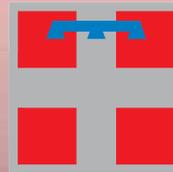




I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

Una proposta
della Regione Piemonte
per un percorso diagnostico-
terapeutico-assistenziale



I DISTURBI DEL COMPORAMENTO ALIMENTARE

Una proposta della Regione Piemonte
per un percorso
diagnostico-terapeutico-assistenziale

Gruppo di lavoro:

- Coordinamento:** Renata Magliola *Medico di Sanità Pubblica,
Coordinatore delle attività di prevenzione della Regione Piemonte*
- Giovanni Abbate Daga** *Psichiatra, Centro Pilota Regionale Disturbi del Comportamento Alimentare,
Azienda Sanitaria Ospedaliera San Giovanni Battista, Torino*
- Monica Audisio** *Psicologa, Dipartimento Salute Mentale ASL TO5, Nichelino (TO)*
- Patrizia Brigoni** *Documentalista, Centro di Documentazione per la Promozione della Salute (DoRS)*
- Carlo Campagnoli** *Ginecologo, Associazione PrATo (Prevenzione Anoressia Torino)*
- Daniela Domeniconi** *Dietologo, Dietetica e Nutrizione Clinica,
Ospedale Santa Croce e Carle, Cuneo*
- Secondo Fassino** *Psichiatra, Centro Pilota Regionale Disturbi del Comportamento Alimentare,
Università di Torino, Azienda Sanitaria Ospedaliera San Giovanni Battista, Torino*
- Ornella Geda** *Ginecologo, Consultorio familiare ASL TO2 e TO3, Torino*
- Luisa Gianotti** *Ginecologo, Consultorio ASL TO2 e TO3, Torino*
- Maria Rosa Giolito** *Ginecologo, Coordinamento dei Consultori Familiari, Regione Piemonte*
- Giuseppe Malfi** *Dietologo, Dietetica e Nutrizione Clinica,
Azienda Sanitaria Ospedaliera San Giovanni Battista, Torino*
- Anna Peloso** *Medico NPI, Sezione di Neuropsichiatria Infantile, Dipartimento Universitario
di Scienze Pediatriche e dell'Adolescenza, Azienda Ospedaliera OIRM-Sant'Anna, Torino*
- Clementina Peris** *Ginecologo, Ginecologia Endocrinologica,
Azienda Ospedaliera OIRM-Sant'Anna, Torino*
- Francesco Rizzo** *Psichiatra, Dipartimento Salute Mentale, ASL CN1*
- Roberto Vola** *AReSS - Accreditemento Strutture Sanitarie*

Revisione a cura di:

- Caterina Corbascio** *Psichiatra, referente Ufficio Tutela della salute mentale, Regione Piemonte*
- Augusta Palmo** *Dietologo, Dietetica e Nutrizione Clinica,
Azienda Sanitaria Ospedaliera San Giovanni Battista, Torino*

Editing e impaginazione:

Monica Bonifetto

Ottobre 2008

SOMMARIO

	<i>pag.</i>
<i>Presentazione</i>	5
Capitolo 1. Epidemiologia dei disturbi del comportamento alimentare	7
1.1. Le dimensioni del problema	7
1.2. Eziopatogenesi dei disturbi del comportamento alimentare	10
1.3. La prevenzione dei disturbi della condotta alimentare	12
Capitolo 2. Indagine sulla situazione in Piemonte	17
2.1. La situazione in Piemonte	18
2.2. Problemi aperti e prospettive	23
2.3. Alcune realtà operanti sul territorio regionale	24
Capitolo 3. Proposta di un percorso diagnostico-assistenziale	29
3.1. Linee guida nazionali e letteratura di riferimento	29
3.2. Priorità nell'assistenza per i DCA	29
3.3. Percorso assistenziale e indicatori di attività	30
Appendice. Il trattamento dei DCA in regime residenziale. Le comunità terapeutiche per pazienti affetti da DCA	41
1. Funzionamento del percorso in comunità	42
2. La valutazione preliminare all'ingresso in comunità	44
3. La dimissione dalla comunità	46
4. Il problema dei casi cronici	46
Conclusioni	47
<i>Bibliografia</i>	49

PRESENTAZIONE

I disturbi del comportamento alimentare (DCA), l'anoressia nervosa, la bulimia nervosa, il disturbo da alimentazione incontrollata sono patologie complesse, conseguenti a disturbi psicopatologici, che alterano profondamente la qualità della vita dei giovani pazienti e delle loro famiglie e possono provocare conseguenze fisiche anche gravissime, quali insufficienza renale, osteoporosi, alterazioni cardiovascolari, e in alcuni casi portano anche alla morte.

Queste patologie sono sempre più frequenti anche in età evolutiva e richiedono, per la diagnosi e la terapia, il concorso di specialisti diversi, in una strategia multidimensionale, con accenti differenziati a seconda dell'età del paziente, del tipo e della fase della malattia.

Questo documento rappresenta il risultato del lavoro di un gruppo multiprofessionale e interdisciplinare sui DCA istituito presso l'Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità della Regione Piemonte.

Il gruppo aveva l'obiettivo di porre attenzione al contesto piemontese, svolgere un'analisi organizzativa delle attività poste in essere nell'ambito dei DCA e contribuire a creare le condizioni per un efficace lavoro di rete. Inoltre, il gruppo era chiamato a progettare percorsi diagnostico-assistenziali appropriati, accessibili, integrati fra strutture ospedaliere e territorio e a formulare proposte di coordinamento delle attività di prevenzione dei DCA con il progetto "Guadagnare in salute negli adolescenti".

In analogia con altri gruppi di lavoro regionali, si è dimostrata particolarmente proficua la collaborazione tra operatori con professionalità diverse, provenienti da servizi ospedalieri e territoriali che hanno portato il loro bagaglio di esperienza.

Il lavoro della nostra Regione non si esaurisce qui: occorre individuare e rendere riconoscibili i "luoghi" dell'accoglienza e della cura, nel territorio regionale, e rendere effettivi i percorsi indicati, per dare una risposta adeguata ai giovani coinvolti in questo problema e alle loro famiglie.

*L'Assessore Regionale
Eleonora Artesio*

CAPITOLO 1

EPIDEMIOLOGIA DEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

1.1. Le dimensioni del problema

I disturbi del comportamento alimentare (DCA) costituiscono un gruppo eterogeneo di condizioni patologiche definite, nelle classificazioni psichiatriche, *severe mental illness* che necessitano di trattamenti specializzati, ad alto livello di integrazione. I DCA sono definiti e classificati dall'American Psychiatric Association nella quarta edizione del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*¹ (Tabelle 1, 2, 3); la classificazione ICD-10 è ampiamente sovrapponibile².

Tuttavia la variabilità sintomatologica dei vari disturbi osservati nella pratica clinica si discosta spesso dai quadri classici.

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) i disturbi del comportamento alimentare rappresentano un problema di salute pubblica in costante crescita nei Paesi industrializzati. I primi sintomi dei DCA insorgono in età evolutiva e, secondo la letteratura scientifica, il tasso di incidenza tende ad aumentare, mentre l'età di insorgenza tende sempre più ad abbassarsi,

coinvolgendo la preadolescenza. In particolare, per l'anoressia nervosa, la bulimia nervosa e gli altri disturbi, i dati epidemiologici a livello internazionale indicano, sempre nei Paesi industrializzati, una prevalenza tra le adolescenti e le donne adulte dell'1-3 per cento per la bulimia nervosa e dello 0,5-1 per cento per l'anoressia nervosa, mentre le forme subcliniche, caratterizzate da una minore gravità clinica rispetto ai due quadri clinici principali, colpiscono il 6-10 per cento dei soggetti di sesso femminile^{3,4}. Le donne con anoressia in Italia sono circa 25.000; quelle con bulimia circa 100.000. In adolescenza nell'anoressia nervosa il rapporto maschi-femmine è di 1 a 9/10⁵.

I disturbi della condotta alimentare, di cui l'anoressia e la bulimia nervosa sono le manifestazioni più note e frequenti, hanno effetti spesso devastanti sulla salute psichica e fisica e quindi sulla qualità di vita di adolescenti e giovani adulti. Se non trattati tempestivamente, possono diventare una condizione permanente e nei casi gravi portare alla morte^{6,7}. I tassi di mortalità per anoressia superano il 10 per cento: è la

malattia psichiatrica con tasso di mortalità più elevato; l'anoressia e la bulimia rappresentano la seconda causa di morte tra gli adolescenti di sesso femminile, dopo gli incidenti stradali.

Se trattati, i DCA possono risolversi nell'arco di tre-quattro anni e nel 70-80 per cento dei casi la guarigione è stabile con o senza sintomi residui sottosoglia. Chi ha sofferto di queste patologie è più sogget-

to di altri a nuovi episodi, anche dopo vari anni.

L'aumento della diffusione dei DCA, spesso in codiagnosi con altri disturbi, ha assunto negli ultimi anni, anche nella nostra Regione, un rilievo significativo, tale da determinare l'esigenza di una azione mirata, per affrontare il problema sia in termini preventivi sia mediante adeguati interventi di cura.

Tab. 1 Criteri diagnostici per l'anoressia nervosa (307.1) ¹

<ol style="list-style-type: none">1. Rifiuto di mantenere il peso corporeo al di sopra o al peso minimo normale per l'età e la statura (per esempio perdita di peso che porta a mantenere il peso corporeo al di sotto dell'85 per cento rispetto a quanto previsto, oppure incapacità di raggiungere il peso previsto durante il periodo della crescita in altezza, con la conseguenza che il peso rimane al di sotto dell'85 per cento rispetto a quanto previsto).2. Intensa paura di acquistare peso o di diventare grassi, anche quando si è sottopeso.3. Alterazione del modo in cui il soggetto vive il peso o la forma del corpo, o eccessiva influenza del peso e della forma del corpo sui livelli di autostima, o rifiuto di ammettere la gravità dell'attuale condizione di sottopeso.4. Nelle femmine dopo il menarca, amenorrea, cioè assenza di almeno tre cicli mestruali consecutivi (una donna viene considerata amenorroica se i suoi cicli si manifestano solo a seguito di somministrazione di ormoni, per esempio estrogeni). Specificare il sottotipo:<ul style="list-style-type: none">• <i>con restrizioni</i>: nell'episodio attuale di anoressia nervosa il soggetto non ha presentato regolarmente abbuffate o condotte di eliminazione (per esempio vomito autoindotto, uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclismi);• <i>con abbuffate/condotte di eliminazione</i>: nell'episodio attuale di anoressia nervosa il soggetto ha presentato regolarmente abbuffate e/o condotte di eliminazione (per esempio vomito autoindotto, uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclismi).
--

Tab. 2 Criteri diagnostici per F50.2 bulimia nervosa (307.51) ¹

- a. Ricorrenti abbuffate. Un'abbuffata è caratterizzata da entrambi i seguenti:
1. mangiare in un definito periodo di tempo (ad es. un periodo di due ore) una quantità di cibo significativamente maggiore di quello che la maggior parte delle persone mangerebbe nello stesso tempo e in circostanze simili;
 2. sensazione di perdere il controllo durante l'episodio (ad es. sensazione di non riuscire a smettere di mangiare o a controllare cosa e quanto si sta mangiando).
- b. Ricorrenti e inappropriate condotte compensatorie per prevenire l'aumento di peso, come vomito autoindotto, abuso di lassativi, diuretici, enteroclistmi o altri farmaci, digiuno o esercizio fisico eccessivo.
- c. Le abbuffate e le condotte compensatorie si verificano entrambe in media almeno due volte alla settimana, per tre mesi.
- d. I livelli di autostima sono indebitamente influenzati dalla forma e dal peso corporei.
- e. L'alterazione non si manifesta esclusivamente nel corso di episodi di anoressia nervosa.
- Specificare il sottotipo:
- *con condotte di eliminazione*: nell'episodio attuale di bulimia nervosa il soggetto ha presentato regolarmente vomito autoindotto o uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclistmi;
 - *senza condotte di eliminazione*: nell'episodio attuale il soggetto ha utilizzato regolarmente altri comportamenti compensatori inappropriati, quali il digiuno o l'esercizio fisico eccessivo, ma non si dedica regolarmente al vomito autoindotto o all'uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclistmi.

Tab. 3 Criteri di ricerca per il disturbo da alimentazione incontrollata ¹

- a. Episodi ricorrenti di alimentazione incontrollata. Un episodio di alimentazione incontrollata si caratterizza per la presenza di entrambi i seguenti elementi:
1. mangiare, in un periodo definito di tempo (per es., entro un periodo di 2 ore), un quantitativo di cibo chiaramente più abbondante di quello che la maggior parte delle persone mangerebbe in un periodo simile di tempo e in circostanze simili;
 2. sensazione di perdita del controllo nel mangiare durante l'episodio (per es., la sensazione di non riuscire a fermarsi, oppure a controllare che cosa e quanto si sta mangiando).
- b. Gli episodi di alimentazione incontrollata sono associati con tre (o più) dei seguenti sintomi:
1. mangiare molto più rapidamente del normale;
 2. mangiare fino a sentirsi spiacevolmente pieni;
 3. mangiare grandi quantitativi di cibo anche se non ci si sente fisicamente affamati;
 4. mangiare da soli a causa dell'imbarazzo per quanto si sta mangiando;
 5. sentirsi disgustato verso se stesso, depresso o molto in colpa dopo le abbuffate.
- c. È presente marcato disagio a riguardo del mangiare incontrollato.
- d. Il comportamento alimentare incontrollato si manifesta, mediamente, almeno per 2 giorni alla settimana in un periodo di 6 mesi.
- Nota*: Il metodo per determinare la frequenza è diverso da quello usato per la bulimia nervosa; la ricerca futura dovrebbe indicare se il metodo preferibile per individuare una frequenza-soglia sia quello di contare il numero di giorni in cui si verificano le abbuffate, oppure quello di contare il numero di episodi di alimentazione incontrollata.
- e. L'alimentazione incontrollata non risulta associata con l'utilizzazione sistematica di comportamenti compensatori inappropriati (per es. uso di purganti, digiuno, eccessivo esercizio fisico) e non si verifica esclusivamente in corso di anoressia nervosa o di bulimia nervosa.

