

CONVEGNO REGIONALE

Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione. Un'epidemia silenziosa. La situazione in Sicilia.

A CURA DEL GRUPPO DI LAVORO SUI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO
ALIMENTARE DELL'ORDINE DEGLI PSICOLOGI DELLA REGIONE SICILIANA

IN COLLABORAZIONE CON

■ ORDINE DEI MEDICI PROVINCIA DI PALERMO

■ DIPARTIMENTO DI SCIENZE PSICOLOGICHE, PEDAGOGICHE, DELL'ESERCIZIO FISICO
E DELLA FORMAZIONE – UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PALERMO

■ ISTITUTO PER LA RICERCA E L'INNOVAZIONE BIOMEDICA DEL CONSIGLIO
NAZIONALE DELLE RICERCHE



Patrizia Todisco

**Unità di Riabilitazione Psico-nutrizionale
per i Disturbi dell'Alimentazione**

**Villa Margherita Neomesia – KOS group
Arcugnano (VI)**

**L'esperienza della Regione Veneto:
il PDTA e il tavolo regionale per i DN&A**



REGIONE DEL VENETO

Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale

Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione



REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

DECRETO N. **16** DEL **1 GIU. 2021**

OGGETTO: Approvazione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per il trattamento dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione e del modello di cartella clinica (Parte Diagnostica) in dotazione ai Centri Regionali e Provinciali per i disturbi della nutrizione e dell'alimentazione aggiornata ai criteri diagnostici del DSM-V.

Definisce il **gold standard di trattamento da attuare nella rete di trattamento regionale** per i **Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione**, rete istituita dalla Regione Veneto con la Delibera di giunta regionale n 3540 del **19 ottobre 1999**.



giunta regionale
DECRETO N. **16** DEL **11 GIU. 2021**

VISTO l'Accordo della Conferenza Unificata Rep. Atti n. 137 approvato nella seduta del 13 novembre 2014 sul documento "Definizione dei percorsi di cura da attivare nei Dipartimenti di salute mentale per i disturbi schizofrenici, i disturbi dell'umore e i disturbi gravi di personalità";

RILEVATO che tale documento, in ragione della complessità dei quadri clinici e delle compromissioni del funzionamento personale e sociale, con elevati livelli di disagio e di sofferenza individuale e familiare, il cui trattamento impegna una parte considerevole delle risorse di budget dei servizi sanitari e socio sanitari, declina, per ciascun raggruppamento patologico, i relativi percorsi di cura o percorsi diagnostici assistenziali (PDTA);

CONSIDERATO che i PDTA sono strumenti di governo clinico elaborati sulla base di evidenze scientifiche aggiornate, con lo scopo di ridurre la variabilità dei trattamenti, di garantire qualità ai processi e di assicurare l'erogazione, senza ritardi, di trattamenti efficaci. Insieme alle Linee guida consentono di definire standard assistenziali e di verificare l'appropriatezza dell'assistenza erogata;



giunta regionale
DECRETO N. **16** DEL **11 GIU. 2021**

RICHIAMATA la DGR n. 569 del 9 maggio 2019 di recepimento dell'Accordo Conferenza Stato Regioni sul documento "Linee di indirizzo nazionali per la riabilitazione nutrizionale nei disturbi dell'alimentazione" – approvato il 22 luglio 2017 Rep. Atti 93/CSR;

CONSIDERATO che il Tavolo Tecnico, costituito con Decreto del Direttore Generale Area Sanità e Sociale n. 94 del 1 agosto 2018, composto dai responsabili dei Centri Regionali e Provinciali e dai rappresentanti delle Case di cura convenzionate, ha rilevato la necessità di standardizzare e ottimizzare i percorsi diagnostici e terapeutici ed assicurare una equa accessibilità a tutti i livelli di intensità di cura, indipendentemente dall'età, per i pazienti con disturbi della nutrizione e dell'alimentazione, attraverso la stesura di uno specifico PDTA regionale;

RICHIAMATA la legge regionale di approvazione del Piano socio sanitario 2019-2023 (L.R. 28 dicembre 2018, n. 48), che individua tra le reti cliniche la rete per i disturbi del comportamento alimentare;

VISTO il Decreto del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale n. 63 del 22 luglio 2020 di istituzione del Gruppo Tecnico di Lavoro per la definizione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per pazienti con disturbi dell'alimentazione e della nutrizione. DGR 569 del 9 maggio 2019;



REGIONE DEL VENETO

Il presente documento è stato redatto dal seguente gruppo tecnico di cui al Decreto del Direttore Generale Area Sanità e Sociale n. 63 del 22 luglio 2020

Dr. Marco Nuti - Dirigente U.O. Salute mentale e sanità penitenziaria Regione Veneto Coordinatore Tavolo Tecnico	
Prof.ssa Angela Favaro – Professore ordinario di psichiatria Direttore UOC Psichiatria - Centro Regionale DCA	Università di Padova - AOP
Dr. Riccardo dalle Grave - Responsabile Unità Riabilitazione Nutrizionale	Casa di Cura "Villa Garda"
Prof.ssa Mirella Ruggeri - Professore ordinario di psichiatria	Università di Verona – AOUIVR

Hanno collaborato alla redazione:

Dr. Francesco Avossa, Azienda Zero; Dr.ssa Matilde Dotto, Azienda Zero; Dr. Ugo Fedeli, Azienda Zero; Dr. Stefano Kusstatscher, Azienda Zero; Dr.ssa Angela Veronese, AOP; Dr. Giuseppe De Vincenti, ULSS 7 Pedemontana; Dr.ssa Silvia Friederici, Ulss 3 Serenissima; Dott.ssa Tatiana Zanetti, AOP; Dr.ssa Eleonora Sale, ULSS 6 Euganea; Dr. Stefano Pillan Casa di Cura "Villa Chiara"; Dott.ssa Maria Durante, psicologa-psicoterapeuta; Dott.ssa Erika Baldissera, ULSS 4 Veneto Orientale; Dr.ssa Patrizia Todisco, Casa di Cura "Villa Margherita"; Dr. Marco Bortolomasi, Casa di Cura "Villa Santa Chiara"; Dr. Giovanni Scanelli, ULSS 8 Berica; Dr.ssa Lorenza Di Pascoli, AOP.

Dr. Vincenzo Munno - Centro provinciale DCA	Azienda Ulss 8 Berica;
Dr. Marcello Santi - Direttore Sanitario	Ospedale "Villa Santa Giuliana"
Dr. Piero Realdon - Direttore Distretto	Azienda Ulss 6 Euganea
Dr. Pierpaolo Pianozza - MMG	Azienda Ulss 4 Veneto Orientale
Dr. Mattia Doria - PLS	Azienda Ulss 3 Serenissima
Dr. Agostino Paccagnella - Direttore UOC Malattie Endocrine del Ricambio e della Nutrizione	Azienda Ulss 2 Marca Trevigiana
Dr. Diego Saccon - Direttore UOC Ser.D.	Azienda Ulss 4 Veneto Orientale



Approvazione:

- del **PDTA** per il trattamento dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione, che si configura come un **progetto "in itinere"**, che necessita di sperimentazione, valutazione e rivalutazione/aggiornamento. È prevista pertanto una prima revisione a un anno.
- della **cartella clinica (Parte Diagnostica)** in dotazione ai Centri Regionali e Provinciali per i disturbi della nutrizione e dell'alimentazione aggiornata ai criteri diagnostici del DSM-V.

Riconosciuta la necessità di **determinare il fabbisogno, gli standard organizzativi e strutturali per le unità di offerta della rete di trattamento** per i disturbi della nutrizione e dell'alimentazione.

Disturbi della Nutrizione e dell’Alimentazione

Sommario

1. La rete di trattamento regionale	5
2. Normativa Regione Veneto.....	5
3. Epidemiologia e decorso dei disturbi dell’alimentazione e della nutrizione	8
4. Linee guida EBM di riferimento di società scientifiche (Decreto Ministro della Salute del 2 agosto 2017) ..	10
5. Obiettivi e articolazione del PDTA.....	11
6. Attori del PDTA	12
7. Percorso diagnostico	12
8. Riconoscimento precoce e prevenzione	15
9. Percorso terapeutico: evidenze scientifiche	16
10. Modelli organizzativi del percorso terapeutico secondo il “modello a passi successivi”	19
11. Trattamento ambulatoriale	22
12. Trattamenti riabilitativi	26
13. Ricovero ospedaliero.....	31
14. Gestione delle emergenze e trattamenti in assenza di consenso	35
15. Disturbi dell’alimentazione di lunga durata e con grave comorbidità psichiatrica.....	36
16. Snodi e modelli organizzativi del percorso terapeutico	37
16.1 Matrice delle Attività e delle Responsabilità	38
17. Monitoraggio e indicatori.....	41
18. Formazione.....	41
19. Sperimentazione, valutazione e rivalutazione del PDTA	41
Allegato 1 Disturbi della nutrizione e dell’alimentazione (archivio ACG - Anno 2019).....	42
Allegato 2 Inquadramento nosografico e criteri diagnostici.....	49
Allegato 3 Strumenti diagnostici	55
Allegato 4 Complicanze mediche e loro trattamento.....	61
Allegato 5 Percorso terapeutico disturbi della nutrizione e dell’alimentazione (flow-chart).....	64



pag. 1/64
1 GIU. 2021

Allegato A al Decreto n. 16 del



Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale DN&A

Il **modello Veneto** descritto nel documento "**Indirizzi alle Aziende ULSS e Ospedaliere del Veneto in materia di Disturbi del Comportamento Alimentare (2012)**" e nei "**Quaderni del Ministero della Salute (2013)**" - *punto di riferimento nazionale, promuovendo l'organizzazione di una rete territoriale per il trattamento dei DN&A e diversificati livelli di assistenza e di intensità di cura e di riabilitazione.*

