se Sì, indicare:

tipo di evento:

titolo:

obiettivi:

destinatari:

i) avviato altre iniziative sui DCA

Sì No

Se Sì, indicare:

tipologia:

obiettivi:

destinatari:

metodi:

risultati attesi:

indicatori:

NB: nel caso fosse necessario fornire informazioni su più di un tavolo tecnico, atto regionale, ecc (*domande 2a-2i*), la preghiamo di compilare un'altra scheda, di salvarla (nomeregione_2) e inviarla sempre all'indirizzo indicato sopra: prevenzione@regione.liguria.it

Raccomandazioni emerse dalla Cc DCA

Sintesi dal Documento definitivo di consenso della *Cc sui Disturbi del Comportamento Alimentare negli adolescenti e nei giovani adulti*, Istituto Superiore di Sanità Roma, 24-25 ottobre 2012

Dimensione epidemiologica dei DCA e carico assistenziale

- Progettare e condurre studi epidemiologici su ampi campioni di popolazione generale per valutare la prevalenza, l'incidenza e la mortalità per DCA in Italia
- Progettare e condurre studi epidemiologici sull'utilizzo dei servizi per livello assistenziale

Prevenzione

- Definire modelli di sviluppo dei DCA al fine di comprendere le interazioni dinamiche dei fattori di rischio e di quelli protettivi
- Promuovere indagini per individuare popolazioni a rischio
- Costruire modelli di prevenzione integrati per DCA e obesità attraverso l'individuazione di fattori di rischio comuni
- Valutare l'efficacia di interventi volti a potenziare le life skills e i fattori protettivi
- Migliorare la qualità metodologica degli interventi di provata efficacia sperimentale e testarli in studi che ne valutino l'efficacia nella pratica e che identifichino possibili barriere alla loro disseminazione.
- Individuare la popolazione a rischio attraverso un assessment dei fattori di rischio variabili di maggiore potenza predittiva (insoddisfazione per il corpo e le forme corporee, dieting).
- Reclutare la popolazione a rischio anche attraverso l'uso di modalità/strumenti
- che incentivino e sviluppino motivazione alla partecipazione dei beneficiari.
- Adottare programmi di prevenzione che si siano mostrati efficaci (dissonanza cognitiva, peso salutare, student bodies).
- Evitare di adottare programmi di prevenzione in assenza di studi di efficacia sperimentale e di efficacia nella pratica.

Modelli organizzativi

- Definire il percorso diagnostico-terapeutico-riabilitativo dei pazienti con DCA. Tale percorso deve sempre includere sia gli aspetti psicologici e psicopatologici, sia quelli clinico-nutrizionali, metabolici e fisici, sia quelli socioambientali, sebbene in misura diversa a seconda dello specifico DCA dal quale il paziente è affetto, del diverso decorso, della gravità e complessità del quadro clinico e delle diverse fasi del percorso. Deve essere basato sulle migliori evidenze disponibili, che allo stato attuale sono quelle dettagliate nel documento di consenso.

Il percorso deve inoltre garantire:

- il coinvolgimento attivo degli utenti e/o dei familiari
- la gestione specifica per età e per disturbo, sia dal punto di vista psicoterapeutico, psichiatrico o neuropsichiatrico infantile che internistico, pediatrico e nutrizionale
- la presenza di personale con formazione ed esperienza specifica sui DCA
- il trattamento delle eventuali comorbilità e delle conseguenze generali del disturbo, in raccordo con personale formato sui DCA.

Le figure professionali coinvolte devono essere, a seconda dell'età del soggetto, il medico di base o il pediatra di famiglia; psichiatri o neuropsichiatri infantili; psicologi, psicoterapeuti, nutrizionisti clinici, internisti o pediatri, dietisti; possono essere variamente rappresentati in fasi specifiche del percorso altri specialisti (endocrinologo, gastroenterologo, ginecologo ecc.), riabilitatori, infermieri, educatori, operatori sociali, ecc.

- Il modello organizzativo per la gestione dei DCA deve essere multidimensionale, interdisciplinare e multi-professionale integrato. Deve inoltre essere età specifico. Il livello ambulatoriale deve essere il fulcro della gestione del paziente con DCA, sia in entrata (diagnosi precoce, identificazione e gestione dei casi sottosoglia), sia nel trattamento e nel follow-up di lungo periodo.

Devono essere previste anche altre tipologie di strutture, con livelli assistenziali crescenti, che possono entrare a far parte del percorso a seconda delle condizioni dei pazienti, delle diagnosi, del livello di complessità e dei bisogni prevalenti. Tutte le strutture devono articolarsi tra loro in una rete

assistenziale stabile che deve garantire la continuità del percorso del paziente ed è organizzata su cinque livelli:

- medici di medicina generale (MMG) e pediatri di famiglia (PdF);
- servizi ambulatoriali specialistici, ospedalieri e non, in rete interdisciplinare;
- diverse tipologie di servizi diurni;
- residenzialità terapeutico-riabilitativa;
- ricoveri ordinari e d'urgenza.

*Stampato da Ugo Quintily SpA
Viale Enrico Ortolani 149/151, 00125 Roma*

Roma, ottobre-dicembre 2013 (n. 4) 35° Suppl.