1.2. Eziopatogenesi dei disturbi del comportamento alimentare

Ogni epoca storica tende a privilegiare una determinata malattia (la tisi nell'Ottocento, la sifilide nel Settecento) che diventa l'immagine metaforica di una determinata società, di un determinato mondo. Non c'è dubbio che il disturbo del comportamento alimentare per i suoi legami con l'identità corporea, mai come in questa epoca connessa con la sicurezza del Sé, con il cibo, amico e nemico, abbondanza e mancanza nello stesso tempo, con l'ossessiva declinazione dell'apparenza, con la sofisticata capacità di evolvere e mimetizzarsi che ricorda quella dei virus, si presti a rappresentare ed esprimere molti dei grandi temi, paure e contraddizioni della nostra epoca.

Laura Dalla Ragione,
*La casa delle bambine che non mangiano*³

L'anoressia nervosa, la bulimia nervosa e il disturbo da alimentazione incontrollata sono malattie psichiatriche cultural-dipendenti, cioè fortemente correlate con modelli socioculturali caratterizzati da valori e simboli guida contraddittori e confusivi. Sono costituiti da un'intensa polarizzazione psicopatologica sul cibo e sul peso corporeo: per restrizione alimentare, oppure per alimentazione caotica e compulsiva seguita da pratiche volte a eliminare il cibo ingerito allo scopo di aumentare o diminuire il peso corporeo. Patogenesi e decorso sono essenzialmente condizionati da processi psicosomatici e somatopsichici in stretta connessione, per cui la mente e il corpo, seppur non riconosciuti dalle pazienti come integrati tra loro, sono strettamente in causa.

La sintomatologia alimentare è un tentativo di compenso estremo e controprodu-

cente, rispetto a problematiche conflittuali inconsce e profonde, ad antiche e radicate sofferenze emotive e interpersonali. Dal punto di vista psicopatologico, si riscontra un carente sviluppo del proprio Sé, dello schema corporeo, dell'autostima, dell'identità, dello stile di vita, dell'organizzazione della personalità.

In un'alta percentuale di casi, vi è la tendenza al perpetuarsi autolesivo della sintomatologia: una serie di fattori (bio-psicosociali), sinergizzandosi negativamente, "in-carcerano" il soggetto in un circolo vizioso, in modo che la malattia si protrae per anni, con decorso cronico con fasi alterne e invalidità progressiva. Le famiglie, specie nell'anoressia nervosa, sono gravemente coinvolte con modalità patologiche e conflittuali nella sofferenza dei loro figli.

Nell'ottica del modello bio-psico-sociale le cause dei DCA sono neurobiologiche e genetiche, psicologiche, intrapsichiche, relazionali e socio-familiari: come si vedrà in seguito questi fattori concorrono in maniera diversa allo sviluppo e al mantenimento del disturbo. Schematicamente si distinguono fattori predisponenti a lungo termine (tratti ossessivi, dipendenza/controllo e perfezionismo), fattori precipitanti (separazioni, perdite e nuove richieste ambientali ricollegabili, in adolescenza, ai compiti evolutivi propri della fase di sviluppo) e fattori cronicizzanti (guadagni secondari e feedback psicologici).

In particolare, tra le *cause biologiche* sono state evidenziate anomalie strutturali e

funzionali del sistema nervoso centrale in cui il neurotrasmettitore serotonina, coinvolto anche nella regolazione dell'umore e dell'impulsività, svolge un ruolo di rilievo. Gli studi familiari e quelli sui gemelli mostrano una componente genetica nell'eziologia dei DCA. Specifici temperamenti e psicopatologie ereditabili aumentano la vulnerabilità a un DCA. La predisposizione genetica potrebbe essere legata allo sviluppo di particolari tipi di personalità (ossessiva e perfezionista), anche in relazione a tratti temperamentali estremi, geneticamente trasmessi, come evitamento del danno e dipendenza dal riconoscimento.

Per quanto riguarda l'*aspetto intrapsichico*, l'impulsività, l'aggressività e la rabbia, unitamente a una bassa stima di sé, sono importanti elementi psicopatologici che condizionano sia l'esordio sia i percorsi di cura. Il giovane affetto da DCA presenta impoverimento del sentimento sociale, aggressività maligna, identità psicosessuale e corporea imperfetta. È presente un deficit del concetto di Sé, talora una precaria identità del Sé (nuclei psicotici). Una scorretta percezione della propria immagine di Sé e del proprio ruolo sociale si accompagna internamente all'incapacità di distinguere anche le sensazioni aggressive e sessuali, che vengono quindi confusivamente vissute come fame o sazietà. L'autostima è fragilissima, patologicamente dipendente dall'estetica e dal funzionamento corporeo, quasi sempre "in

scacco" davanti a un Sé grandioso, narcisistico.

In adolescenza i DCA evidenziano i legami con i processi di cambiamento innescati dal decollo puberale, di accesso all'autonomia e alla rappresentazione di sé, l'impossibilità di un'espressione psichica di tali difficoltà e il ricorso a comportamenti agiti sul corpo. Dal punto di vista psicopatologico sono interpretati come una patologia di tipo strutturale, espressione di deficit piuttosto che di conflitti, la cui origine rimanda a un "difetto di base" nelle relazioni primarie con successive difficoltà di separazione e di differenziazione, di accesso all'autonomia e di regolazione affettiva. L'esperienza clinica e terapeutica suggeriscono che in adolescenza i DCA sottendono dinamiche e situazioni differenti in rapporto al livello evolutivo raggiunto, alle difese utilizzate, all'organizzazione della personalità e del carattere, che rendono ragione di differenti evoluzioni.

Sono descritte *inadeguate dinamiche relazionali familiari* e segni di difficoltà emotive precedenti l'esordio, riguardanti conflitti tra bisogni di dipendenza e indipendenza. Si riscontrano disturbi psichiatrici nei familiari e una incompleta identità personale dei componenti, in modo tale che nessun membro esprime un proprio ruolo ben definito e separato (es. i cosiddetti genitori incompiuti). Le pazienti con anoressia sono state spesso bambine ubbidienti e remissive, molto legate alla famiglia, studiose e perfezioniste, che non

hanno mai creato problemi: le cosiddette "brave bambine"⁹.

Infine è importante sottolineare il ruolo della cultura e della società nella genesi dei DCA, la cui prevalenza è maggiore nei Paesi industrializzati dove vi è facilità ad acquistare cibo e la magrezza rappresenta un valore e un obiettivo da raggiungere. Inoltre le modificazioni socioculturali degli ultimi anni hanno comportato un importante disagio nelle famiglie con significative modificazioni nel sistema dei valori. L'adolescente è in cerca di punti di riferimento e le difficoltà interne spesso lo inducono ad adottare modelli esterni legati all'immagine e all'apparire: il contesto culturale contemporaneo sostiene la valorizzazione narcisistica, l'apparenza e il successo per cui il corpo esibito diviene il luogo privilegiato della rappresentazione e dell'immagine di sé.

Molte evidenze delle ricerche specialistiche rimarcano come sia indispensabile – ai fini dell'appropriatezza delle cure – che a un'eziopatogenesi bio-psico-sociale corrisponda un progetto terapeutico che ugualmente consideri gli aspetti biologici intrapsichici e socio-familiari.

1.3. La prevenzione dei disturbi della condotta alimentare

1.3.1. I fattori di rischio

Le edizioni recenti dei manuali diagnostici (DSM IV-TR, ICD-10)^{1,2} indicano che i di-

sturbi alimentari si manifestano lungo un *continuum* sintomatologico, dalle forme restrittive a quelle bulimiche, con tendenza a migrare tra le varie categorie diagnostiche nel corso della malattia. Studi retrospettivi hanno evidenziato *fattori premorbose* correlati o interferenti col disturbo: sono *fattori di vulnerabilità genetica*, quali tratti temperamentali moderatamente ereditabili, come ossessività, perfezionismo, di cui si è detto. Hanno invece significativo valore come *fattori predisponenti* la qualità della relazione precoce madre-bambino e alcune caratteristiche del funzionamento familiare, quali un'organizzazione rigida con tendenza all'evitamento dei conflitti, aspetti di dipendenza, investimento eccessivo sull'apparenza e sul raggiungimento di risultati.

Anche se la genesi multifattoriale dei DCA non consente di pensare a una prevenzione che modifichi i fattori in causa, è di interesse recente la comprensione dei *fattori di rischio* (FR) che potrebbero orientare precocemente la diagnosi e il trattamento.

Sono considerati FR l'insoddisfazione corporea, la bassa autostima, l'intraprendere una dieta, pressioni sociali ed emulazione di modelli esterni, disturbi depressivi, d'ansia e di abuso di sostanze nei parenti di primo e secondo grado, il menarca precoce, l'abuso sessuale; il perfezionismo quale tratto di personalità premorbo, influenzato da aspetti genetici e ambientali, agirebbe come fattore predisponen-

te/scatenante e di mantenimento del disturbo promuovendo un ideale dell'lo come corpo magro. Vi è concordanza in letteratura nel ritenere che le alterazioni neuroendocrine e metaboliche non rappresentino fattori di rischio, ma siano secondarie alla denutrizione.

In base agli studi disponibili in letteratura viene schematizzata la distribuzione *lifetime* dei FR: il comune denominatore è rappresentato dall'essere giovani, femmine, a dieta¹⁰ e dalla cultura occidentale che enfatizza il corpo magro femminile come simbolo di bellezza e di successo. Il *timing* puberale è considerato un *marker* fisso anche se l'associazione tra esordio puberale precoce e DCA è discordante.

I *fattori di rischio* considerati *specifici* sono distinti in *precoci*, cioè influenti nella prima e seconda infanzia, costituiti da patologie della gravidanza, del parto e dall'obesità, ed *emergenti in adolescenza* quali autovalutazione negativa, tratti ossessivi, perfezionismo, obesità, alcolismo nei familiari, alte aspettative genitoriali, scarso contatto emotivo nelle relazioni familiari, commenti critici su peso e forma. Da ricordare inoltre la presenza di gruppi di *soggetti a rischio* quali i frequentatori di scuole di danza, di stilismo e di moda, di palestre, indossatrici e fotomodelle.

1.3.2. Gli interventi di prevenzione

La *prevenzione primaria* risulta difficile da attuare in quanto l'eziologia è multifatto-

riale e i fattori di rischio identificati sono poco specifici.

Negli anni '90, gli interventi di prevenzione su base empirica realizzati all'interno dei contesti scolastici hanno avuto un obiettivo comune: aumentare le conoscenze sui DCA e su una sana alimentazione, per modificare atteggiamenti e comportamenti alimentari considerati a rischio. Anche la metodologia era comune: una strategia informativa con lezioni d'aula su DCA e argomenti correlati (i pericoli potenziali di un regime calorico restrittivo, i corretti comportamenti alimentari, la costruzione dell'immagine corporea e le aspettative rispetto a un "corpo perfetto"). Tale approccio si è dimostrato inefficace ad influenzare le motivazioni sottostanti sia il comportamento alimentare sia la percezione dell'immagine corporea errata e distorta.

Questa modalità di intervento, secondo alcuni Autori¹¹⁻¹³, si è paradossalmente dimostrata dannosa in quanto aumenta la conoscenza degli adolescenti rispetto ai DCA: la trasmissione di informazioni può infatti creare effetti avversi come la "normalizzazione" dei comportamenti stimolando gli adolescenti a sperimentare le pratiche patologiche di cui si è discusso durante l'intervento (vomito, uso di lassativi, ecc.).

Di particolare interesse è l'analisi contenuta nel dossier predisposto dalla Regione Emilia Romagna, che evidenzia: «La mancanza di dati epidemiologici nazionali [...],

di dati che illustrino l'importanza dei sintomi predittori [...], il protrarsi di interventi nocivi, sia come possibili fonti di istigazione, sia come fattori di mantenimento per sindromi subcliniche o cliniche, le inutili campagne di educazione alimentare [...], l'assenza di risultati rispetto ad interventi di prevenzione negli studi di *follow-up* a lungo termine» sono fattori in causa in relazione all'efficacia degli interventi di prevenzione.

Tali interventi si sono rivelati costosi e di dubbia utilità: «Hanno ottenuto scarsi successi in quanto aumentano solo parzialmente il livello di informazione [...], non incidono sul cambiamento e sulla prevenzione di attitudini e comportamenti malsani, sono improntati sull'informazione (psicoeducazione) [...], sul controllo del peso, con coinvolgimento di tutti i partecipanti (universal focus), con incoraggiamento verso un'alimentazione sana e l'esercizio fisico»¹⁴.

I numerosi programmi di prevenzione effettuati in ambito nazionale e internazionale hanno prodotto un numero ridotto di studi di verifica dell'efficacia, assenza di concordanza dei risultati e consapevolezza di scarso successo (transitoria riduzione degli atteggiamenti a rischio). L'inefficacia dei progetti di prevenzione dei DCA basati su un approccio educativo-informativo rivolti agli adolescenti e realizzati nel contesto scolastico – che aumentano effettivamente il livello di conoscenze, ma non producono cambiamenti

comportamentali o attitudinali – può essere dovuta ad alcuni “punti deboli” dell'approccio, quali:

- il rivolgersi in maniera non selettiva a tutti i ragazzi;
- il mancato coinvolgimento dei partecipanti dal punto di vista emotivo.