La **rete regionale veneta** è formata da **due centri regionali e tre centri di riferimento provinciale**:

- **Centri Regionali:** Azienda Ospedale Università di Padova, Azienda Ospedaliera Universitaria integrata di Verona
- **Centri di Riferimento Provinciale:** AULSS 8 Berica, AULSS 2 Marca Trevigiana, AULSS 4 Veneto Orientale

MODELLO HUB AND SPOKE

Specificità Centri Regionali: *trattamento dei casi più complessi, coordinamento di progetti di ricerca scientifici e osservatorio epidemiologico.*



Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale DN&A

La **rete regionale veneta** è formata da:

- **due centri regionali e tre centri di riferimento provinciale**
- **strutture ambulatoriali presenti in ogni azienda ULSS**, in relazione funzionale con i centri di riferimento provinciali e regionali
- **Case di Cura private accreditate**, che hanno **ruolo integrativo nella rete di trattamento ed erogano interventi specialistici di riabilitazione intensiva residenziale per i pazienti che non rispondono ai livelli meno intensivi di cura.**

I centri provinciali e regionali devono garantire:

- a) Valutazione multidisciplinare in grado di fornire diagnosi e indicazioni di trattamento;
- b) Livelli differenziati di intensità di cura;
- c) Interventi di prevenzione e trattamento delle complicanze mediche;
- d) Interventi psicoeducativi e terapia di supporto alla famiglia;
- e) Interventi integrati con centri specialistici privati accreditati.



Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale DN&A

Le principali raccomandazioni relative alla presa in carico dei disturbi dell'alimentazione sono:

1. riconoscimento e presa in carico precoce;
2. garantire interventi terapeutici tempestivi e specifici, basati sulle evidenze, basati su un'ottica multidisciplinare e sulla continuità;
3. garantire un approccio per passi successivi (dalla minore alla maggiore complessità e intensità);
4. prevenzione e gestione delle complicanze mediche e psichiatriche sia nella fase acuta iniziale sia nelle pazienti con lunga durata di malattia.

Obiettivi e articolazione del PDTA

a) Obiettivi generali del PDTA

- ridurre la variabilità dei trattamenti ricevuti nelle diverse Unità di cura, facilitando l'accessibilità ai servizi e garantendo equità;
- migliorare la qualità dei processi e degli esiti;
- consentire la valutazione dell'aderenza degli interventi effettuati nella diverse Unità di cura, evidenziando le aree di criticità e permettendone il miglioramento continuo della qualità;
- valorizzare i costi del trattamento standard per permettere un'implementazione dell'organizzazione dei servizi e un miglioramento dell'efficienza di sistema nel rispetto degli standard di trattamento ivi definiti.



Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale DN&A

b) Obiettivi specifici del PDTA

- favorire riconoscimento precoce del disturbo anche attraverso protocolli di collaborazione con i Servizi per l'età evolutiva, i Servizi per le Dipendenze e i medici di Medicina Generale;
- migliorare l'inquadramento diagnostico e stadiazione;
- definire un programma terapeutico individualizzato secondo gli standard di trattamento che preveda, ove necessario, uno stretto coinvolgimento della rete prossimale (familiari ecc.);
- garantire la continuità, la tempestività e la multidisciplinarietà delle cure;
- garantire l'utilizzo di trattamenti basati sulle evidenze o raccomandati dalle linee guida sia nella fase acuta del disturbo che nei casi di lunga durata;
- garantire una rivalutazione periodica dell'andamento del progetto terapeutico (monitoraggio del processo di cura);
- garantire una rivalutazione periodica dell'efficacia degli interventi (monitoraggio degli esiti di cura).



Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale DN&A

c) Articolazione del PDTA

Il PDTA per i disturbi della nutrizione e dell'alimentazione è così articolato:

1. Percorso diagnostico
2. Riconoscimento precoce e prevenzione;
3. Percorso terapeutico: evidenze scientifiche;
4. Percorso terapeutico per passi successivi;
5. Trattamenti ambulatoriali;
6. Trattamenti riabilitativi intensivi;
7. Ricoveri ospedalieri e per il trattamento delle complicanze mediche;
8. Gestione delle emergenze e per i trattamenti senza consenso;
9. Trattamento dei disturbi dell'alimentazione di lunga durata e i disturbi con grave comorbidità psichiatrica.



Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale DN&A

6. Attori del PDTA

- Medicina generale/cure primarie/ pediatria di libera scelta
- Centri Provinciali e Regionali per i Disturbi dell’Alimentazione
- Reparti ospedalieri
- Dipartimento salute mentale
- Neuropsichiatria Infantile (IAF)
- Strutture residenziali e semiresidenziali territoriali
- Case di cura convenzionate
- SerD e Alcologia
- Rete informale (Self-help, Associazioni di pazienti e familiari, ecc.)

Le **figure professionali**, funzionali a garantire l’offerta dei Servizi sopra elencati in relazione ai bisogni e all’evoluzione della patologia, sono:

- Medico di Medicina Generale (MMG) e/o Pediatra di libera scelta
- Medico Psichiatra e/o Medico Neuropsichiatra Infantile
- Medico specialista in Medicina Interna (o Pediatria) e/o in Nutrizione Clinica o equipollenti
- Psicologo clinico/psicoterapeuta
- Infermiere e/o Infermiere pediatrico
- Tecnico della riabilitazione psichiatrica o Educatore professionale
- Assistente sociale



VALUTAZIONE DIAGNOSTICA STANDARD MINIMO



	Valutazione psichiatrica ed ev. anche psicologica	Valutazione internistica/ nutrizionale	Valutazione dietistica	Valutazione famiglia
Anoressia nervosa	100% dei casi	100% dei casi	Nei casi in cui è indicata riabilitazione nutrizionale	Nei pazienti adolescenti e in situazioni di difficoltà
Bulimia nervosa	100% dei casi	Se rischio complicanze	Su specifiche indicazioni	Nei pazienti adolescenti e in situazioni di difficoltà
Disturbo da binge- eating	100% dei casi	Se rischio complicanze legate obesità*	Se indicato*	In genere no
Disturbo da restrizione/ evitamento del cibo	100% dei casi	100% dei casi	Nei casi in cui è indicata riabilitazione nutrizionale	Nei pazienti adolescenti e in situazioni di difficoltà
Altri	100% dei casi	Se rischio complicanze	Su specifiche indicazioni	Nei pazienti adolescenti e in situazioni di difficoltà

Il **modello di trattamento** raccomandato dal PDTA prevede **multidisciplinarietà, specificità e tempestività** di trattamento attraverso l'adozione di un **modello "a passi successivi"**, che parta dal riconoscimento precoce e dal trattamento ambulatoriale, ma con la possibilità di avvalersi di trattamenti via via più intensivi nei casi che lo richiedano.

Il PDTA risponde ai requisiti proposti dal Protocollo di Intesa Stato-Regioni e in particolare:

- 1) promuove e garantisce i livelli minimi di cura attraverso equipe multidisciplinari e il completamento della rete di servizi con i diversi livelli di intensità di trattamento;
- 2) promuove trattamenti "evidence-based" e l'applicazione del PDTA regionale;
- 3) promuove percorsi dedicati all'urgenza;
- 4) implementa percorsi di formazione;
- 5) promuove il coinvolgimento delle famiglie sia a livello di percorsi terapeutici che a livello di collaborazione/formazione delle associazioni di volontariato.



Figura 2 - Livelli e setting di trattamento

Nell'avvalersi della collaborazione con le Case di Cura convenzionate, va coltivato un alto livello di comunicazione e collaborazione che permetta l'appropriatezza del ricovero, il trattamento del paziente senza soluzioni di continuità al momento dell'invio e della dimissione, la gestione clinica del paziente in fase di lista d'attesa (vedi Allegato B della DGR 94 del 31 gennaio 2012);

Una particolare attenzione va dedicata all'opportunità di un ricovero in tempi brevi nei pazienti adolescenti che non migliorano velocemente con il trattamento ambulatoriale. Negli adolescenti, infatti, il prolungarsi di una situazione di sottopeso ha conseguenze più gravi e a lungo termine (per esempio, sul tessuto osseo e sul sistema nervoso centrale) rispetto all'adulto.

Buona aderenza al programma di cura e buon supporto familiare e psicosociale

Rischio medico o psichiatrico (non acuto) che rendono inappropriato il trattamento ambulatoriale

Disturbo psichiatrico in comorbidità in fase acuta

Condotte dirompenti/ oppositive
Alto rischio suicidario



12. Trattamenti riabilitativi

Il luogo elettivo per il trattamento dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione è quello ambulatoriale. Nonostante ciò, un sottogruppo di pazienti non risponde al trattamento ambulatoriale e, in questi casi, è necessario intensificare il livello di trattamento ricorrendo a trattamenti riabilitativi che possono essere erogati nelle seguenti tipologie di strutture:

- Strutture ospedaliere per ricovero riabilitativo (codice 56);
- Strutture per ricovero ordinario a ciclo diurno (day hospital ospedaliero);
- Strutture riabilitative extraospedaliere residenziali o semiresidenziali (day hospital territoriale e centro diurno);
- Attività ambulatoriale in regime di day service.

L'accesso al ricovero riabilitativo può avvenire a seguito di un evento indice, che può consistere in un ricovero in ambito internistico e/o pediatrico, per la gestione delle complicanze mediche secondarie alla malnutrizione, oppure in ambito psichiatrico per la gestione delle complicanze psichiatriche acute associate al disturbo dell'alimentazione. L'accesso al percorso di riabilitazione ospedaliera, in molti casi, avviene anche in assenza di un evento indice, secondo i criteri di appropriatezza riportati nell'Allegato B della DGR 94/2012 che si riporta in Tabella 5.



REGIONE DEL VENETO

Tabella 5 - Criteri di appropriatezza di ricovero in struttura riabilitativa

INDICAZIONI AL RICOVERO (il ricovero è indicato se sono soddisfatti uno o più dei seguenti)	
1. Mancata risposta ad un trattamento ambulatoriale condotto secondo le indicazioni del PDTA	
Nessun miglioramento o peggioramento dopo 12 settimane di cura	
2. Rischio fisico che rende inappropriato il trattamento ambulatoriale	
Basso peso corporeo ($IMC < 15 \text{ kg/m}^2$)	
Rapida perdita di peso ($> 1 \text{ kg/settimana}$ per almeno 6 settimane)	
Elevata frequenza di vomito autoindotto	
Elevata frequenza di uso improprio di lassativi	
Elevata frequenza di uso improprio di diuretici	
Elevata frequenza di esercizio fisico compulsivo con $BMI < 17.5$	
Sintomi e segni che indicano una instabilità medica	
3. Rischio psichiatrico che rende inappropriato il trattamento ambulatoriale	
Elevata frequenza di episodi di autolesionismo grave (Es. tagli, bruciature)	
Depressione grave con e senza rischio suicidiario	
Elevata impulsività	
Uso improprio di sostanze	
4. Difficoltà psicosociali che ostacolano il trattamento ambulatoriale	
Isolamento sociale	
Interruzione della attività scolastica o lavorativa	
Ambiente familiare problematico	



Riabilitazione intensiva in regime residenziale:

- in un **contesto specializzato nella cura dei DN&A** ovvero nelle strutture individuate nella programmazione socio-sanitaria regionale, in grado di fornire al pz un **programma riabilitativo che integri riabilitazione nutrizionale, fisica, psicologica e psichiatrica**
- possibilmente in **Unità aperte**
- **Elementi chiave:** sviluppo **relazione terapeutica collaborativa** e **responsabilità del pz** e della famiglia nel cambiamento comportamentale
- **Principi di trattamento previsti da indicazioni regionali e nazionali**
- Caratterizzate per **intensità percorso psicologico e nutrizionale** e per **specificità di procedure** per il sostegno alla rialimentazione
- **Équipe multidisciplinare** in grado di affrontare **psicopatologia specifica dei DN&A** e **psicopatologia generale associata, complicanze mediche connesse a malnutrizione e comportamenti di compenso**
- **Componenti équipe multidisciplinare integrata con competenze specifiche:** medici (psichiatri/NPI, medici con competenze nutrizionali, internisti, pediatri, endocrinologi); **dietisti; psicologi; infermieri; educatori professionali; tecnici riabilitazione psichiatrica; fisioterapisti.**
- Indicati per **AN, BN, OSFED, ARFID, BED**



Obiettivi e procedure del trattamento riabilitativo devono essere **adattati alle necessità del singolo pz**, previa **valutazione multidisciplinare**, definendo nelle unità di riabilitazione nutrizionali il **progetto terapeutico riabilitativo personalizzato (PTRP)**, contenente:

- **Situazione attuale** (elementi salienti relativi a patologia, menomazioni e disabilità);
- **Outcome globale** (esiti complessivi attesi a lungo termine, oltre la fine del ricovero);
- **Outcome funzionale** (esito atteso al termine del ricovero, relativo al set completo di parametri oggetto dei trattamenti erogati nel corso del ricovero);
- **Outcome specifici** (esiti attesi a breve e medio termine, relativi a set di parametri minori o più discreti, es. riferiti al recupero di una funzione);
- **Aree di intervento specifico**

Interventi terapeutici e riabilitativi eseguiti nelle strutture residenziali e semiresidenziali:

- Valutazione psichiatrica (inclusa valutazione comorbidità)
- Valutazione medica internistica e dello stato nutrizionale (con gestione complicanze)
- Pasto assistito
- Psicoterapia individuale
- Psicoterapia di gruppo e/o gruppi psicoeducazionali
- Coinvolgimento familiari sia per aspetti psicoeducativi sia nella gestione pasti a domicilio.



Durata del trattamento riabilitativo:

Legata al progetto individuale e tale da permettere la normalizzazione dello stato di nutrizione, il miglioramento della psicopatologia generale e specifica

Dopo la dimissione vanno messi in atto interventi

- per il **mantenimento degli effetti positivi della riabilitazione**: proseguimento trattamento ambulatoriale e psicoterapico, recupero funzioni sociali e lavorative

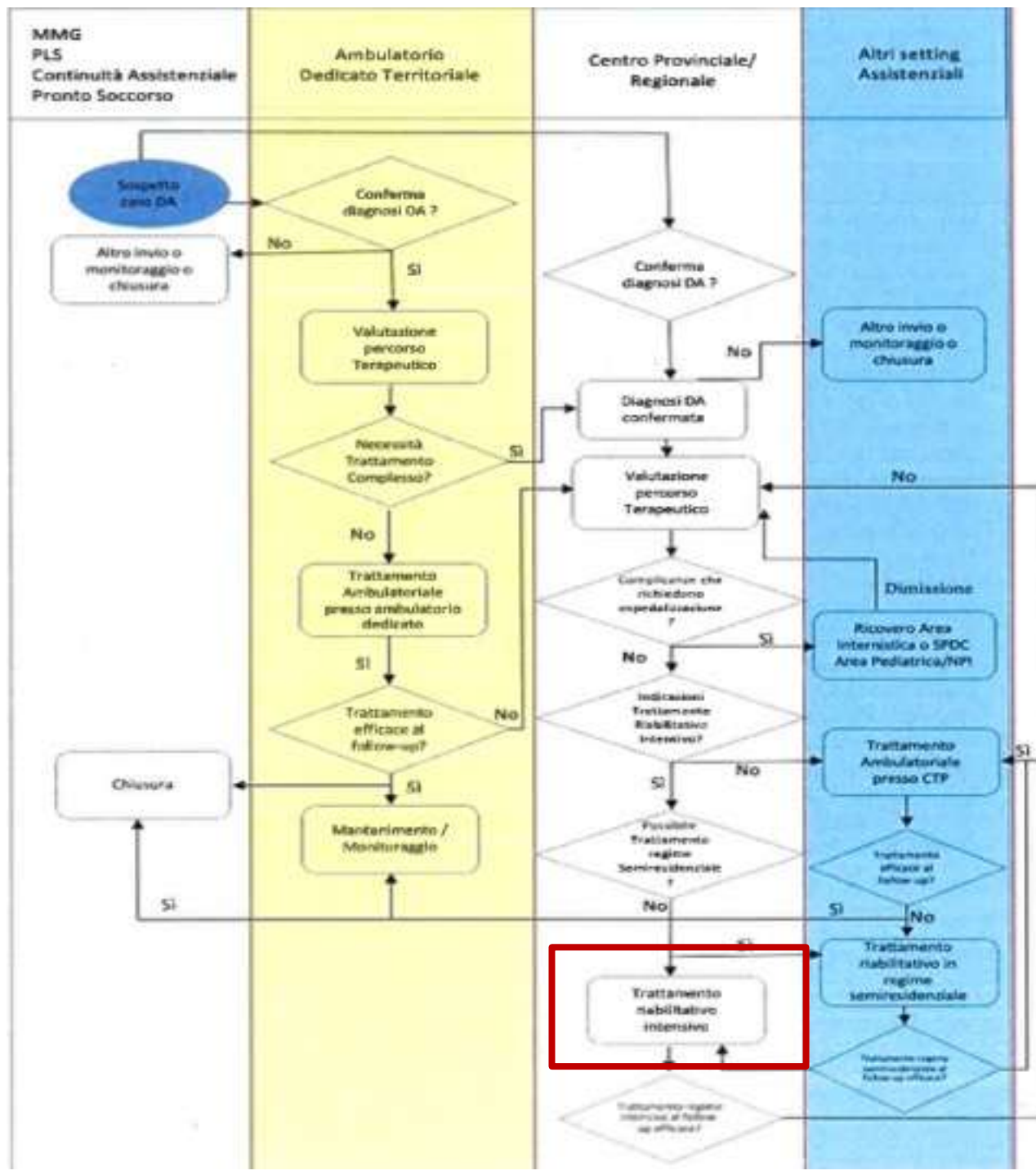
Ricaduta: più probabile se peso non normalizzato, scarsa preparazione al post-ricovero di pz e famiglia, mancanza di trattamento post-ricovero o trattamento concettualmente diverso da quello ricevuto, se non ci sono cambiamenti nell'ambiente dove vive il pz, se la **durata del trattamento è insufficiente a svolgere il programma previsto e adeguato alle necessità del paziente.**

- per **evitare la ricaduta**: contatti e programmazione della dimissione con centro ambulatoriale di riferimento, intensificazione degli incontri ambulatoriali nei primi mesi dalle dimissioni, progressiva sperimentazione dell'ambiente esterno, relazione che evidenzia aree che necessitano specifico intervento.
- **Logica di «Continuum care»**



Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione

REGIONE DEL VENETO





Snodo 1 - Conferma diagnosi DA?	Deve essere presente una diagnosi di Disturbo dell'Alimentazione o della Nutrizione. Protocollo diagnostico (Cartella Clinica Regionale, Intervista diagnostica) nella sezione 7 "Percorso diagnostico"
Snodo 2 – Necessità trattamento complesso?	A seconda delle figure professionali disponibili a livello di ambulatori dedicati e a seconda della complessità del caso, le equipe devono decidere se il caso è di competenza del Centro Provinciale/Regionale o se può essere seguito presso l'ambulatorio dedicato
Snodo 3 – Complicanze che richiedono ospedalizzazione?	Nella sezione 13 "Ricoveri ospedalieri" e nell'allegato 5 sono elencate le principali complicanze mediche con indicazione al ricovero ospedaliero
Snodo 4 - Indicazioni trattamento riabilitativo intensivo?	Vedi criteri di appropriatezza al trattamento riabilitativo intensivo riportati nella sezione 12 "Trattamenti riabilitativi"
Snodo 5 - Possibile trattamento in regime semiresidenziale?	A seconda della presenza o meno presso il Centro Provinciale/Regionale di una struttura per la riabilitazione semiresidenziale e a seconda della complessità/gravità del caso e della sua situazione psicosociale, va valutato se è indicato un trattamento riabilitativo semiresidenziale o residenziale

Snodo 6 - Trattamento efficace al follow-up?

La valutazione dell'efficacia è una valutazione complessa che può essere fatta in termini assoluti ("guarigione" o assenza di sintomi psicopatologici) o relativi (miglioramenti parziali). In questi contesti è soprattutto un momento di rivalutazione delle indicazioni per prendere decisioni in merito a: 1) prosecuzione di un determinato trattamento; 2) intensificazione trattamento; 3) passaggio a fase di minore intensità o monitoraggio o dimissione dal percorso di cura.

Per considerare efficace un intervento terapeutico devono essere raggiunti tutti i seguenti obiettivi:

- 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.

 Ordine degli Psicologi della Regione Siciliana

 DIPARTIMENTO
SCIENZE PSICOLOGICHE
PEDAGOGICHE ESERCIZIO
FISICO E FORMAZIONE

 OSPEDALE
CIVILE DI PALERMO

 CIRIB
ISTITUTO PER LA RICERCA E
L'INNOVAZIONE BIOMEDICA

CONVEGNO REGIONALE

Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione. Un'epidemia silenziosa. La situazione in Sicilia.

A CURA DEL GRUPPO DI LAVORO SUI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE DELL'ORDINE DEGLI PSICOLOGI DELLA REGIONE SICILIANA

IN COLLABORAZIONE CON

- ORDINE DEI MEDICI PROVINCIA DI PALERMO
- DIPARTIMENTO DI SCIENZE PSICOLOGICHE, PEDAGOGICHE, DELL'ESERCIZIO FISICO E DELLA FORMAZIONE – UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PALERMO
- ISTITUTO PER LA RICERCA E L'INNOVAZIONE BIOMEDICA DEL CONSIGLIO NAZIONALE DELLE RICERCHE



IL PIANO BIENNALE PER IL CONTRASTO AI DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E DELL'ALIMENTAZIONE

IL PIANO BIENNALE PER IL CONTRASTO AI DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E DELL'ALIMENTAZIONE

PIANO DI ATTIVITA'			
1	TITOLO DEL PIANO DI ATTIVITA' PER ESTESO	Completamento e potenziamento della Rete di servizi specialistici dedicati al trattamento dei Disturbi dell'Alimentazione della Regione del Veneto	
2	REGIONE COORDINATRICE DEL PIANO DI ATTIVITA'	Regione del Veneto	
5	DURATA COMPLESSIVA DEL PIANO DI ATTIVITA'	Data inizio prevista	Data termine prevista
		01/10/2022	30/09/2024

RESPONSABILE SCIENTIFICO: PROF.SSA ANGELA FAVARO

IL PIANO BIENNALE PER IL CONTRASTO AI DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E DELL'ALIMENTAZIONE

- La Regione del Veneto ha approvato con **Decreto del Direttore Generale Area Sanità e Sociale n. 16 del 1 giugno 2021 il Percorso Diagnostico Assistenziale (PDTA) per i DN&A**
- Il presente progetto si propone di analizzare per ogni Azienda ULSS le **criticità rispetto all'applicazione del PDTA e di finanziare progettualità locali** con lo scopo di avviare interventi di superamento delle criticità stesse.
- Il progetto si propone inoltre di: **1) sensibilizzare e formare il personale sanitario che lavora presso il Pronto Soccorso (codice lilla)** in tema di urgenze metaboliche legate ai disturbi della nutrizione e dell' alimentazione; **2) sensibilizzare e migliorare la formazione degli operatori sanitari/operatori scolastici/volontari per consentire il riconoscimento precoce dei casi; 3) rafforzare e implementare l'uso di interventi di tipo psicoeducazionale e di sostegno rivolti alle famiglie dei pazienti** con disturbi della nutrizione e dell'alimentazione.

OBIETTIVO SPECIFICO/ATTIVITA' SPECIFICHE 1:

Completamento e potenziamento rete di servizi

Potenziamento risorse di personale dedicato al trattamento di primo livello dei disturbi dell'alimentazione e della nutrizione, tenendo conto della necessità di una equipe multidisciplinare e della necessità di fornire sostegno alle famiglie. Per ogni unità operativa o dipartimento di salute mentale destinatari del fondo: 1) è vincolante che il personale reclutato attraverso questo finanziamento sia dedicato esclusivamente all'implementazione della rete di servizi per i disturbi dell'alimentazione; 2) è opportuno un'interfaccia con i servizi per l'età evolutiva per valutare, anche alla luce dei recenti cambiamenti epidemiologici, di mettere a disposizione, se necessario, quota parte del personale per utenti di minore età; 3) è opportuna all'interno o in collaborazione con i Dipartimenti di Salute Mentale, una valutazione della distribuzione territoriale dei centri e ambulatori dedicati, garantendo per quanto possibile capillarità e omogeneità della disponibilità di trattamenti di primo livello.

OBIETTIVO GENERALE

OBIETTIVO SPECIFICO/ATTIVITA' SPECIFICHE 2: Definizione e potenziamento di percorsi per le presentazioni acute

Garantire una risposta tempestiva ed appropriata ai casi che si presentano in fase di acuzie e garantire un percorso di congiunzione (svezzamento da nutrizione parenterale, fase motivazionale) tra il trattamento della fase acuta e gli interventi di riabilitazione nutrizionale.

OBIETTIVO SPECIFICO/ATTIVITA' SPECIFICHE 3: Percorsi di formazione specifica

Programmazione di corsi di formazione per gli operatori del Pronto Soccorso, per medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, e per il mondo del volontariato e delle associazioni. Per i sanitari delle unità operative che sono implicati nel trattamento dei disturbi dell'alimentazione e della nutrizione vanno programmati corsi di formazione specifici sui temi del PDTA (trattamenti basati sulle evidenze, tecniche di riabilitazione residenziale e semiresidenziale, trattamenti innovativi, etc...) o partecipazione a corsi di alta formazione/perfezionamento.

Risorse	Totale in €
<i>Personale</i>	1.885.000
<i>Beni</i>	0
<i>Servizi</i>	0
<i>Missioni</i>	0
<i>Spese generali (organizzazione corsi)</i>	165.000
Totale	2.050.000

Unità operative	Sede
Centro di riferimento regionale di Padova	Azienda Ospedale Università di Padova
Centro di riferimento provinciale di Verona	Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona
Dipartimento Salute Mentale	Azienda AULSS 1 Dolomiti
Centro Provinciale di Treviso	Azienda AULSS 2 Marca Trevigiana
Dipartimento Salute Mentale	Azienda AULSS 3 Serenissima
Centro Provinciale di Portogruaro	Azienda AULSS 4 Veneto Orientale
Dipartimento Salute Mentale	Azienda AULSS 5 Polesana
Dipartimento Salute Mentale	Azienda AULSS 7 Pedemontana
Centro Provinciale di Vicenza	Azienda AULSS 8 Berica
Unità di Riabilitazione Nutrizionale	Casa di Cura Villa Garda, Garda (VR)
Unità di Riabilitazione Psico-nutrizionale per i DA	Casa di Cura Villa Margherita-Koscare, Arcugnano (VI)
Unità DCA	Casa di Cura Villa Santa Chiara, Quinto di Valpantena (VR)

 Ordine degli Psicologi della Regione Siciliana

 DIPARTIMENTO
SCIENZE PSICOLOGICHE
PEDAGOGICHE ESERCIZIO
FISICO E FORMAZIONE

 OSPEDALE
CIVILE DI PALERMO

 IRIB
ISTITUTO PER LA RICERCA E
L'INNOVAZIONE BIOMEDICA

CONVEGNO REGIONALE

Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione. Un'epidemia silenziosa. La situazione in Sicilia.