Al contrario vi è accordo tra gli Autori sopra citati nel ritenere che i contenuti dei programmi di prevenzione debbano favorire il rafforzamento dei fattori di protezione, cioè di elementi che sostengono e favoriscono un normale e armonico sviluppo dell'individuo. Alcuni studi evidenziano come non siano possibili conclusioni certe sull'efficacia dei programmi di prevenzione in età evolutiva, in adolescenza, nella popolazione generale e nei gruppi a rischio e sottolineano come futuro obiettivo di ricerca l'identificazione dei fattori protettivi, piuttosto che di rischio, nonché il valore e l'importanza di approcci finalizzati alla formazione/promozione di competenze che consentano migliori strategie di regolazione emotiva. L'intervento preventivo dovrebbe stimolare conoscenze, attitudini e comportamenti che promuovano l'accettazione di Sé e il benessere psico-fisico.

Inoltre, poiché il rischio è multifattoriale, la prevenzione dovrebbe agire su vari livelli quali la vulnerabilità personale, l'influenza di fattori socioculturali, i meccanismi di apprendimento socioculturale, gli aspetti di comorbidità psicopatologica (disturbi affettivi, d'ansia, di dipendenza).

È quindi fondamentale che l'intervento di prevenzione si inserisca in modo più ampio all'interno di un percorso di promozione della salute fra gli adolescenti. L'Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità ha coinvolto diversi esperti di adolescenza e promozione della salute nell'ambito del progetto "Guadagnare Salute negli adolescenti" e ha posto in essere una collaborazione costante e proficua con l'Ufficio Scolastico Regionale e con l'Assessorato all'Istruzione, al fine di programmare interventi possibili ed efficaci che sviluppino azioni di promozione della salute.

La *prevenzione secondaria* viene intesa come riduzione del tempo tra l'esordio della malattia e l'inizio delle cure. A questo fine è opportuno che l'individuazione precoce sia sostenuta da percorsi a più vie

che rilevino *sintomi psicologico-nutrizionali e somatici*. L'*amenorrea* in età adolescenziale e nelle giovani adulte è un sintomo somatico precoce, presente anche in situazioni di sottopeso, nelle diete o in un eccesso di impegno psicofisico. Viene peraltro riconosciuta dalla paziente e dalla famiglia come una disfunzione che merita accertamenti e provvedimenti terapeutici: in questo senso l'accesso alle strutture di cura di primo livello potrebbe avvenire anche tramite il ginecologo/endocrinologo, consentendo l'avvio della presa in carico multidisciplinare integrata con i professionisti della salute mentale dell'età evolutiva e adulta.

La *prevenzione terziaria* consiste nella riduzione del danno in un disturbo ormai conclamato e coincide con l'ambito del trattamento.

CAPITOLO 2

INDAGINE SULLA SITUAZIONE IN PIEMONTE

Nel marzo 2007 l'Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità della Regione Piemonte ha realizzato un'indagine conoscitiva sulle attività di prevenzione e cura dei DCA in Piemonte inviando ai Direttori Generali e Sanitari di ASL e ASO un questionario in merito ai DCA.

L'obiettivo di questa indagine era di monitorare le attività dei servizi per il trattamento dei DCA, mettendo in luce risorse, esperienze, criticità.

L'indagine ha riguardato tutti i servizi coinvolti nella prevenzione e cura dei DCA: in particolare, sono stati contattati i servizi di Salute Mentale, Neuropsichiatria Infantile, Psicologia, Pediatria, Dietetica e Nutrizione Clinica, Consultori e Servizi specifici per gli adolescenti.

Il questionario, riportato in Tabella 4, riguardava:

- numero di nuovi pazienti con DCA o sospetto che sono stati accolti dalle strutture nell'anno 2006;
- modalità di presa in carico e di invio ad

altre strutture;

- figure professionali coinvolte;
- tempi di attesa;
- criticità emerse nella presa in carico.

In particolare, i Servizi hanno descritto le modalità di cura dei DCA permettendo di ricostruire il percorso dei pazienti, che presentano patologie di diversa gravità e sono accolti dai Servizi in un regime ambulatoriale, ospedaliero per le terapie complesse o d'emergenza, residenziale riabilitativo a medio e lungo termine.

Il questionario ha permesso anche di evidenziare eventuali criticità nell'integrazione delle professionalità coinvolte e nella comunicazione fra i livelli territoriale e ospedaliero.

Di seguito si riportano i risultati dell'indagine svolta e le conseguenti riflessioni da parte del gruppo regionale.

Inoltre, un supplemento d'indagine si è svolto con la collaborazione di alcune strutture residenziali private.

Tab. 4 Questionario sull'attività di prevenzione e assistenza dedicata ai disturbi del comportamento alimentare (DCA) somministrato ai servizi coinvolti nella ricerca

DATI DEL COMPILATORE	
Cognome: Nome: Professione: ASL o ASO:	Servizio di riferimento: Indirizzo: Telefono: E-mail:
ACCESSO E ASSISTENZA DEDICATI AI DCA NELL'ANNO 2006	
1. Giungono all'osservazione pazienti affetti da disturbi del comportamento alimentare? Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	7. Quali professionalità sono coinvolte? (indicare la composizione del gruppo terapeutico che segue i singoli casi) <input type="checkbox"/> medico di medicina generale <input type="checkbox"/> pediatra <input type="checkbox"/> ginecologo <input type="checkbox"/> psichiatra <input type="checkbox"/> neuropsichiatra infantile <input type="checkbox"/> psicologo <input type="checkbox"/> nutrizionista <input type="checkbox"/> dietista <input type="checkbox"/> genetista <input type="checkbox"/> neurologo <input type="checkbox"/> chirurgo generale <input type="checkbox"/> altro (indicare)
2. Se sì, indicare il numero di pazienti presi in carico nell'anno 2006:	
3. Se i pazienti sono indirizzati altrove, indicare verso quali strutture: <input type="checkbox"/> all'interno dell'ASL o ASO <input type="checkbox"/> presso altra azienda o struttura (indicare quale) <input type="checkbox"/> presso Servizi sovrazionali (indicare quali):	8. La presa in carico è immediata <input type="checkbox"/> o vi è inserimento del paziente in lista d'attesa? <input type="checkbox"/>
4. Se i pazienti sono presi in carico dal servizio, indicare quanti pazienti accedono per: <input type="checkbox"/> bulimia nervosa <input type="checkbox"/> anoressia nervosa <input type="checkbox"/> disturbi da alimentazione incontrollata <input type="checkbox"/> NAS (non altrimenti specificati) <input type="checkbox"/> denutrizione <input type="checkbox"/> altro (indicare)	
5. Quale modalità assistenziale viene adottata? <input type="checkbox"/> ambulatorio <input type="checkbox"/> consultorio <input type="checkbox"/> day hospital <input type="checkbox"/> altro (indicare)	9. In caso di inserimento in lista di attesa indicare il periodo medio di attesa:
	10. Quanti sono i pazienti inviati a comunità terapeutiche o reparti ospedalieri per riabilitazione dei DCA?
6. Se i pazienti sono presi in carico, quali progetti terapeutici sono proposti? (descrivere se sono fatte visite di controllo e con quale cadenza, indicare se sono attivati gruppi terapeutici o altro)	11. Indicare in quali strutture:
	12. Si tratta di comunità terapeutiche di tipo A <input type="checkbox"/> o B <input type="checkbox"/> ?
	13. Quali criticità sono riscontrate nella presa in carico di questi pazienti? <input type="checkbox"/> difficoltà di integrazione fra professionalità diverse <input type="checkbox"/> mancanza di formazione adeguata <input type="checkbox"/> mancanza di riferimenti in ambito sovrazionale <input type="checkbox"/> altro (descrivere)

2.1. La situazione in Piemonte

Sono pervenuti 61 questionari da tutte le ASO e da 18 ASL (al momento dell'indagine erano 22) (Figura 1). Nonostante l'ottima rispondenza questa indagine non consente di fornire dati di prevalenza dei DCA a livello regionale, in quanto è possibile che

lo stesso paziente sia stato inserito da più strutture coinvolte nella sua gestione.

La valutazione e l'analisi dei risultati permettono comunque di descrivere la situazione piemontese e forniscono elementi di riflessione per le proposte organizzative di seguito evidenziate.

La Tabella 5 riporta l'elenco delle strutture

che hanno risposto all'indagine suddivise per azienda sanitaria di riferimento (durante l'indagine non era ancora stato realizzato l'accorpamento delle ASL nel territorio piemontese), con l'indicazione quantitativa della popolazione DCA accolta nel 2006. Risultano in totale 2973 pazienti con DCA, giunti all'osservazione delle diverse strutture. Per quanto riguarda i dati della residenzialità riabilitativa a medio-lungo termine, sono state recuperate informazioni parziali provenienti dalle strutture residenziali private/convenzionate della Regione Piemonte, che evidenziano complessivamente 258 pazienti in carico per un totale di 9617 giornate di ricovero (Tabella 6), con una media per paziente di 37,27 giorni.

La Figura 2 descrive i casi di DCA rilevati nei diversi servizi che hanno risposto all'indagine. Come prevedibile, i soggetti risultano essere in carico soprattutto ai servizi di Dietetica e Nutrizione Clinica e

Salute Mentale in considerazione dell'interazione fra aspetti psicologici e aspetti nutrizionali tipici di queste patologie.

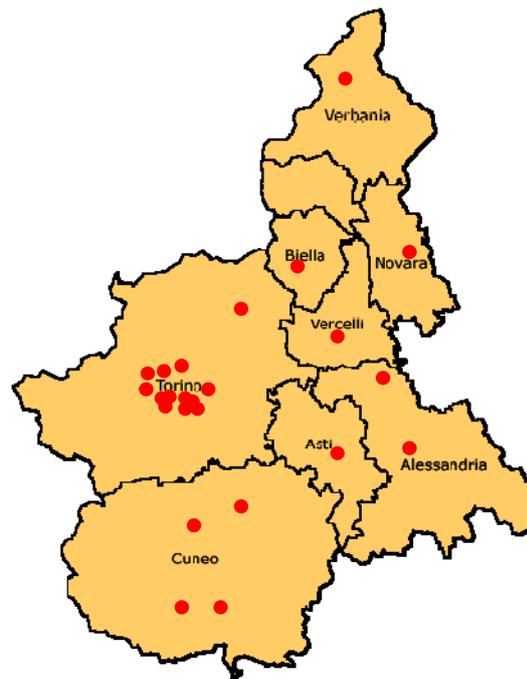


Fig. 1. Distribuzione territoriale delle strutture che hanno risposto all'indagine

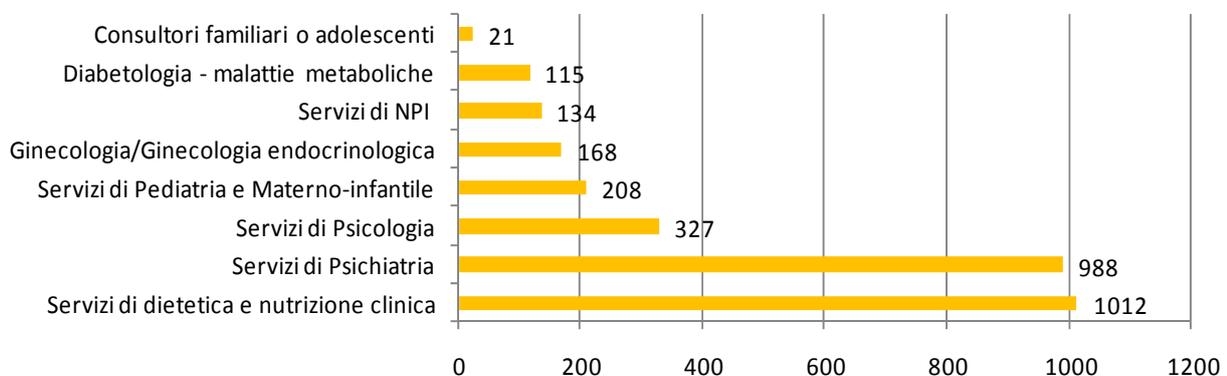


Fig. 2. Pazienti complessivamente presi in carico suddivisi per Struttura

Tab. 5. Pazienti presi in carico suddivisi per ASL, ASO e per strutture.

	Dietetica e Nutrizione Clinica	Psichiatria	Psicologia	Pediatria e Materno-infantile	Neuropsichiatria infantile	Igiene degli alimenti e della nutrizione	Diabetologia e malattie metaboliche	Ginecologia/ Ginecologia endocrinologica	Consultorio familiare
ASL 1	270								
ASL 2	13	100		13	13				
ASL 3		42			4				
ASL 5				100					
ASL 6	15	18							
ASL 7	5				8				
ASL 8		32	44	40	8		100		3
ASL 9	63		34		16				
ASL 11		4	17	45					
ASL 12	16				6				
ASL 13			16						
ASL 14	32	10							
ASL 15		13		10					
ASL 16		24	23		2				
ASL 17		19			10				5
ASL 18	16	11	16		10		15		
ASL 19	100	14	165						13
ASL 21	20								
ASO S. Luigi Gonzaga, Orbassano	4								
ASO CTO/CRF/M. Adelaide, Torino			12						
ASO OIRM/Sant'Anna, Torino/ Centro amenorree					38			168	
ASO San Giovanni Battista, Torino	336	701							
ASO Ordine Mauriziano, Torino	56								
ASO Maggiore della Carità, Novara	21								
ASO Santa Croce e Carle, Cuneo	45				19				
ASO Santi Antonio e Biagio e C. Arrigo, Alessandria									
Totale	1012	988	327	208	134	0	115	168	21

Tab. 6. Dati provenienti dalle strutture residenziali private/convenzionate

Struttura	Numero pazienti	Totale giorni ricovero
Villa Turina	221	8143
Villa Cristina	37	1474

La Figura 3 descrive le caratteristiche dei pazienti secondo la specifica patologia: sono 741 i casi di anoressia nervosa, 651 i casi di bulimia nervosa, 757 i casi di disturbi da alimentazione incontrollata.

Le modalità di presa in carico sono soprattutto ambulatoriali, il ricovero (anche in regime di DH) riguarda solo poche strutture nella Regione.

La Tabella 5 e la Figura 2 evidenziano che all'interno delle ASL/ASO sono coinvolte più strutture e competenze professionali nella gestione dei casi di DCA. In Tabella 7 sono illustrate in dettaglio le professionalità sulle quali possono contare le ASL/ASO;

va sottolineato comunque che solo alcune tra queste strutture lavorano realmente con un'équipe multidisciplinare con modalità integrata e coordinata nella gestione del singolo caso: 5 strutture hanno dichiarato di disporre di équipe o gruppi di lavoro appositi, altre 3 effettuano una gestione integrata dei pazienti ma non dispongono di una vera e propria équipe.

Sono stati censiti numerosi servizi che si occupano di DCA distribuiti tra ospedali, ambulatori pubblici e privati, molti dei quali non sono dedicati esclusivamente a queste patologie (Figura 4).

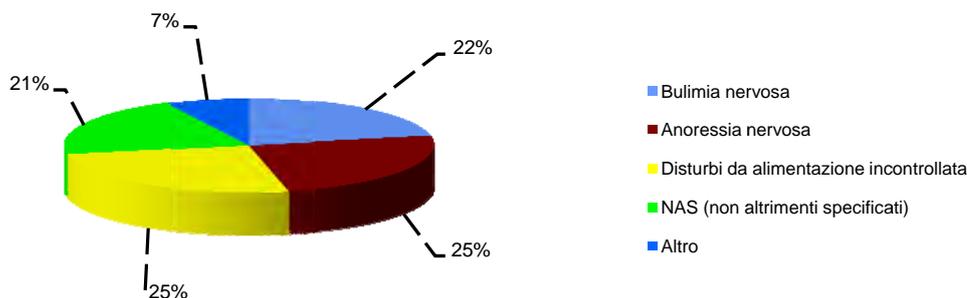


Fig. 3. Distribuzione delle patologie interessate

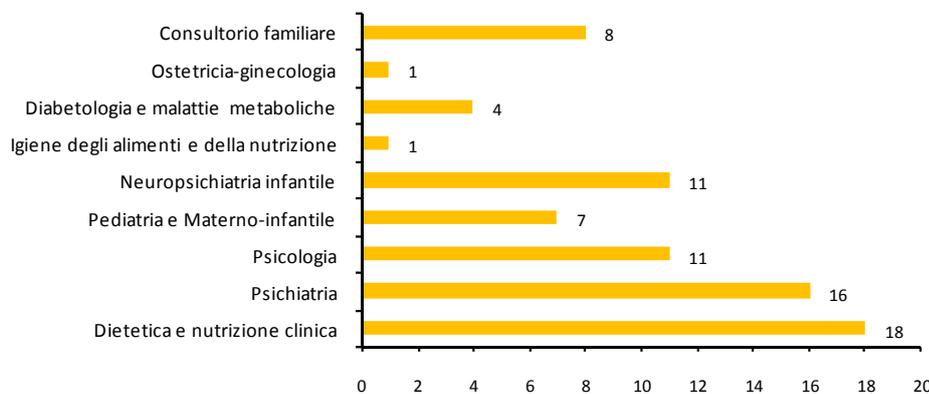


Fig. 4. Numero dei servizi coinvolti

Tab. 7. Professionalità coinvolte in ciascuna struttura

	Medico di medicina generale	Pediatra	Ginecologo	Psichiatra	Neuropsichiatra infantile	Psicologo	Nutrizionista	Dietista	Genetista	Neurologo	Chirurgo generale	Altro
ASL 1 Ospedale evangelico valdese												
ASL 2 DSM												
ASL 2 Ospedale Martini												
ASL 3												
ASL 5												
ASL 6												
ASL 7												
ASL 8 Chieri Salute Mentale												
ASL 8 Chieri Diabetologia e malattie metaboliche												
ASL 8 Chieri Neuropsichiatria												
ASL 8 Chieri Psicologia												
ASL 8 Carmagnola Psicologia												
ASL 8 Moncalieri Psicologia												
ASL 9 Ivrea NPI												
ASL 9 Dietetica e Nutrizione Clinica												
ASL 9 Psicologia												
ASL 11												
ASL 12												
ASL 13 Novara Consultorio												
ASL 13 Novara Psicologia												
ASL 14												
ASL 15 Cuneo NPI												
ASL 15 Dietetica e Nutrizione Clinica												
ASL 15 Materno-Infantile												
ASL 15 DSM												
ASL 16 Mondovì SPDC												
ASL 16 Ceva Psicologia												
ASL 17												
ASL 18 Servizio dietistico												
ASL 18 NPI												
ASL 19 Servizio Dietetica e Nutrizione Clinica												
ASL 19 Servizio Psicologia												
ASL 21												
ASO San Luigi Gonzaga, Orbassano												
ASO CTO/CRF/M. Adelaide, Torino												
ASO OIRM/Sant'Anna, Torino/Centro amenorree												
ASO San Giovanni Battista, Torino												
ASO Ordine Mauriziano, Torino												
ASO Maggiore della Carità, Novara												
ASO Santa Croce e Carle, Cuneo												
ASO Santi Antonio e Biagio e C. Arrigo, Alessandria												

2.2. Problemi aperti e prospettive

Il questionario ha permesso anche di evidenziare le criticità nella presa in carico dei pazienti. Molte strutture accolgono un esiguo numero di pazienti e, inoltre, si rileva una *distribuzione non omogenea* di servizi sul territorio, con vaste aree che non vedono la presenza di servizi operanti nel settore dei DCA. È stata segnalata la *manca di risorse adeguate sia umane che strutturali* e, in particolare, sono emerse difficoltà per il ricovero di pazienti in day hospital, nei reparti di degenza e nelle strutture riabilitative. È emersa un'*inadeguata comunicazione* fra il livello territoriale e ospedaliero, legata alla carenza di una rete regionale dei Servizi e di modelli per l'integrazione delle professionalità coinvolte nella cura. La *necessità di un maggiore coordinamento* è avvertita non solo per quanto riguarda la collocazione dei nuovi servizi territoriali nel panorama della sanità pubblica, ma anche per il ruolo delle specifiche competenze professionali al loro interno (psichiatra, neuropsichiatra infantile, psicologo clinico-psicoterapeuta, dietologo, dietista, personale infermieristico, educatori) e per i principali aspetti organizzativi. I servizi coinvolti nell'indagine richiedono un nuovo impulso, insieme con una maggiore integrazio-

ne fra servizi, e manifestano una forte esigenza di disporre di formazione specifica e di protocolli operativi e linee guida a livello regionale.

Un discorso a parte meritano le strutture per la riabilitazione residenziale. Queste strutture sono insufficienti, pur essendo essenziali per patologie a carattere cronico, con marcata tendenza alle ricadute, come sono i DCA. In Piemonte attualmente non esistono strutture residenziali pubbliche per la riabilitazione dei disturbi del comportamento alimentare. L'unica comunità terapeutica attiva in Piemonte è privata: *La Vela*, comunità protetta di tipo psichiatrico (A), della Divisione *Villa San Secondo* di Moncrivello (VC). Altre strutture non dedicate a queste patologie accolgono i pazienti con disturbi del comportamento alimentare: Villa Cristina, Villa Turina Amone, Pinna Pintor. I lunghi tempi di attesa e i pochi posti disponibili hanno determinato la necessità di ricoveri fuori regione (a Pietra Ligure, Vicenza, Todi...).

L'esigenza di una struttura semiresidenziale e residenziale dedicata è condivisa dal gruppo regionale ed è ribadita anche dalle osservazioni dei centri che hanno risposto al questionario.

Esistono peraltro nel territorio regionale alcune realtà con buon livello operativo e organizzativo che meritano approfondimento.

2.3. Alcune realtà operanti sul territorio regionale

All'interno dell'ASO Molinette è presente il Centro pilota regionale (CPR) per la cura dei DCA dei pazienti adulti che effettua interventi di cura e prevenzione organizzati in un percorso multidisciplinare. Di seguito le attività della struttura di Psichiatria e della struttura di Dietetica e Nutrizione Clinica vengono descritte analiticamente.

Centro pilota regionale per la cura dei disturbi del comportamento alimentare, Laboratorio di ricerca sulla Psicopatologia della Famiglia, Università di Torino, presso SCU Psichiatria ASO San Giovanni Battista di Torino

Il Centro pilota effettua interventi di cura e prevenzione organizzati in un percorso: a) ambulatorio territoriale, sovrazonale, b) day hospital, c) reparto di degenza. Questo percorso risulta appropriato, riportando anche favorevoli indici costi/risultati, in patologie con alta complessità bio-psico-sociale.

Ambulatorio: prime visite di diagnosi/valutazione; presa in carico psichiatrica, dietologica (collaborazione con SCDO Nutrizione clinica), psicoterapia (individuale e di gruppo), consulenze endocrinologiche. Nell'anno 2007 sono state effettuate 6516 visite per esterni; 909 per interni; 298 visite in DEA. Il Laboratorio di ricerca sulla psicopatologia della famiglia effettua terapie per le famiglie secondo l'ottica della ricerca-intervento.

DH psichiatrico: dispone di 6 posti letto (12 accessi possibili) da luglio 2006 in un'ottica di cura e riabilitazione. Il ricovero, di 4 mesi e con orario 8.30-15.30, prevede interventi specifici e intensivi. Il "contratto di cura" comprende riabilitazione alimentare con pasti assistiti, psicoterapia psicodinamica individuale/gruppo, gruppi educazionali, arte-terapia, film-terapia e controlli dietologici e dietistici, alimentazione parenterale. Gli accessi dal 10 luglio al 31 dicembre 2006 sono stati 652.

Reparto: attualmente sono disponibili 6 letti per pazienti molto gravi per psicopatologia e quadro internistico o con famiglie problematiche. Il ricovero dura circa 30 giorni e prevede terapie farmacologiche, re-nutrizione parenterale o enterale, psicoterapia, riabilitazione dello stile alimentare in progetto *ad personam*. Nel 2006 sono stati effettuati 34 ricoveri.

SCDO di Dietetica e Nutrizione Clinica ed SSCVD di Coordinamento tra SC Dietetica e Nutrizione Clinica e SCU Psichiatria DCA nell'ambito della diagnosi e cura dei pazienti affetti da DCA

Nell'ambito dell'AOU San Giovanni Battista è attiva da circa 20 anni una stretta integrazione diagnostico-terapeutica sui soggetti con DCA tra le Strutture di Dietetica e di Psichiatria. Nel luglio 2006 tale integrazione è stata anche formalizzata con la costituzione di una Struttura Semplice Dipartimentale denominata SSCVD di Coordinamento tra SC Dietetica e Nutrizione Clinica e SCU Psichiatria DCA.

L'attività rivolta ai DCA è svolta da 1 medico e 3 dietiste (SSCVD), in collaborazione con i medici e le dietiste della SC Dietetica e Nutrizione Clinica e un medico dietologo e 3 dietiste attivi nel CPR. L'assistenza nutrizionale è inoltre garantita a tutti i pazienti con DCA seguiti da altre strutture di Psichiatria.

L'attività di diagnosi e cura degli aspetti nutrizionali dei pazienti con DCA avviene a livello:

- ambulatoriale; prime visite con valutazione medica e dietistica, valutazione approfondita dello stato di nutrizione (stato in oligonutrienti e stato ossidativo eseguiti dal Laboratorio di Nutrizione Clinica) e sua monitorizzazione nel tempo con presa in carico clinico-nutrizionale. Nel 2007 sono state effettuate 935 visite mediche e 1947 visite dietistiche ambulatoriali;
- day hospital di Dietetica e Nutrizione Clinica (6 letti), utilizzato per supporto nutrizionale artificiale; la degenza in DH consente anche un monitoraggio dell'alimentazione per via orale e una sua costante reimpostazione. Vengono svolte regolari consulenze psichiatriche. Durante il 2007 sono stati ricoverati 40 pazienti, per un totale di 557 accessi in DH;
- day hospital psichiatrico: i pazienti ricoverati presso il DH psichiatrico vengono valutati periodicamente sia dal punto di vista medico-nutrizionale che dietistico. Durante il 2007 sono state ese-

guite 185 visite mediche;

- reparto di degenza psichiatrico: i pazienti ricoverati vengono presi in carico dal punto di vista nutrizionale (medico e dietista) con impostazione, monitoraggio e gestione della nutrizione orale e/o artificiale. Durante il 2007 sono stati seguiti per tutta la durata del ricovero 71 pazienti;
- reparto di degenza di Dietetica e Nutrizione Clinica: i pazienti con gravissima malnutrizione e a rischio di gravi squilibri conseguenti alla renutrizione possono essere ricoverati, per il periodo necessario, nella degenza ordinaria di nutrizione clinica. Durante il 2007 sono stati ricoverati 2 pazienti.

All'interno dell'ASO OIRM-Sant'Anna, analogamente, sono presenti centri di riferimento regionale per la fascia di popolazione infantile-adolescenziale (Dipartimento di Neuropsichiatria Infantile – NPI – e Centro Amenorree) che lavorano in équipe multidisciplinare e le cui attività vengono descritte analiticamente.