A CURA DEL GRUPPO DI LAVORO SUI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO
ALIMENTARE DELL'ORDINE DEGLI PSICOLOGI DELLA REGIONE SICILIANA

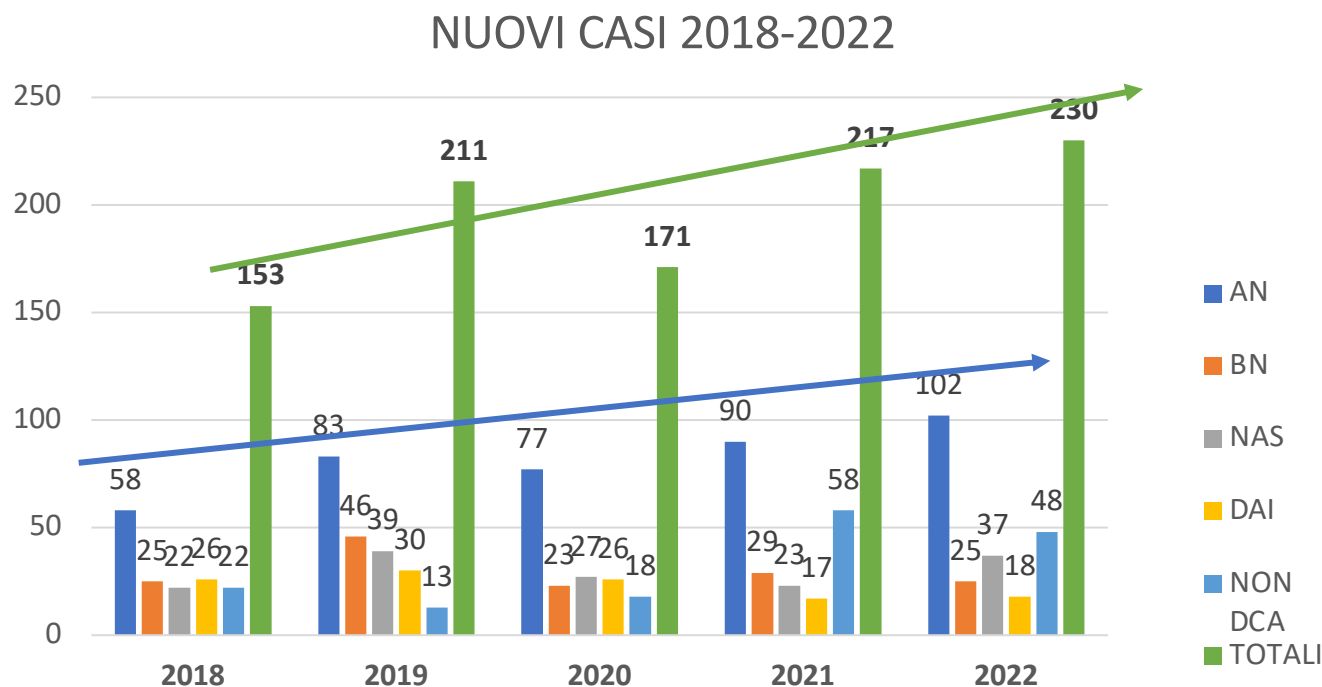
IN COLLABORAZIONE CON

- ORDINE DEI MEDICI PROVINCIA DI PALERMO
- DIPARTIMENTO DI SCIENZE PSICOLOGICHE, PEDAGOGICHE, DELL'ESERCIZIO FISICO
E DELLA FORMAZIONE – UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PALERMO
- ISTITUTO PER LA RICERCA E L'INNOVAZIONE BIOMEDICA DEL CONSIGLIO
NAZIONALE DELLE RICERCHE



Le ricadute del COVID-19 nei DN&A a VICENZA

Servizio ambulatoriale Centro DCA Vicenza



Aumento
progressivo dei
nuovi casi
(soprattutto AN)

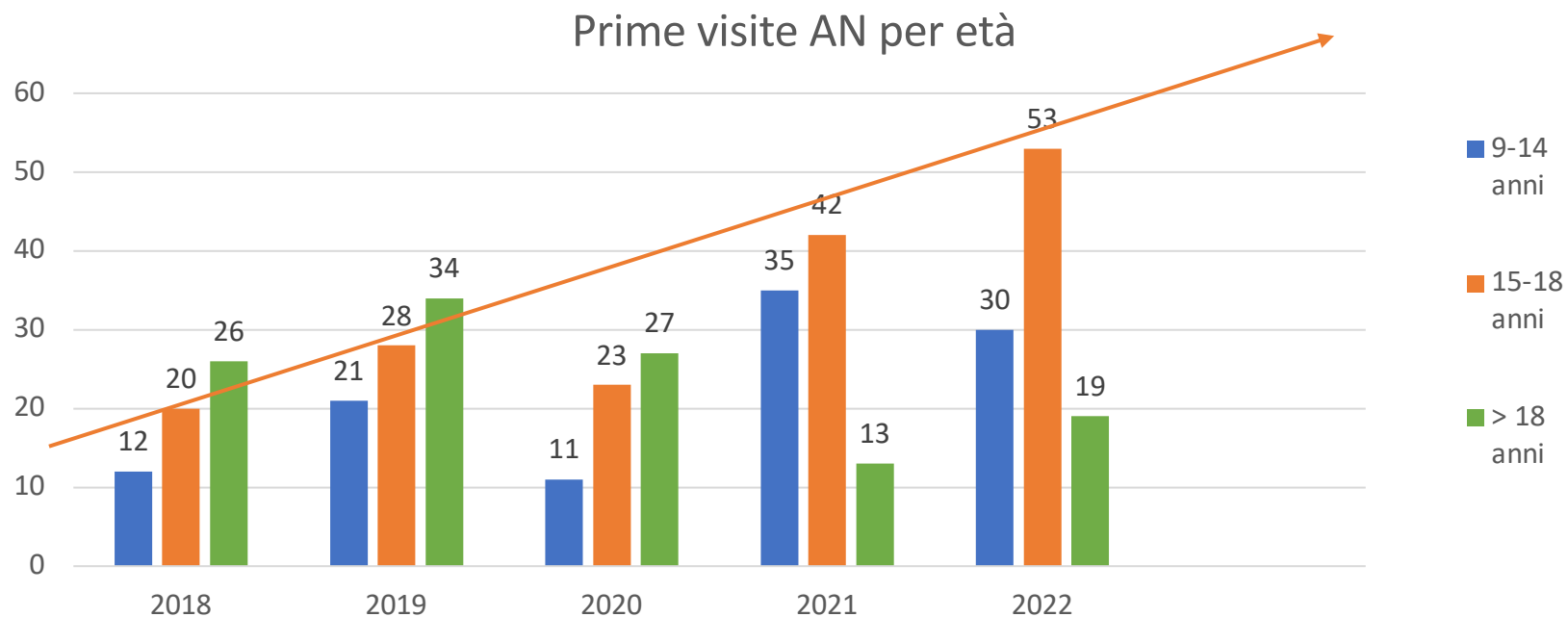
Casi di AN > 55%
dei DA totali

Aumento % di
casi non DA
negli ultimi 2
anni (20-30%)

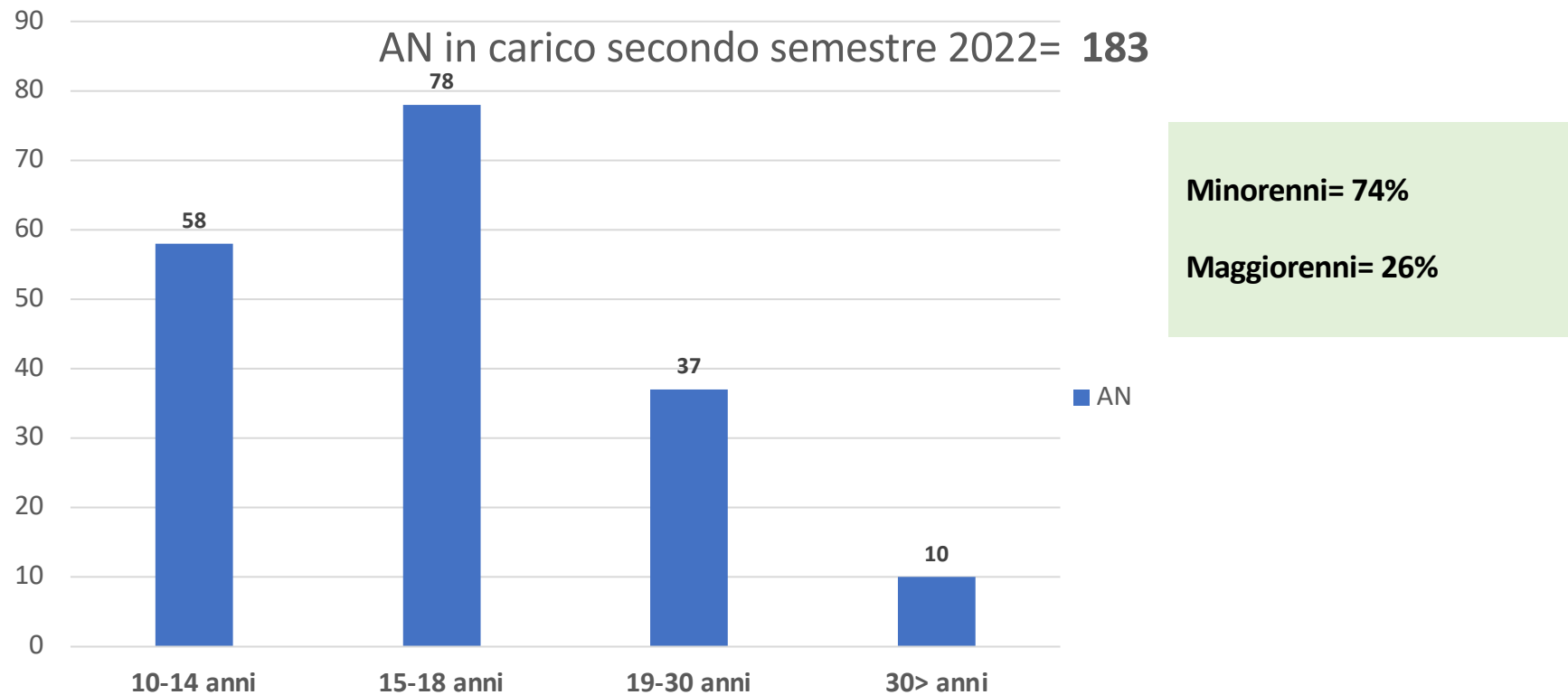
Alessandra Sala, Vincenzo Munno

AN= anoressia nervosa, BN= bulimia nervosa, DAI= disturbo da alimentazione incontrollata, NAS= disturbo alimentare non specificato, DCA= disturbo del comportamento alimentare