Dipartimento di Neuropsichiatria Infantile (NPI), Ospedale Infantile Regina Margherita (OIRM) di Torino

Il Reparto di NPI è "Centro di riferimento regionale per la psicopatologia acuta in età adolescenziale".

Presso il *Dipartimento di Neuropsichiatria Infantile* dell'Ospedale Regina Margherita sono state ricoverate, nell'anno 2006, 29 pazienti in età adolescenziale e 9 in età

prepubere (tutte le pazienti erano affette da anoressia nervosa restrittiva). Le giornate di ricovero e day hospital sono state 1679.

Il ricovero, in degenza ordinaria o in DH, avviene nell'ambito dei posti letto di cui è dotato il Dipartimento; talora le pazienti, quando non è possibile l'immediato ricovero in NPI, vengono appoggiate nei reparti di Pediatria dell'OIRM, presso i quali vengono assicurate consulenze NPI quotidiane, e trasferite in NPI non appena possibile.

Gli invianti sono costituiti principalmente dai genitori, spesso reduci da precedenti esperienze di fallimento terapeutico, e talora da colleghi NPI delle strutture territoriali che hanno in carico le pazienti. Si tratta in tutti i casi di soggetti che giungono in condizioni fisiche e mentali di estrema gravità, la cui età media è di circa 15 anni, anche in rapporto alla collocazione del reparto all'interno di un'istituzione pediatrica. L'obiettivo del ricovero è volto al superamento della fase acuta di malattia, a ripristinare un'adeguata condizione fisica e psichica compatibile con la vita quotidiana dell'adolescente (controllo dell'aspetto nutrizionale e psicologico), a iniziare un lavoro psicoterapeutico, a riallacciare la comunicazione tra genitori e figli, ad aiutare l'adolescente a uscire dall'isolamento in cui molto spesso si trova a causa della patologia favorendo la risocializzazione e l'inserimento nel gruppo dei coetanei (terapia ambientale).

A questo scopo figure professionali diverse (NPI, psicologo con formazione psicoterapeutica, nutrizionista, infermiere pediatrico, insegnanti, educatori, animatrici, specializzandi in NPI, studenti della Scuola di psicoterapia dell'infanzia e dell'adolescenza, A-SARNIA) collaborano e sono coinvolte nel processo terapeutico con una suddivisione di compiti e di ruoli differenti ma integrati (colloqui psichiatrici quotidiani, psicoterapia psicodinamica individuale e di sostegno ai genitori, maternage, terapia corporea, terapia psicofarmacologica, assistenza ai pasti, terapia ambientale, laboratori riabilitativi).

La durata media del ricovero è di circa due mesi, talora anche oltre. Non vi sono stati ricoveri ripetuti, né inserimenti in comunità. Alla dimissione la maggioranza delle pazienti è inviata alle strutture complesse di NPI di residenza, con cui è attivo un collegamento in rete, per la prosecuzione della presa in carico. Le situazioni di maggiore gravità e complessità continuano a essere seguite in regime ambulatoriale presso il Dipartimento di NPI dell'OIRM, così come quelle per le quali non è possibile un'adeguata presa in carico da parte delle strutture territoriali di NPI.

Ambulatorio obesità. l'attività ambulatoriale ha riguardato 38 soggetti in età adolescenziale.

Attività ambulatoriale per i DCA. Il Dipartimento di Neuropsichiatria Infantile collabora attivamente con il Centro Amenoree dell'Ospedale Sant'Anna. In questo

contesto gli interventi ambulatoriali hanno riguardato 92 soggetti: in particolare sono state effettuate 314 prestazioni di neuropsichiatria infantile e 299 prestazioni di psicologia (180 di psicoterapia e 119 di valutazione psicodiagnostica). L'intervento di presa in carico ambulatoriale – costituito da alcuni incontri iniziali con le pazienti e i genitori a cui fanno seguito l'approfondimento psicodiagnostico, i colloqui con i genitori, la successiva proposta terapeutica, in molti casi un intervento psicoterapeutico breve e incontri trimestrali di controllo – è rivolto a pazienti di minor gravità dal punto di vista nutrizionale, ma non psicopatologico.

Centro Amenorree, Ospedale Sant'Anna di Torino

Il Centro Amenorree del Sant'Anna è sede della *Ricerca intervento sull'applicabilità di un iter diagnostico-terapeutico per la prevenzione delle forme più gravi di anoressia*. La ricerca-intervento, avviata nel 2003, è tuttora in corso grazie al contributo della Fondazione CRT e al sostegno dell'associazione PRATO (Prevenzione Anoressia Torino). I risultati sinora ottenuti dal Centro Amenorree forniscono elementi di rilievo per una strategia volta a ottenere una diagnosi precoce. Infatti, il tempestivo intervento terapeutico per la cura dei DCA è

reso problematico dal fatto che la giovane è spesso portata a negare il problema, la necessità della cura. L'amenorrea è una conseguenza assai precoce dell'anoressia, espressione di una reazione di difesa dell'organismo a fronte della sottanutrizione e della tensione emotiva. Partire dall'amenorrea da "sottopeso" per intercettare le situazioni di rischio e/o l'anoressia nella sua fase iniziale è l'idea che ha ispirato la ricerca-intervento. L'amenorrea è vista dalla giovane come una situazione anomala, che ne facilita la disponibilità a una consultazione con lo specialista ginecologo.

Dalla fine del 2003 sono stati visti 465 casi di amenorrea da sottopeso, 159 d'età inferiore ai 18 anni. Di questi, otto, per la criticità della situazione, sono stati indirizzati immediatamente alle strutture specialistiche di Neuropsichiatria Infantile. 424 ragazze sono state sottoposte, nel corso di una mattinata day service, a valutazioni multidisciplinari e sono state seguite successivamente con approfondimenti e sostegno psicologico e/o nutrizionistico. Diagnosi di DCA specifico o aspecifico è stata posta nel 90 per cento delle ragazze al di sotto dei 18 anni e in circa il 65 per cento delle donne fra i 18 e i 30 anni.

CAPITOLO 3

PROPOSTA DI UN PERCORSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO- ASSISTENZIALE

3.1. Linee guida nazionali e letteratura di riferimento

I DCA necessitano di un approccio diagnostico-terapeutico multidisciplinare integrato; questa modalità di intervento è sottolineata dal documento pubblicato dalla Commissione di Studio per l'assistenza ai pazienti affetti da anoressia e bulimia nervosa del Ministero della Sanità, dalle linee guida e dalla letteratura scientifica sull'argomento¹⁵⁻³⁰.

L'integrazione delle professionalità è intesa come condivisione di competenze specialistiche all'interno di un processo diagnostico-terapeutico, non come mera giustapposizione di abilità specifiche o sovrapposizione di ambiti professionali. Il lavoro integrato prevede tempi dedicati al confronto e alla discussione di casi clinici, la collaborazione e la supervisione con professionisti esterni con competenze specifiche per le diverse età dei soggetti con DCA che operano in collaborazione.

Il percorso integrato della continuità assistenziale dovrà articolarsi in livelli chiari e definiti di competenza, da intendersi in

senso sia strutturale sia funzionale. Risulta altresì fondamentale stabilire una comunicazione ottimale fra professionisti, centri di primo livello, di secondo livello, strutture per la riabilitazione³¹.

È opportuno porre in essere programmi di formazione e aggiornamento che abbiano l'obiettivo di favorire la condivisione dell'esperienza di diagnosi e cura, uniformare il linguaggio culturale, scientifico e organizzativo, al fine di favorire l'effettiva costruzione di reti fra tutti gli operatori e gli enti coinvolti.

3.2. Priorità nell'assistenza per i DCA

Le possibilità di cura efficace dei DCA dipendono da diversi elementi:

- diagnosi e intervento precoce;
- integrazione fra i servizi;
- possibilità di differenziare gli interventi a seconda della complessità della patologia.

Per quanto riguarda la diagnosi e la cura dei disturbi del comportamento alimentare, il gruppo regionale ha individuato al-

cune priorità attorno alle quali costruire una proposta per organizzare un'efficace offerta di assistenza per questa patologia emergente.

Rete terapeutica-assistenziale

È necessario prevedere una rete di servizi ospedalieri e territoriali (ambulatorio, day-hospital, ricovero ordinario), caratterizzata dalla presenza e dalla collaborazione di tutte le specialità coinvolte nel percorso di diagnosi e cura. Ai vari livelli istituzionali occorre inoltre attivare la condivisione tra le diverse categorie professionali dei programmi e degli interventi da attuare, così da garantire la continuità terapeutica-assistenziale e l'utilizzazione ottimale delle risorse. Deve essere chiara la definizione dei percorsi assistenziali, delle singole tappe e dei necessari collegamenti strutturali funzionali, in cui siano identificati i diversi nodi della rete e della continuità assistenziale.

Disponibilità

I pazienti e le loro famiglie devono avere la certezza di essere accolti dai diversi servizi della rete, in considerazione della specificità dei bisogni di ognuno.

Appropriatezza

Uno degli obiettivi di fondo del progetto è quello di fornire risposte qualificate e specializzate rispetto ai problemi posti dai DCA.

Programmazione

La rete dei servizi deve essere articolata in:

- centri di primo livello per la diagnosi e la presa in carico terapeutico dei DCA, con modalità integrate di cura, attività

di counselling, terapie ambulatoriali di tipo psichiatrico o psicosociale e indirizzo dei pazienti, se necessario, agli altri livelli di assistenza. Dovranno essere operativi nelle ASL regionali in base a criteri di popolazione (in linea di massima ogni 200.000-250.000 abitanti);

- centri di secondo livello per l'accoglienza di situazioni complesse, con possibilità di ricovero di pazienti, anche in regime di day hospital. I centri di secondo livello avranno una collocazione sovrazonale;
- strutture terapeutico-residenziali per la gestione dei casi complessi con necessità di percorsi di riabilitazione (vedi Appendice).

3.3. Percorso assistenziale e indicatori di attività

A seguito di analisi delle criticità e necessità evidenziate dall'indagine, il gruppo regionale ha elaborato una proposta di percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale, illustrato in Figura 5, che intende essere uno strumento operativo, con contenuti tecnici e modelli organizzativi, finalizzato alla precoce individuazione e corretta gestione diagnostico-terapeutica dei disturbi del comportamento alimentare. La sua progettazione si è basata sull'analisi delle evidenze presenti in letteratura, nonché sui modelli già operanti nel territorio.

Costituiscono elementi principali del percorso i *protocolli diagnostico-terapeutici* e

gli *indicatori di attività*, organizzativi e clinici; entrambi sono elencati sinteticamente nella legenda alla figura, in Tabella 8.

I protocolli definiscono le procedure necessarie per un'adeguata gestione del percorso in ciascuna delle sue fasi e sono descritti analiticamente nella Tabella 9. Ciascuno di essi è contraddistinto da una sigla (P1, P2 ecc.) usata, per brevità, per richiamare i protocolli nella Figura 5.

Elementi essenziali del percorso proposto sono gli indicatori, che consentono di valutarne l'andamento negli aspetti organizzativi e clinici (Tabella 10). Anch'essi sono contraddistinti per brevità da sigle: I.o.1, I.o.2 ecc. per gli indicatori organizzativi e I.c.1, I.c.2 ecc. per quelli clinici.

Gli indicatori organizzativi valutano gli aspetti del percorso relativi alla formazione degli operatori, alla multidisciplinarietà della diagnosi e terapia, al collegamento fra le strutture interessate, all'adeguatezza strutturale e organizzativa dei centri deputati alle attività; gli indicatori clinici invece si riferiscono più direttamente agli esiti clinici dei protocolli, quindi valutano l'attività di riconoscimento/accettazione, l'adesione alle cure proposte e, soprattutto, il tasso di ricoveri ripetuti. Quest'ultimo fattore (denominato I.c.3) consente di valutare l'efficacia clinica di tutto il percorso compiuto: se vi sono molti ricoveri ripetuti significa che qualcosa non ha funzionato nel percorso di cura, se tale valore è basso (inferiore al 41 per cento) si può ritenere che il percorso compiuto abbia ottenuto

risultati soddisfacenti.

Il percorso si articola attraverso più *ambiti di attuazione*, che in figura sono evidenziati da diversi colori.

3.3.1. Livello assistenziale territoriale

Il primo ambito di attuazione del percorso, di colore verde, è quello territoriale, nel quale intervengono quali attori principali il medico o pediatra di famiglia, i consultori familiari, pediatrici e per adolescenti, i medici dei centri ISI e i servizi di medicina dello sport: a questo livello le azioni cruciali da compiere sono quelle di riconoscimento e di intercettazione dei pazienti potenzialmente affetti da DCA. Condizione indispensabile per il riconoscimento/intercettazione precoce dei pazienti è che gli operatori abbiano ricevuto una corretta e adeguata formazione di tipo tecnico, comportamentale e psicologico.

3.3.2. Centri di primo livello per la diagnosi e terapia dei DCA

Posto il sospetto, si passa al livello successivo, multidisciplinare, che nell'algoritmo è evidenziato con sfondo lilla; in questa fase si applicano protocolli integrati diagnostici e terapeutici al fine di confermare la diagnosi DCA e discriminare i pazienti che necessitano di protocolli terapeutici complessi (PTC), cioè da inviare al livello successivo, da quelli che possono seguire un percorso terapeutico ambulatoriale presso il centro di primo livello. Il percorso tera-

peutico ambulatoriale è di fondamentale importanza, infatti consente di mettere in atto il programma terapeutico senza modificare l'assetto di vita del paziente. L'approccio terapeutico ambulatoriale dei DCA deve prevedere l'utilizzazione combinata e contemporanea del trattamento nutrizionale e psicoterapeutico e un eventuale trattamento di supporto per i familiari.

3.3.3. Centri di secondo livello per la diagnosi e terapia dei DCA

I centri di secondo livello (sfondo azzurro in figura) sono strutturati per la gestione terapeutica complessa che può realizzarsi

sia a livello ambulatoriale "intensivo", in reparto di degenza dedicato, sia in day hospital dedicato; la valutazione dell'efficacia dei PCT a tale livello può condurre, se positiva, alla dimissione (seguita dal *follow up*) o, se negativa, all'ultimo livello del percorso diagnostico, costituito dalle strutture residenziali dedicate.

3.3.4. Strutture terapeutiche residenziali per DCA

Si tratta di strutture riabilitative per la gestione dei casi complessi, cronici o non responsivi alla terapia attuata nei centri di secondo livello.

Tab. 8. Legenda delle sigle utilizzate per protocolli e indicatori

Protocolli/procedure necessarie per un'adeguata gestione del percorso

- P1: Protocollo a livello territoriale ASL che individui le responsabilità dello *screening* dei DCA e le modalità di attuazione
P2: I criteri di sospetto di DCA
P3: Protocollo su metodologia diagnostica
P4: Criteri di invio al PTC
P5: Protocolli terapeutici ambulatoriali
P6: Protocolli di trattamento complesso (PTC)
P7: Criteri di responsività al trattamento ambulatoriale
P8: Protocollo per la gestione del *follow up*
P9: Criteri di invio alla struttura residenziale (valutazione comunque da farsi in centri di 2° livello)
P10: Protocolli terapeutici di massima per la struttura residenziale
P11: Criteri di responsività al trattamento complesso
P12: Criteri di dimissione del paziente dal percorso di cura

Indicatori organizzativi (I.o.)

- I.o.1: Attività di formazione per i soggetti responsabili dell'attività di *screening*
I.o.2: Adeguatezza composizione e attività centri 1° livello
I.o.3: Multidisciplinarietà nella valutazione diagnostica e progettazione terapeutica
I.o.4: Collegamento fra i centri di 1° livello e i servizi sociali e infermieristici
I.o.5: Adeguatezza strutturale dei centri di 2° livello
I.o.6: Adeguatezza dell'informazione/collegamento fra i diversi ambiti del percorso

Indicatori clinici (I.c.)

- I.c.1: Specificità delle attività di *screening*
I.c.2: Adeguatezza dell'adesione alle cure
I.c.3: Tasso dei ricoveri ripetuti

Tab. 9. Definizione dei protocolli del percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale

Protocolli/procedure necessarie per un'adeguata gestione del percorso	Protocolli/procedure di riferimento
P1: Protocollo a livello territoriale ASL che individui le responsabilità dello <i>screening</i> dei DCA e le modalità	Figure responsabili dello <i>screening</i> : medico e pediatra di famiglia, consulenti familiari, pediatrici e per adolescenti, medici dei centri ISI e di medicina dello sport
P2: I criteri di sospetto di DCA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perdita o modificazione ponderale ingiustificata o mancato accrescimento nei soggetti in età evolutiva 2. Modificazione delle abitudini alimentari (tendenza alla restrizione o all'esclusione/scelta di singoli alimenti, vegetarianismo, e/o abbuffate) 3. Esagerato aumento dell'attività fisica 4. Convinzione di essere grassi, anche in presenza di sottopeso 5. Amenorrea o irregolarità mestruali 6. Disturbi dispeptici 7. Modifiche del tono dell'umore e/o del carattere
P3: Protocollo su metodologia diagnostica	<p>L'attività diagnostica indaga i seguenti aspetti:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>psichiatrica</i>: <ul style="list-style-type: none"> • clinico-descrittiva (DSM IV per adulti, DSM IV e ICD-10 per età evolutiva); • psicodinamica dell'organizzazione di personalità in età evolutiva, dell'organizzazione di personalità nell'età adulta; • valutazione delle relazioni familiari; 2. <i>nutrizionale</i>: <ul style="list-style-type: none"> • elementi clinico-descrittivi (DSM IV, ICD-10), utili a una diagnosi di disturbo alimentare; • eventuali accertamenti utili a una diagnosi differenziale con patologie somatiche; • valutazione anamnestica dell'andamento ponderale; • valutazione quali-quantitativa dell'anamnesi alimentare pregressa e in atto; • valutazione dello stato di nutrizione (peso corporeo, BMI, esame obiettivo completo, indici di sintesi proteica, valutazione indici carenziali, valutazione equilibrio idro-elettrolitico)
P4: Criteri di invio al PTC	<ul style="list-style-type: none"> • Perdita di peso > 40 per cento rispetto al peso abituale (più temibile se si è verificata rapidamente) e rifiuto di alimentarsi • Gravi squilibri elettrolitici • Alterazioni emodinamiche importanti • Gravi malattie concomitanti (diabete mellito insulinoindipendente) • Gravi turbe del comportamento alimentare • Disturbi psichici gravi e rischio di suicidio • Necessità di una separazione dalla famiglia per interazioni patologiche non controllabili

P5: Protocolli terapeutici ambulatoriali

I protocolli terapeutici ambulatoriali prevedono:

a. *per gli aspetti psichiatrici:*

1. psicoterapia individuale (psicodinamica, cognitivo-comportamentale);
2. psicoterapia familiare;
3. intervento psicoterapeutico di sostegno ai genitori;
4. approccio psico-educazionale;
5. psicoterapia di gruppo (psicoterapia psicodinamica, psicoterapia cognitivo-comportamentale, auto-aiuto, auto-aiuto guidato, gruppi psico-educazionali);
6. terapia psico-farmacologica;

b. *per gli aspetti nutrizionali:*

1. riabilitazione nutrizionale;
2. monitoraggio dell'andamento dello stato di nutrizione e rivalutazione del piano nutrizionale;
3. prevenzione e trattamento delle complicanze medico-nutrizionali.

Inoltre i protocolli terapeutici ambulatoriali necessitano di:

1. supervisioni organizzative e cliniche da parte di esperti esterni al centro;
2. riunioni di équipe;
3. valutazioni periodiche dell'intervento psicoterapeutico;
4. valutazioni periodiche dell'andamento clinico, nutrizionale e psichiatrico;
5. debbono avere una durata minima di 1 anno

P6: Protocolli di trattamento complesso

Le *cure ambulatoriali* con PTC prevedono la presa in carico caratterizzata da (nell'arco di una settimana):

- visita psichiatrica per gestione clinica e progetto terapeutico;
- psicoterapia individuale con frequenza settimanale/bisettimanale;
- valutazione e terapia nutrizionale (medico-dietistica);
- psicoterapia della famiglia/intervento di sostegno psicoterapeutico ai genitori;
- psico-farmacoterapia;
- supervisione clinica;
- riunione di équipe;
- lavoro in rete per ammissione/dimissione delle pazienti con le strutture complesse di Salute mentale e di Neuropsichiatria Infantile delle ASL di residenza, al fine di attivare continuità di cure e dimissioni protette.

L'*ospedalizzazione in reparto di degenza* prevede:

- cura integrata psichiatrica-dietologica quotidiana;
- eventuali consulenze specialistiche;
- colloqui psichiatrici quotidiani;
- colloqui psicoterapici plurisettimanali;
- colloqui di sostegno alla famiglia/genitori;
- psicoterapia focale;
- pasti assistiti con personale adeguatamente formato;
- se necessario terapia nutrizionale artificiale;
- psicofarmacoterapia;
- terapia ambientale (scuola ospedaliera dell'obbligo, intervento psico-educativo);
- terapia corporea;
- laboratori di gruppo con valenza terapeutica;

- supervisione clinica settimanale;
- riunione di équipe settimanale;
- lavoro in rete per ammissione/dimissione delle pazienti con le strutture complesse di Salute mentale, di Neuropsichiatria Infantile e le strutture di Dietetica e nutrizione clinica delle ASL di residenza, al fine di attivare continuità di cure e dimissioni protette.

Per gli aspetti nutrizionali:

- valutazione iniziale e stretto monitoraggio dello stato di nutrizione con approfondimenti specifici su stato in oligonutrienti;
- definizione concordata con i colleghi psichiatri del progetto nutrizionale;
- riabilitazione nutrizionale e suo monitoraggio;
- impostazione di eventuale nutrizione artificiale;
- rivalutazione quotidiana della *compliance* dietoterapica con valutazione dietistica;
- revisione costante del programma nutrizionale.

L'*ospedalizzazione in DH* prevede:

- DH dietologico;
- valutazione iniziale e stretto monitoraggio dello stato di nutrizione con approfondimenti specifici su stato in oligonutrienti e su composizione corporea;
- definizione del progetto terapeutico nutrizionale (via di nutrizione, fabbisogni, durata del ricovero);
- elaborazione ed esecuzione della terapia nutrizionale per via artificiale;
- riabilitazione nutrizionale e suo monitoraggio;
- rivalutazione *compliance* con il programma nutrizionale e andamento clinico-nutrizionale;
- rivalutazione quotidiana della *compliance* dietoterapica con valutazione dietistica;
- eventuali approfondimenti diagnostici per patologie associate o complicanze;
- revisione costante del programma nutrizionale;
- consulenza e monitoraggio psichiatrico;
- DH psichiatrico/neuropsichiatrico infantile della durata di alcuni mesi;
- contratto terapeutico;
- colloqui psichiatrici;
- psicoterapia individuale a frequenza bisettimanale;
- psicoterapia di gruppo;
- counselling alla famiglia/intervento di sostegno psicoterapeutico ai genitori;
- valutazione nutrizionale (medico-dietistica);
- pasti assistiti e se occorre terapie nutrizionali;
- psico-farmacoterapia;
- terapia ambientale;
- laboratori di gruppo con valenza terapeutica;
- supervisione clinica settimanale;
- riunione di équipe settimanale;
- lavoro in rete per ammissione/dimissione delle pazienti con le strutture complesse di Salute mentale, di Neuropsichiatria Infantile e le strutture di Dietetica e nutrizione clinica delle ASL di residenza, al fine di attivare continuità di cure e dimissioni protette

<p>P7: Criteri di responsabilità al trattamento ambulatoriale</p>	<p>Devono essere raggiunti tutti i seguenti obiettivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • miglioramento dello stile alimentare; • mantenimento di un peso adeguato; • miglioramento delle condotte compensatorie patologiche; • sufficiente autonomia psichica e nutrizionale; • miglioramento della psicopatologia associata; • stile relazionale familiare più adeguato
<p>P8: Protocollo per la gestione del <i>follow up</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • La durata del <i>follow up</i> deve essere di 2 anni • “Chi” → il <i>follow up</i> è condotto dalle diverse figure professionali dell'équipe curante • “Con quale periodicità” → 3/6 mesi, comunque variabile in rapporto alla situazione individuale • “Come” → visite di controllo da parte delle diverse figure professionali per valutare il mantenimento dei criteri al punto 7 (criteri di dimissione)
<p>P9: Criteri di invio alla struttura residenziale (valutazione comunque da farsi in PTC)</p>	<p>Almeno uno dei seguenti criteri:</p> <ul style="list-style-type: none"> • alto rischio <i>quoad vitam</i> per le condizioni fisiche e/o psichiche; • elevata conflittualità familiare; • cronicità; • stallo terapeutico al PTC per almeno 6 mesi/1 anno; • necessità di un contenimento relazionale e del sintomo (gravità clinica) a medio termine (per oltre 60 giorni)
<p>P10: Protocolli terapeutici di massima per la struttura residenziale</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Durata: 3-12 mesi • Équipe: 2 psichiatri, 2 psicoterapeuti part-time, 1 nutrizionista, 2 dietisti, educatori, infermieri sufficienti per turnazione • Psicoterapia psicodinamica individuale e di gruppo • Counselling famiglia • Operatori in formazione permanente coordinata dal Centro Pilota Regionale e in contatto con il Servizio inviante
<p>P11: Criteri di responsabilità al trattamento complesso</p>	<p>La paziente può essere considerata <i>non responderse</i> dopo 6 mesi/1 anno di intervento di PTC non vi è miglioramento in almeno 5 dei seguenti <i>items</i> (gli <i>items</i> 1 e 2 sono da considerarsi irrinunciabili):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. alimentazione; 2. peso; 3. mestruazioni; 4. funzionamento mentale; 5. qualità dell'alleanza terapeutica; 6. relazioni sessuali; 7. relazioni familiari; 8. relazioni sociali extrafamiliari; 9. attività lavorative o di studio; 10. condotte di dipendenza
<p>P12: Criteri di dimissione del paziente dal percorso di cura</p>	<p>Devono essere raggiunti tutti i seguenti obiettivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • miglioramento dello stile alimentare; • mantenimento di un peso adeguato; • ripresa mestruazioni; • miglioramento delle condotte compensatorie patologiche; • sufficiente autonomia psichica e nutrizionale; • miglioramento della psicopatologia associata; • stile relazionale familiare più adeguato