Servizio ambulatoriale Centro DCA Vicenza



Servizio ambulatoriale Centro DCA Vicenza



Total sample 498 pts: Before COVID-19 pandemic – 400 pts; After COVID19 pandemic – 98 pts

Table 2. Scores of psychometric tests pre- and post- start of COVID-19 pandemic by diagnosis (OSFED were excluded from analyses because of the too small sample size).

	ANr		ANbp		BN		BED	
	Pre-pandemic N = 132 M (SD)	Post-pandemic N = 43 M (SD)	Pre-pandemic N = 83 M (SD)	Post-pandemic N = 25 M (SD)	Pre-pandemic N = 86 M (SD)	Post-pandemic N = 19 M (SD)	Pre-pandemic N = 53 M (SD)	Post-pandemic N = 8 M (SD)
EDE-Q								
Global	2.42 (1.41)**	4.17 (1.62)**	2.34 (1.40)	4.33 (1.31)	4.13 (1.4)	4.5 (1.35)	2.66 (1.2)	3.63 (1)
Restr								1.62 (1.59)
Weigh								4.66 (1.02)
Eating								3.51 (1.36)
Shape								4.7 (1.43)
BDI								
Total								32.62 (9.62)
SCL-90R								
Total								163.88 (49.96)
Somat								1.78 (1.05)
Interp								2.1 (0.95)
Sensit								
Anxiet								1.66 (0.78)
Phobn								1.32 (0.78)
Psychr								1.3 (0.69)
Obses								2.3 (0.94)
Comp								
Depre								2.42 (0.65)
Anger								1.21 (0.68)
Paran								1.48 (0.82)
CIA								
Global								34 (10.49)
BUT								
Global Severity	2.01 (1.07)	3.00 (0.80)	2.71 (1.09)	3 (1.05)	3.17 (1.07)	3.19 (1)	2.97 (1.01)	2.96 (1.01)
Index								
Body Image	2.9 (1.17)*	3.34 (1.05)*	2.96 (1.21)	3.3 (1.14)	3.56 (1.24)	3.63 (1.19)	3.63 (1.06)	3.76 (1.01)
Concern								
Compulsive	2.36 (1.31)*	2.87 (1.09)*	2.35 (1.39)	2.81 (1.23)	2.7 (1.29)	2.74 (1.02)	1.63 (0.99)	1.21 (0.86)
Self-Monitoring								
Weight Phobia	3 (1.18)*	3.61 (1.01)*	3.1 (1.21)	3.47 (1.19)	3.62 (1.13)	3.73 (1.11)	3.37 (1.12)	3.06 (1.32)
Avoidance	1.51 (0.97)	1.55 (1.19)	1.56 (1.21)	1.34 (0.92)	2 (1.31)*	1.27 (0.93)*	1.94 (1.31)	1.44 (0.97)
Depersonalization	1.88 (1.02)	2.12 (1.04)	2 (1.32)	1.95 (1.17)	2.45 (1.17)	2.21 (1.04)	2.51 (1.25)	2.58 (0.86)
BUT PST	20.72 (8.97)	23.12 (8.88)	20.61 (9.8)	22.71 (7.29)	23.06 (8.74)	23 (10.93)	22.64 (9.08)	24 (5.58)
BUT PSDI	2.8 (0.82)	3.05 (0.78)	3.01 (0.91)	3.03 (0.68)	3.36 (0.81)*	2.91 (0.69)*	3.24 (0.91)	3.32 (0.55)

- Increase in the admission of patients with AN, with lower age at hospitalisation
- Age at the time of hospitalisation decreased in all diagnostic subgroups
- In AN and BN higher levels of specific and general psychopathology, especially linked to body uneasiness

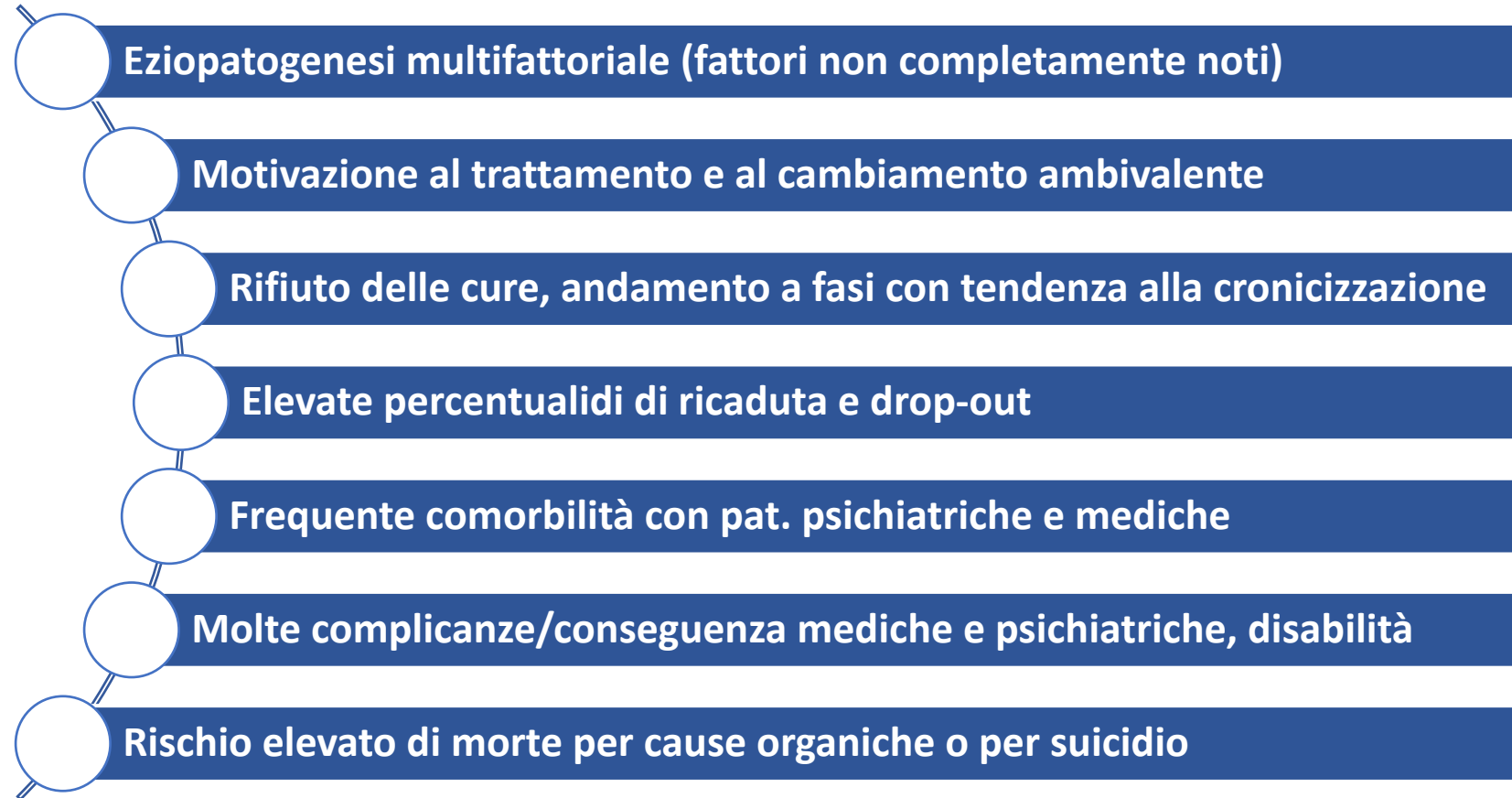
Unità di Riabilitazione Psiconutrizionale per i Disturbi dell'Alimentazione

*Casa Di Cura Villa Margherita
Arcugnano (VI)*



Villa
Margherita
Vicenza

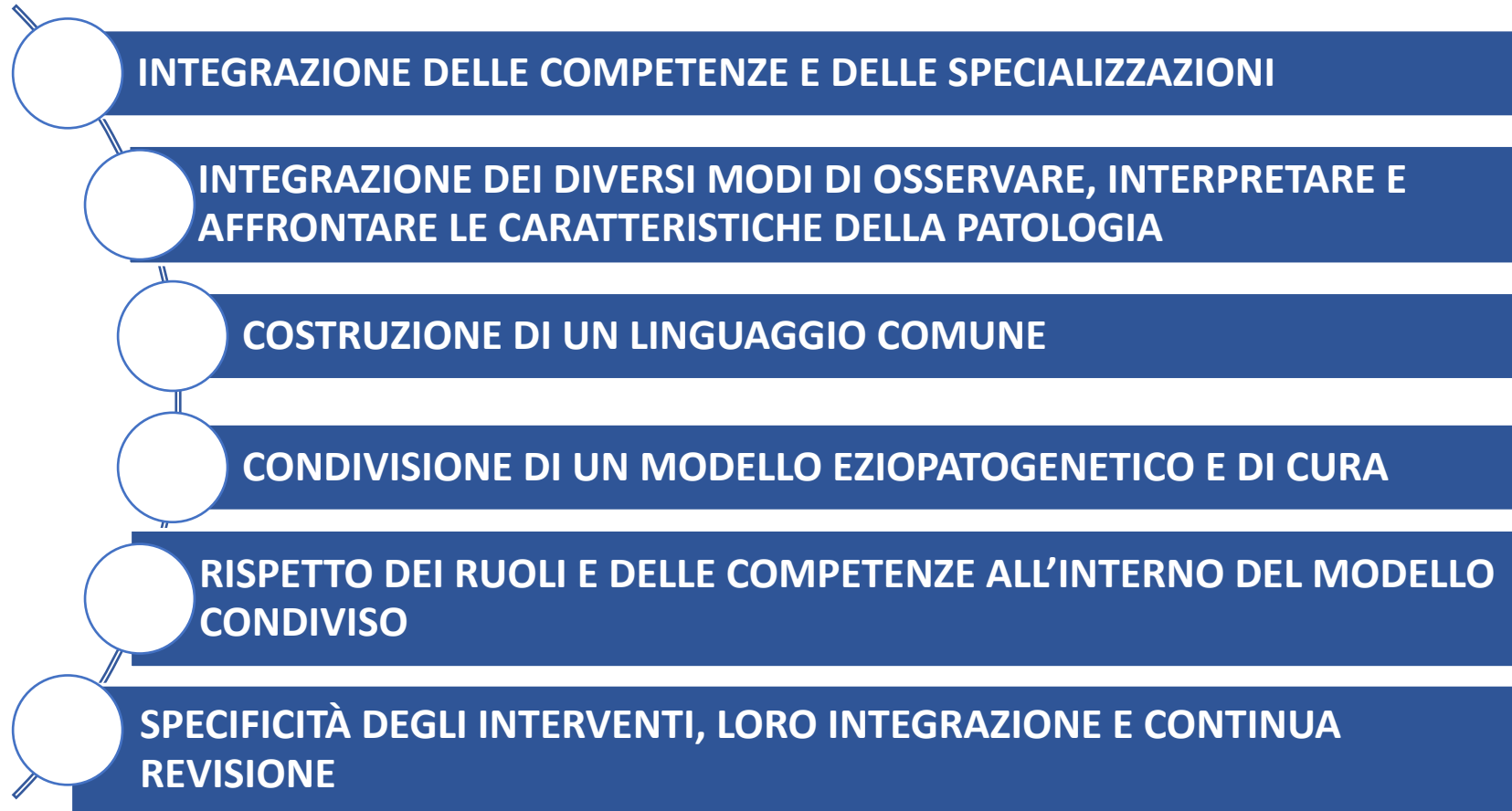
I DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E DELL'ALIMENTAZIONE



Non esiste terapia gold-standard

Necessità di approccio bio-psico-sociale per gestire la complessità

I DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E DELL'ALIMENTAZIONE



**POSSIBILE RISPOSTA ALLA COMPLESSITÀ:
APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE INTEGRATO**

Approccio multidisciplinare integrato nei DA: condizione per l'integrazione

- del paziente e delle sue parti patologiche
- del lavoro dei terapeuti all'interno nell'équipe



L'UNITÀ DI RIABILITAZIONE PSICO-NUTRIZIONALE PER I DN&A CASA DI CURA "VILLA MARGHERITA-KOS group"

- La Casa di cura "Villa Margherita" (Arcugnano, VI) è una clinica accreditata con il SSN.
- Dal 1994 è attiva un'Unità funzionale dedicata alla cura dei DN&A all'interno dell'Unità di Psichiatria.
- Attraverso un **intervento multidisciplinare integrato** propone una **riabilitazione psico-nutrizionale**, in un **percorso psicoterapeutico di tipo cognitivo-comportamentale individuale e di gruppo** con particolare attenzione alla storia traumatica dei pazienti e con l'utilizzo di tecniche di terza ondata (EMDR, Mindfulness, Sensory-motor therapy)
- Accoglie pazienti tra i 13 e i 60 aa previa prima visita di valutazione della congruità del ricovero riabilitativo (scheda Regione Veneto) e della motivazione del paziente, di introduzione del percorso di cura.



Unità di Riabilitazione Psico-nutrizionale per i DA

Villa Margherita Neomesia-KOS group

Approccio multidisciplinare integrato e trauma-informed con pazienti DA e comorbidità psichiatrica

Specifico per **AN, BN, BED, OSFED, UFED**.

Peculiarità:

trattamento di pazienti con **comorbidità psichiatrica**,
lavoro con le famiglie (con le singole famiglie e in gruppo)
in rete con gli invianti in modo da garantire al paziente la continuità delle cure.

Tre livelli di cura: la **terapia ambulatoriale**, il **ricovero ospedaliero in regime ordinario** e in **day-hospital intensivo**

Il **ricovero ordinario** e il **day hospital** sono **in convenzione con il S.S.N.**

Il **trattamento residenziale** ha una **durata massima di tre mesi** e una **disponibilità di 20 posti letto**.

Il **Day Hospital intensivo** o **ricovero semi-residenziale**, con accesso **dalle 9 alle 15 dal lunedì al venerdì**, di durata variabile (**in media due mesi**) e può accogliere **7-10 persone**.

Approccio multidisciplinare integrato con pazienti DA e comorbidità psichiatrica

Il programma è svolto da un'équipe costituita da **specialisti di diverse professioni e formazioni**, segue le **linee guida nazionali e internazionali** per il trattamento dei DN&A e include:

- ✓ **Un trattamento multidisciplinare integrato standardizzato basato sulla Terapia Cognitivo-Comportamentale (CBT),**
- ✓ **Interventi personalizzati flessibili** che vengono svolti in base alle caratteristiche, ai sintomi e alla storia del singolo paziente, e che seguono gli approcci di terza-ondata della CBT (e.g., mindfulness, eye movement desensitization and reprocessing, sensorimotor therapy).

Il programma prevede una componente strutturata e standardizzata basata sull'approccio multidisciplinare che si unisce a una **componente flessibile individualizzata** che ogni operatore del team svolge in base a quanto deciso nelle riunioni settimanali.

Unità di Riabilitazione Psico-nutrizionale per i DA

Villa Margherita Neomesia-KOS group

***Approccio multidisciplinare integrato e trauma-informed
con pazienti DA e comorbidità psichiatrica***

Through an integrated multidisciplinary approach the treatment protocol offers a **trans-diagnostic psycho-nutritional rehabilitation** composed by:

- **Individual and group cognitive-behavioral psychotherapy with a trauma-informed component and the implementation of third wave psychotherapies (EMDR, Mindfulness, Sensory-motor therapy); Family treatment.**
- **Nutritional rehabilitation** (nutritional counseling, meal planning and assistance by dieticians)

MODELLO DI RIFERIMENTO MULTIFATTORIALE, BIO-PSICO-SOCIALE TRANSDIAGNOSTICO PER L'ETIOPATOGENESI E LA TERAPIA DEI DA

OBIETTIVI

- Recuperare **condizioni psicofisiche accettabili** attraverso comportamenti alimentari più adeguati
- Migliorare **consapevolezza e motivazione** a cura e cambiamento;
- Sviluppare un **approccio collaborativo** che valorizzi le **risorse della persona** nella costruzione del cambiamento;
- Affrontare l'idea della **restrizione dietetica** e **dell'utilizzo del cibo come soluzione al disagio;**
- Sviluppare **abilità di gestione emotiva e relazionale** che favoriscano la riduzione dei sintomi;
- Consentire un **buon grado di autonomia** nelle attività quotidiane;
- Migliorare il **rapporto con il corpo e l'immagine corporea;**
- Favorire **autostima e autoefficacia.**

- **OBIETTIVO: GIUNGERE ALLA RISOLUZIONE DEL DA INSIEME AL PAZIENTE CHE È PARTE ATTIVA DEL PROCESSO TERAPEUTICO**
 - **Atteggiamento collaborativo-esperienziale, attivazione di sistema collaborativo con ruoli diversi, richiesta di aiuto**
 - Progetto dell'équipe in generale **PROGRAMMA TERAPEUTICO – MODELLO DI RIFERIMENTO**
 - Progetto con il singolo paziente **INDIVIDUALIZZAZIONE** in base alle caratteristiche del paziente, della sua storia, del suo ambiente e delle richieste dell'inviante
- OBIETTIVI DELLA TERAPIA ALL'INTERNO DEL PROGETTO PERSONALE DEL PAZIENTE E TENENDO CONTO DEL CONTESTO FAMILIARE, INTERPERSONALE, SOCIALE**

QUANDO IL RICOVERO?