Tab. 10. Descrizione degli indicatori

Indicatori organizzativi	
I.o.1	Attività di formazione specifica dei soggetti responsabili delle attività di <i>screening</i>
Razionale	Lo <i>screening</i> è efficace solamente a condizione che i responsabili dello stesso siano adeguatamente formati
Definizione termini	Per essere specifica la formazione deve essere di tipo tecnico, comportamentale e psicologico
Numeratore	Operatori responsabili delle attività di <i>screening</i> formati
Denominatore	Numero di operatori responsabili delle attività di <i>screening</i>
Soglia	100%
I.o.2	Adeguatezza composizione e attività dei centri di 1° livello
Razionale	La qualità dell'attività dei centri di 1° livello è relazionata alle professionalità che vi operano
Definizione termini	----
Numeratore	Professionalità (che operano in luogo dedicato e differenziato per età dei pazienti) fra le seguenti: <ul style="list-style-type: none"> • psichiatra; • neuropsichiatra infantile; • medico nutrizionista; • psicoterapeuta; • ginecologo/endocrinologo; • dietista
Denominatore	Tutte le professionalità elencate
Soglia	100%
I.o.3	Multidisciplinarietà nella valutazione diagnostica e progettazione terapeutica
Razionale	Oltre alla disponibilità delle diverse figure professionali, il centro deve adottare procedure di valutazione e progettazione della terapia multidisciplinari
Definizione termini	----
Numeratore	Numero di valutazioni diagnostiche e progettazioni terapeutiche multidisciplinari
Denominatore	Totale numero di valutazioni diagnostiche e progettazioni terapeutiche
Soglia	100%
I.o.4	Collegamento fra i centri di 1° livello e i servizi sociali, infermieristici, MMG
Razionale	Oltre alla multidisciplinarietà dei professionisti operanti nel centro di 1° livello, occorre che questo possa collegarsi con altri servizi dell'ASL per la completa presa in carico dei pazienti
Definizione termini	----
Numeratore	Presenza di protocolli di integrazione fra i centri di 1° livello e i servizi sociali, infermieristici, MMG
Denominatore	----
Soglia	Presenza
I.o.5	Adeguatezza strutturale dei centri di 2° livello
Razionale	Per un'efficace attività diagnostica e terapeutica il centro di 2° livello deve rispondere ad alcuni requisiti strutturali
Definizione termini	----

Numeratore	Il PTC ha la possibilità di: <ul style="list-style-type: none"> • ospedalizzare il paziente in reparto e DH di Psichiatria, Neuropsichiatria Infantile, Dietologia o altri reparti che garantiscono comunque la presa in carico multidisciplinare; • effettuare cure ambulatoriali intensive (visite multidisciplinari più volte la settimana)
Denominatore	----
Soglia	Presenza
I.o.6	Adeguatezza dell'informazione/collegamento fra i diversi ambiti del percorso
Razionale	Visto che i pazienti vengono seguiti e trattati in diversi ambiti assistenziali (1° livello, 2° livello, residenze, ecc.) occorre garantire una corretta e completa informazione
Definizione termini	Per adeguatezza dell'informazione/collegamento si intende come minimo la presenza nella lettera di dimissione/referto ambulatoriale di: <ul style="list-style-type: none"> • sintesi anamnestica fisiologica, psichiatrica e nutrizionale; • andamento clinico; • esami effettuati; • sintesi valutazione diagnostica; • progetto terapeutico
Numeratore	Pazienti per cui è stata compilata un'adeguata lettera di dimissione/referto ambulatoriale
Denominatore	Totale pazienti per cui è stata predisposta una lettera di dimissione/referto ambulatoriale
Soglia	100%
Indicatori clinici	
I.c.1	Specificità delle attività di <i>screening</i>
Razionale	Operatori adeguatamente formati nelle attività di <i>screening</i> dovrebbero ridurre al minimo i falsi positivi (e rendere più efficiente l'attività del 1° livello). La conoscenza del numero di confermati può poi permettere ulteriori valutazioni sull'efficacia dello <i>screening</i> stesso (sensibilità)
Definizione termini	---
Numeratore	Casi confermati dal centro di 1° livello
Denominatore	Totale casi sospetti inviati al centro
Soglia	> 80%
I.c.2	Adeguatezza dell'adesione alle cure
Razionale	Il tasso di abbandono del percorso terapeutico è indice della qualità del processo terapeutico
Definizione termini	---
Numeratore	Pazienti che hanno interrotto il percorso terapeutico nei primi 6 mesi
Denominatore	Totale pazienti diagnosticati
Soglia	< 31%
I.c.3	Tasso dei ricoveri ripetuti
Razionale	I ricoveri ripetuti riflettono almeno in parte l'efficacia clinica del trattamento
Definizione termini	---
Numeratore	Numero di pazienti con 2 o più ricoveri/anno in degenza ospedaliera per DCA
Denominatore	Numero totale dei pazienti ricoverati/anno
Soglia	< 41%

APPENDICE

IL TRATTAMENTO IN REGIME RESIDENZIALE. LE COMUNITÀ TERAPEUTICHE PER PAZIENTI AFFETTI DA DCA

La *riabilitazione* si propone il recupero delle capacità nutrizionali, psicologiche e socio-relazionali compromesse dal DCA. Le strutture sanitarie dedicate al trattamento riabilitativo dei DCA devono essere in grado di trattare i disturbi, ma soprattutto consentire remissioni complete e prevenire le ricadute. Solo un monitoraggio prolungato e intensivo delle dinamiche psicologiche personali (e familiari), delle comorbilità psichiatriche e un progetto riabilitativo nutrizionale che tenga conto anche degli aspetti psicosomatici e somatopsichici dei DCA possono limitare il rischio di morte e di disabilità permanente associati ai DCA.

Una comunità terapeutica residenziale si rivolge a quei soggetti che soffrono di anoressia e bulimia, che manifestano, permanentemente o in alcuni periodi, una difficoltà a mantenere gli obiettivi alimentari e di peso concordati con i curanti di provenienza, a sostenere efficacemente un trattamento psicoterapeutico di tipo individuale o grupppale e per i quali si ritiene utile e spesso necessario un periodo di

distacco dalla realtà di convivenza domestica con i familiari, spesso caratterizzata da un alto grado di logoramento delle relazioni, da aggressività reciproca, da un senso di impotenza diffuso, stati solitamente concomitanti alla gestione della patologia anoressico-bulimica in famiglia. La comunità si pone come percorso successivo al ricovero ospedaliero, in caso di DCA grave, o come percorso a lungo termine e più intensivo rispetto a un DH psichiatrico-nutrizionale.

La comunità dovrebbe accogliere non più di 15 pazienti (di età maggiore ai 16 anni), sufficientemente motivati a svolgere un lavoro riabilitativo, per un periodo di 6-12 mesi.

Gli *obiettivi* di un percorso comunitario sono:

- aumentare la motivazione alla cura e al progetto terapeutico: adesione al trattamento psicofarmacologico, alla terapia nutrizionale e internistica, ecc.;

- rinforzare uno stile alimentare e uno stile di vita autonomo che consenta un progetto di vita futura (lavoro, studio, impegno socio-relazionale...);
 - ridimensionare il ruolo giocato dal sintomo alimentare nella vita della paziente (a cui si legano gli obiettivi clinici: incremento del peso, riduzione delle condotte bulimiche, ecc.);
 - migliorare il rapporto della paziente con il proprio corpo (auto-accettazione);
 - migliorare la comunicazione interpersonale della paziente (effetto risocializzante);
 - iniziare un percorso psicoterapeutico da proseguire al di fuori della comunità;
 - migliorare i rapporti con i familiari attraverso un loro coinvolgimento diretto (soprattutto per pazienti molto giovani o con particolari problematiche familiari).
- *work-therapy* (orto/giardinaggio, accudimento di animali, lavoro creativo);
 - pasti assistiti;
 - riunioni con l'équipe;
 - colloqui di tipo psicoterapeutico con i genitori e/o familiari.

1. L'équipe curante deve essere composta da personale stanziale dipendente, costituito da educatori che coprono turnando le giornate dalla mattina a colazione fino alla sera dopo cena (dalle 8.00 alle 22.00 circa); da operatori sociosanitari (OSS) che svolgono un orario analogo durante la giornata; e infine da infermieri che ruotano a turno su tutte le 24 ore. Il personale medico deve comprendere psichiatri, nutrizionisti e dietisti. Tra gli psicologi clinici è prevista la presenza di più psicoterapeuti con funzioni di conduzione di gruppi, di trattamento psicoterapeutico individuale alle pazienti, di lavoro con i familiari e di coordinamento dei momenti di équipe.

2. Prima di entrare in comunità la paziente e i suoi familiari si impegnano a sottoscrivere un *contratto-accordo terapeutico* nel quale essi accettano di conformarsi al regolamento che disciplina la vita comunitaria e i rapporti delle ospiti con le persone esterne alla comunità. Il contratto caratterizza un percorso psicologico e relazionale orientato all'acquisizione di un più favorevole livello di autonomia e accudimento di sé.

1. Funzionamento del percorso in comunità

L'assistenza residenziale si fonda sui seguenti elementi:

- équipe terapeutica multidisciplinare;
- regolamento della vita di comunità e contratto;
- colloqui di tipo psichiatrico, di tipo nutrizionale e di tipo psicoterapeutico individuali e di gruppo;
- attività riabilitative (arte-terapia, psicomotricità, gruppo cucina, *film-therapy*...);

3-6. *Il programma*

La vita quotidiana delle pazienti all'interno della comunità deve essere scandita da momenti strutturati, nei quali il programma prevede attività specifiche da svolgere, e da momenti non strutturati, nei quali le ospiti hanno la possibilità di coltivare liberamente interessi loro specifici nel rispetto delle regole dell'istituzione. I momenti strutturati che la comunità offre sono di tre tipi: esperienze guidate di vita conviviali, gruppali e individuali.

I momenti conviviali di alimentazione assistita

Sono i momenti canonici del pasto, costituiti dalla colazione, dai break di metà mattinata e metà pomeriggio, dal pranzo e dalla cena. Hanno importanza fondamentale perché in tale contesto le pazienti affrontano, sotto la supervisione di dietista ed educatori, le loro più radicate paure nei confronti del cibo e recuperano anche l'esperienza della convivialità legata al cibo. Ma sono anche momenti in cui si condividono festeggiamenti (festività, compleanni), in cui si accolgono i nuovi arrivati o si prende congedo da chi ha terminato il percorso.

I momenti gruppali

Costituiscono il motore del lavoro di elaborazione che le pazienti sviluppano all'interno della comunità. Essi danno un luogo strutturato di espressione ai molteplici eventi che si producono nel gruppo delle pazienti nel corso della convivenza in

istituzione. Si differenziano, a seconda della tipologia di lavoro collettivo che propongono, in tre modi di organizzazione fondamentale: la riunione, il gruppo, l'atelier.

La riunione di comunità affronta i problemi di tipo pratico-organizzativo che la convivenza in comunità ha presentato nel corso della settimana e vengono prese decisioni riguardanti iniziative da svolgere nel corso della settimana a venire.

Il gruppo è il luogo principe di trattamento delle dinamiche affettive che la convivenza in comunità produce nei rapporti tra le pazienti e nei confronti degli operatori. Qui vengono analizzate le dinamiche interpersonali e i vissuti condivisi nei confronti della malattia. Particolarmente strategico è il gruppo sul *sintomo*.

Gli atelier comprendono "esperienze sensoriali" condivise, come letture, visione di film, arte-terapia, gruppo cucina.

I momenti individuali

Comprendono i colloqui psicologici individuali (psicoterapia), i colloqui psichiatrici per valutare la farmacoterapia e le visite mediche dietologico-dietistiche, dove si farà il punto sull'andamento individuale (peso, parametri fisici, esami di laboratorio). Comprendono inoltre momenti di relax o riflessione individuale e momenti di lavoro (nel giardino o nell'orto, con gli animali o in laboratorio d'arte, se è prevista la collaborazione di artisti locali), in cui la paziente si confronta con la responsabilità del por-

tare avanti un impegno o un lavoro, incrementando così la propria autostima.

7. L'équipe terapeutica si riunisce per:

- discutere settimanalmente i singoli casi;
- discutere problematiche interne all'équipe stessa;
- effettuare una supervisione mensile con un esperto esterno.

Il lavoro sul caso singolo viene strutturato periodicamente dalla riunione settimanale d'équipe tra tutti gli operatori, che integrano i loro interventi con la paziente in una lettura unitaria. Circa ogni tre mesi la paziente è convocata dall'équipe, a volte insieme ai suoi genitori, a volte insieme a operatori dei Servizi inviati, per un momento istituzionale che ha la funzione di fare il punto dell'andamento della situazione del lavoro terapeutico, di verificarne e precisarne i passaggi e di strutturare in modo più definito, alla luce di quanto emerge dalla paziente, il progetto terapeutico.

8. La *famiglia* è spesso un fattore di mantenimento del disturbo, quando non è un vero e proprio fattore causativo. I familiari devono essere coinvolti nel trattamento e devono ricevere un adatto counselling in previsione del ritorno a casa della paziente. Sono importanti gli incontri individuali con il terapeuta familiare (quindicinali o mensili), gli incontri gruppalari con altri familiari e gli incontri di verifica (trimestrali) con la paziente e tutta l'équipe.

Nell'équipe, in particolare, un terapeuta si deve occupare di seguire i genitori delle pazienti, con incontri periodici e una reperibilità telefonica per comunicazioni salienti. Lo stesso dovrebbe periodicamente condurre un gruppo genitori, utile occasione di confronto e di scambio attorno ai problemi che comporta l'aver una figlia con disturbi alimentari lontana da casa e ricoverata in comunità.

In alcuni momenti importanti del suo percorso, l'équipe nel suo complesso incontra la paziente e i familiari, possibilmente con la presenza di operatori del Servizio inviati, per fare il punto insieme sull'andamento del progetto terapeutico e sugli sviluppi futuri.

2. La valutazione preliminare all'ingresso in comunità

Questa fase è caratterizzata dalla presa di contatto della paziente con la struttura comunitaria, e si prolunga per tutto l'arco di tempo che va dal primo contatto telefonico al completamento delle visite e dei colloqui preliminari, all'ingresso in istituzione. Al primo appuntamento in comunità, la paziente viene sottoposta a una visita medico-nutrizionale, a una visita psichiatrica e a un colloquio psicologico. A questo primo appuntamento occorre che la paziente giunga con i referti di esami clinici recenti richiesti dalla comunità e indicati previamente dagli operatori della comunità quando viene fissato l'appun-

tamento, insieme a tutta la documentazione clinica di cui dispone.

La funzione della visita medico-nutrizionale è di valutare le condizioni fisiche della paziente e gli effetti del disturbo alimentare sulle condizioni dell'organismo. In questa visita viene valutato se vi sono le condizioni cliniche per ritenere opportuno un ingresso della paziente in comunità. Nel caso non vi fossero tali condizioni nell'immediato ma venisse valutato che la paziente può beneficiare in prospettiva del trattamento della comunità, viene indicato dal medico alla paziente quale percorso seguire per raggiungere le condizioni cliniche adatte all'avvio dell'esperienza comunitaria. Oppure, nel caso venisse valutata una non idoneità di fondo al trattamento comunitario, viene indicato alla paziente un percorso da seguire alternativo alla comunità. Tra i parametri fisiologici di riferimento utilizzati come condizione d'ingresso in comunità, una funzione discriminante è attribuita all'indice di massa corporea (BMI), il cui valore minimo accettabile è stato fissato a 14. La funzione della visita psichiatrica è anzitutto quella di una ricostruzione anamnestica della storia evolutiva della paziente, del contesto familiare ed esistenziale, del percorso clinico e terapeutico, del rapporto con il disturbo alimentare, nel quadro di un primo tentativo di reperimento della personalità della paziente e dei suoi specifici aspetti psicopatologici.

La *formulazione esplicativa psicodinamica*³² sul senso della malattia e del suo pro-

trarsi è preliminare all'allestimento del progetto complessivo di cura e riabilitazione *ad personam* e alla ricalibrazione dello stesso in presenza delle frequenti e prevedibili resistenze al trattamento. Essenziale in questo contesto è anche la messa a punto di un'eventuale terapia psicofarmacologica che tenga conto, se il soggetto proviene già da un trattamento psichiatrico in corso, delle indicazioni fornite dal collega che aveva in carico la paziente.

Il colloquio psicologico nella fase preliminare svolge essenzialmente una doppia funzione: a) anzitutto è volto a raccogliere la domanda della paziente di ingresso in comunità e a valutare il grado di motivazione che la caratterizza; b) in secondo luogo, ha la funzione di presentare e introdurre la paziente nel quadro dell'esperienza comunitaria, illustrandone il funzionamento.

Fin dal primo appuntamento, è riservato uno spazio particolare all'ascolto dei familiari della paziente.

La valutazione delle prime visite e dei colloqui viene fatta congiuntamente in équipe e perlopiù prevede, qualora si decida per una idoneità della paziente al lavoro comunitario, un secondo appuntamento dopo breve tempo (due settimane, massimo un mese) per verificare la disponibilità della paziente, per strutturare un progetto d'entrata con i Servizi invianti e per preparare l'accoglienza in istituzione.

3. La dimissione dalla comunità

L'uscita dalla comunità dovrebbe avvenire al raggiungimento degli obiettivi proposti all'inizio (sia clinici, sia relazionali, sia familiari). L'uscita dovrebbe essere graduale e preparata, eventualmente considerando:

- percorsi di residenzialità terapeutica meno protetta: inserimento in un gruppo appartamento parzialmente supportato, con effettuazione di visite periodiche in comunità;
- incontri periodici di gruppo per pazienti uscite dalla comunità e in fase di reinserimento: la loro utilità è data in particolare dal permettere un passaggio meno traumatico del soggetto dalla comunità alla vita sociale, rendendogli possibile mantenere, attraverso il gruppo comunitario, un luogo di elaborazione delle difficoltà interne al processo di separazione dall'istituzione e di inserimento nel legame sociale;
- incontri periodici della paziente dimessa e dei suoi familiari con l'équipe comunitaria, per un periodo variabile da sei mesi a un anno, per accompagnare il processo di riformulazione di un progetto individuale di vita e la sua realizzazione concreta.

4. Il problema dei casi cronici

Rispetto alle pazienti con una più breve durata di malattia, chi arriva da un'esperienza già pluriennale di malattia porta con sé una maggiore sfiducia rispetto ai trattamenti (spesso ha alle spalle più ricoveri in ospedali, case di cura, ha già cambiato più terapeuti, ha interrotto e ripreso varie psicoterapie...). Talvolta è anche presente un atteggiamento di sfida e oppositività che rischia di essere dannoso per il clima della comunità.

Nel caso vengano considerate adatte alla comunità, tali pazienti dovrebbero usufruire di un percorso terapeutico parallelo che limiti il contatto con le pazienti più giovani (onde evitare falsi insegnamenti e un'influenza negativa) e che si focalizzi di più sulla possibilità di convivere con la malattia "il meno peggio possibile", instaurando un approccio più supportivo e di accompagnamento, che di cambiamento stretto.

Sarebbe anche auspicabile una parte della struttura separata, dedicata appositamente a tali pazienti, e un'équipe formata all'uopo, in grado di reggere la frustrazione e il controtransfert negativo, sul modello degli *hospices* per i pazienti da tempo gravissimi e in persistente pericolo di vita.

CONCLUSIONI

Questo documento rappresenta il primo momento di un percorso di valutazione della patologia dei DCA finalizzato a una programmazione regionale degli interventi, pertanto non può prevedere conclusioni definitive.

È comunque opportuno ricordare nuovamente gli obiettivi e le motivazioni del gruppo di lavoro per valutarne il raggiungimento e confrontarli con i contenuti e le prospettive del prodotto finale.

Innanzitutto il gruppo aveva l'obiettivo di porre attenzione al contesto piemontese e svolgere un'analisi organizzativa delle attività poste in essere nell'ambito dei DCA: l'immagine derivata dall'analisi dei dati raccolti, seppure parziale, ha comunque consentito di indicare soluzioni organizzative da attuarsi nel breve-medio periodo, evidenziando nel contempo la necessità di prevedere una raccolta sistematica di dati da inserire nei flussi informativi correnti, se fattibile, o di attivare un canale informativo specifico, senza peraltro appesantire inutilmente l'attività dei Servizi che prendono in carico i DCA.

Ulteriore obiettivo era la progettazione di percorsi diagnostico-assistenziali appropriati, accessibili, integrati fra strutture ospedaliere e territorio: questa parte del documento è stata oggetto di notevole attenzione e approfondimento e, in

particolare, ha visto la proficua collaborazione tra operatori con professionalità diverse, provenienti da servizi ospedalieri e territoriali che hanno portato il loro bagaglio di esperienza. È opportuno ricordare a questo proposito quanto evidenziato nell'introduzione del documento elaborato dall'ARESS-Piemonte, *Raccomandazioni per la costruzione di PDTA (percorso diagnostico terapeutico assistenziale) e PIC (profili integrati di cura) nelle Aziende Sanitarie della Regione Piemonte*. «Il valore aggiunto dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali è insito nella valorizzazione dell'esito "outcome" come obiettivo e non tanto come prodotto, nel coinvolgimento multidisciplinare, che consente lo scambio di informazioni e la comprensione dei ruoli».

In particolare da questo punto di vista, si sottolinea che la costruzione del percorso ha contribuito a definire in modo più comprensibile i ruoli e i compiti degli operatori, la riproducibilità e l'uniformità delle prestazioni erogate, presupposto per contribuire a creare le condizioni per un efficace lavoro di rete.

La presenza all'interno del gruppo di competenze di pianificazione di interventi di prevenzione primaria e di promozione della salute ha permesso un approccio critico al problema dell'efficacia degli inter-

venti di prevenzione e promozione basato sulla valutazione delle evidenze³³ e sulla ricerca di buone pratiche; da considerare inoltre i collegamenti progettuali e le proposte di coordinamento delle attività di prevenzione dei DCA con il progetto "Guadagnare in salute negli adolescenti". Non va dimenticato, infine, il ruolo della Regione per rendere effettivi i percorsi indicati attraverso la risposta a un problema di salute che prevede interventi a livello di formazione degli operatori, riorganizzazione della rete territoriale e creazione di centri di riferimento organizzati per livelli di complessità. Il compito istituzionale po-

trà concretizzarsi nel creare le condizioni per interventi di prevenzione che agiscano nel contesto di un percorso di prevenzione globale del disagio degli adolescenti, favorendo il coordinamento delle attività dei diversi servizi disponibili sul territorio. Inoltre si dovrà porre attenzione a quelle aree in cui risultano più carenti, o addirittura inesistenti, i servizi che possano occuparsi dei DCA, in modo da riequilibrare le prestazioni delle diverse strutture esistenti. Senza dimenticare gli obiettivi di fondo: l'appropriatezza delle risposte e la certezza dei pazienti e delle loro famiglie di poter contare su un'assistenza qualificata.

BIBLIOGRAFIA

1. American Psychiatric Association. *DSM-IV-TR. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Trad. it. Masson, Milano, 2001.
2. *International Statistical Classification of Diseases and Health Related Problems. (The) ICD-10*. Second Edition. World Health Organization, Geneva, 2007. <http://www.who.int/classifications/icd/en/>
3. Turnbull S, Ward A *et al*. The demand for eating disorders care. An epidemiological study using the general practice research database. *British Journal Psychiatry* 1996; 169: 705-712.
4. Peláez Fernández MA, Labrador FJ, Raich RM. Prevalence of eating disorders among adolescent and young adult scholastic population in the region of Madrid (Spain). *J Psychosom Res* 2007; 62(6): 681-690.
5. Ministero della Sanità, Epicentro. www.epicentro.iss.it
6. Pászthy B. Medical complications of anorexia nervosa in children and adolescents. *Orv Hetil* 2007; 148(9): 405-412.
7. Birmingham CL, Su J, Hlynsky JA, Goldner EM, Gao M. The mortality rate from anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 2005; 38(2): 143-146.
8. Dalla Ragione L. *La casa delle bambine che non mangiano*. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2005.
9. Bruch H. *Patologia del comportamento alimentare*. Feltrinelli, Milano, 1977.
10. Pratt BM, Woolfenden SR. *Interventions for preventing eating disorders in children and adolescent (Review)*. The Cochrane Library, 2007, Issue 4. <http://www.thecochranelibrary.com>
11. Carter JC, Stewart DA, Dunn VJ, Fairburn CG. Primary prevention of eating disorders: might it do more harm than good? *Int J Eat Disord* 1997; 22(2): 167-172.
12. Steiner-Adair C, Sjostrom L, Franko DL *et al*. Primary prevention of risk factors for eating disorders in adolescent girls: learning from practice. *Int J Eat Disord* 2002; 32(4): 401-411.
13. Smolak L, Levine MP, Schermer FA. Controlled evaluation of an elementary school primary prevention program for eating problems. *Journal of Psychosomatic Research* 1998, 44(3/4): 339-353.
14. Regione Emilia Romagna. Agenzia Sanitaria Regionale (a cura di Elisabetta Fréjaville *et al*). *Promozione della salute per i disturbi alimentari: dossier 1989-2004*. http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana_dossier/doss089.htm
15. Agenzia Sanitaria Italiana (ASI). Commissione di studio Ministeriale per l'Assistenza ai Pazienti con DCA (mar. 1997). *Linee guida per la sperimentazione di un sistema integrato di servizi per prevenire e curare i DCA*. Maggio 2002, pp. 25-29.
16. American Academy of Pediatrics. AAP. Releases Policy Statement: Identifying and Treating Eating Disorders. *Am Fam Physician* 2003; 67(10): 2224, 2226.

17. APA (American Psychiatric Association). *Treating eating disorders, Practice Guidelines*. 2006. <http://www.appi.org>
18. Becker AE. Outpatient management of eating disorders in adults. *Curr Womens Health Rep* 2003; 3(3): 221-229.
19. Bruch H. *Patologia del comportamento alimentare*. Feltrinelli, Milano, 1977.
20. Cuzzolaro M. *Disordini alimentari in adolescenza*. In: Ammaniti M (a cura di). *Manuale di psicopatologia dell'adolescenza*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2002, pp. 399-427.
21. Endacott R, Kidd S, Deacon-Crouch M. Developing new services for eating disorders: an evaluation study. *Australasian Psychiatry* 2006; 14(1).
22. Fairburn CG, Browell KD. *Eating Disorders and Obesity. A comprehensive Handbook*. Guilford Publications, New York, 2005.
23. Hay PJ, Bacaltchuk J, Stefano S. *Psychotherapy for bulimia nervosa and bingeing*. Cochrane Database Syst Rev. 2003; (1): CD000562.
24. Lock J. A health service perspective on anorexia nervosa. *Eating Disorders* 2003; 11: 197-207.
25. Mehler PS. Diagnosis and care of patients with anorexia nervosa in primary care settings. *Annals of Internal Medicine* 2001; 134(11): 1048-59.
26. NHS (National Institute for Clinical Excellence): *Eating disorders, Clinical Guidelines*. January 2004. <http://www.nice.org.uk>
27. Pászthy B. Medical complications of anorexia nervosa in children and adolescents. *Orv Hetil* 2007; 148(9): 405-412.
28. Regione Umbria, Direzione Regionale Sanità e Servizi Sociali. *Linee guida dei disordini del comportamento alimentare*, 2001.
29. Royal College of Psychiatrist. *Eating disorders in young people*. London, 2004.
30. Wilson T, Shafran R. Eating disorders guidelines from NICE. *The Lancet* 2005; 365 (9453) 1: 79-81.
31. Lindblad F, Lindberg L, Hjern A. Improved survival in adolescent patients with anorexia nervosa: a comparison of two Swedish national cohorts of female inpatients. *Am J Psychiatry* 2006; 163(8): 1433-35.
32. Fassino S, Abbate Daga G, Leombruni P. *Manuale di Psichiatria Biopsicosociale*. CSE, Torino, 2007.
33. Abbate Daga G., Gramaglia C, Malfi G, Pierò A, Fassino S. Eating problems and personality traits. An Italian pilot study among 992 high school students. *Eur Eat Disord Rev* 2007; 15(6): 471-478.