- **Fallimento terapia ambulatoriale condotta in modo adeguato e per tempo sufficiente**
- **Rapido peggioramento condizioni cliniche**
 - **Perdita di peso rapida e inarrestabile**
 - **Elevata frequenza di abbuffate/vomito/condotte di eliminazione**
 - **Complicanze fisiche gravi/segni di instabilità medica**
- **Elevata frequenza di comportamenti autolesivi**
- **Depressione con/senza rischio suicidario**
- **Iperattività/sintomi ossessivo-compulsivi**
- **Isolamento sociale/interruzione attività scolastica**
- **Ambiente familiare non idoneo o non collaborante**

FASE DI ASSESSMENT



- **Telefonata alla segreteria di reparto da parte del paziente o di un familiare**
- **Appuntamento per la prima visita di valutazione della congruità del ricovero ordinario o DH proposto da inviante**
- **1° colloquio diagnostico e valutazione della motivazione (psicoterapeuta/psichiatra)**
- **Tour del pz in reparto accompagnato da un pz ricoverato – NO POST-COVID-19**
- **Proposta terapeutica con consegna di materiale informativo (regole, programma, progetto/contratto)**
- **Lista d'attesa per il programma accettato (eventuali colloqui di rinforzo della motivazione)**

SCHEMA DI APPROPRIATEZZA DELLA REGIONE VENETO PER IL RICOVERO RIABILITATIVO INTENSIVO DEI DCA

INDICAZIONI DI RICOVERO (il ricovero è indicato se sono soddisfatti uno o più dei seguenti criteri)

sì no

1. Mancata risposta a un trattamento ambulatoriale condotto secondo le attuali linee guida

Nessun miglioramento o peggioramento dopo 12 settimane di cura

2. Rischio fisico che rende inappropriato il trattamento ambulatorialeBasso peso corporeo ($IMC < 15 \text{ kg/m}^2$)Rapida perdita di peso ($> 1 \text{ kg}$ la settimana per almeno 6 settimane)

Elevata frequenza di vomito autoindotto

Elevata frequenza di uso improprio di lassativi

Elevata frequenza di uso improprio di diuretici

Elevata frequenza di esercizio fisico eccessivo e compulsivo in una condizione di $IMC < 17,5$

Sintomi e segni che indicano un'instabilità medica

3. Rischio psichiatrico che rende inappropriato il trattamento ambulatoriale

VERIFICA SODDISFACIMENTO CRITERI DI APPROPRIATEZZA		
INDICAZIONI DI RICOVERO (il ricovero è indicato se sono soddisfatti uno o più dei seguenti criteri)	sì	no
Elevata frequenza di episodi di autolesionismo grave (es. farsi tagli o bruciature)		
Depressione grave con o senza rischio suicidario		
Elevata impulsività		
Uso improprio di sostanze		
4. Difficoltà psicosociali che ostacolano il trattamento ambulatoriale.		
Isolamento sociale		
Interruzione dell'attività scolastica o lavorativa		
Ambiente familiare problematico		
Valutazione del livello di cura riabilitativo		
Presenza condizioni fisiche che permettono di passare la notte fuori dall'Unità Riabilitativa		
Presenza condizioni psicosociali che permettono di passare la notte fuori dall'Unità Riabilitativa		
Esito della verifica		
Non sussistono le condizioni per l'accesso all'Unità Riabilitativa		
Day – hospital		
Ricovero		

Il/la paziente Sig./Sig.ra, nato/a il,
affetto/a da **Anoressia Nervosa** (diagnosi sec. DSM-5), ricoverato/a presso il Servizio per i DCA
della Casa di Cura "Villa Margherita" in data, seguirà un programma di cura che
prevede alcuni interventi standardizzati, forniti a tutti i pazienti accolti in questa Unità, ed alcuni
interventi individualizzati specificamente pensati per ottenere gli obiettivi concordati con il/la
paziente.

La durata prevista per il percorso di cura è di giorni.

Obiettivi

Gli obiettivi del trattamento nell'Anoressia Nervosa sono:

- costruire un'alleanza di lavoro;
- approfondire la motivazione al cambiamento;
- recuperare un peso adeguato per caratteristiche fisiche (età, altezza) e storia clinica;
- ripristinare normali attitudini verso il cibo riducendo fobie, rituali e schemi di controllo;
- interrompere altri comportamenti patologici e disfunzionali oltre alla restrizione (tra cui i
comportamenti bulimici e/o purgativi e l'iperattività);
- migliorare la consapevolezza rispetto alla sintomatologia e ai significati psicologici
sottostanti;
- consentire un buon grado di autonomia nelle attività quotidiane;
- migliorare le abilità relazionali e comunicative.

Oltre a questi obiettivi generali del trattamento il/la paziente ha stabilito, condividendoli con l'èquipe
terapeutica, di perseguire anche i seguenti obiettivi individualizzati:

- ☐
- ☐
- ☐
- ☐

1. Valutazione dello stato fisico

Lo stato fisico viene valutato all'ingresso attraverso:

- peso corporeo e altezza, per la determinazione dell'IMC (Indice di Massa Corporea)
- rilevazione della pressione arteriosa e della frequenza cardiaca
- visita medica
- prelievo di sangue per valutare alcuni parametri biochimici standard
- elettrocardiogramma

Durante la degenza si eseguono:

- rilevazione del peso due volte la settimana: nelle prime due settimane di degenza non viene comunicato il peso rilevato al/paziente per facilitare l'adesione al programma; dalla terza settimana il peso corporeo misurato viene comunicato almeno una volta la settimana, salvo specifiche decisioni prese per salvaguardare il percorso terapeutico del/della singolo/a paziente
- prelievi di sangue per eseguire esami ematochimici in modo da monitorare nel tempo i parametri eventualmente alterati e le condizioni cliniche del/della paziente
- elettrocardiogramma di controllo, eventualmente ripetuto più volte durante il ricovero se ritenuto necessario
- accertamenti di diagnostica per immagini, previa valutazione medica: Rx, TAC, RMN, ecografia, densitometria ossea total body

2. Interventi medici

Il programma terapeutico prevede interventi medici di valutazione e monitoraggio delle condizioni cliniche generali attraverso accertamenti bioumorali e strumentali di routine e specifici, a seconda delle necessità del/della singolo/a paziente. Lo staff medico valuta anche l'opportunità di eseguire visite mediche specialistiche, di instaurare, monitorare e modificare la terapia farmacologica individualizzata. Gli interventi medici comprendono anche: la valutazione psichiatrica eseguita con esame obiettivo e colloqui semistrutturati all'ingresso e durante il trattamento; i giri medici settimanali (lunedì, mercoledì e venerdì e ogni qual volta necessario); il gruppo psicoeducazionale dei medici; i contatti con i familiari, i terapeuti invianti, i Medici di Medicina Generale ed eventuali altre figure coinvolte nel programma di cura.

3. Programma nutrizionale

Al/alla paziente, all'ingresso in reparto, viene assegnato un gruppo di riferimento per il programma nutrizionale, che sarà condotto da una dietista.

Gli strumenti utilizzati per la riabilitazione nutrizionale sono:

- Diario alimentare
- Assistenza ai pasti
- Colloqui individuali
- Gruppi di consulenza nutrizionale:
 - ❑ **Gruppo concordare:** incontro con una dietista che viene effettuato entro il terzo giorno di degenza, previa compilazione del Modulo "comportamento alimentare tipico"
 - ❑ **Gruppo con la dietista di riferimento specifico per pazienti AN:** dalla prima settimana; due volte a settimana con durata di un'ora.
 - ❑ **Gruppo week-end:** dalla prima settimana; frequenza una volta a settimana, durata un'ora.

Su indicazione dell'èquipe qualora si evidenzino problematiche specifiche:

- ❑ **Giornate d'aiuto:** assistenza intensiva individualizzata ai pasti e agli spuntini della durata di due giorni.

4. Psicoterapia individuale

Il/la paziente viene affidato/a a uno psicologo-psicoterapeuta con il quale svolgerà sedute di psicoterapia individuale a indirizzo cognitivo-comportamentale per tutta la durata della degenza presso la nostra Unità. Il protocollo terapeutico prevede un colloquio a settimana (45 minuti) e la possibilità di richiedere colloqui non strutturati in momenti di crisi, compatibilmente con l'organizzazione.

- ❑ **Colloquio d'accoglienza:** entro la prima settimana, il colloquio può essere talvolta condotto da uno psicologo diverso dallo psicologo di riferimento
- ❑ **Colloquio di psicoterapia:** entro la seconda settimana

5. Gruppi terapeutici

I gruppi terapeutici previsti dal programma si differenziano tra loro per gli scopi e le tematiche affrontate; in generale vi è una peculiare attenzione alla dimensione relazionale. Sono previsti gruppi “aperti”, che permettono l’ingresso dei nuovi pazienti e l’uscita di quelli che hanno concluso il percorso, e gruppi “chiusi” che hanno una durata prestabilita e partecipazione di un numero limitato di pazienti, gli stessi dall’inizio alla fine. I gruppi chiusi vengono ripetuti ciclicamente.

- ❑ **Gruppo motivazionale:** dalla prima settimana; una volta a settimana e durata di un’ora; gruppo aperto
- ❑ **Psicoterapia di gruppo:** a partire dalla seconda settimana salvo diversa valutazione dell’équipe; frequenza settimanale e una durata di circa un’ora; gruppo aperto.
- ❑ **Gruppo psicoeducazionale:** a partire dal terzo mercoledì; una volta a settimana e durata di un’ora; gruppo aperto.
- ❑ **Gruppo obiettivi:** a partire dal primo lunedì; una volta a settimana e durata di un’ora circa; gruppo aperto.

Su indicazione dell’équipe qualora si evidenzino problematiche specifiche:

- ❑ **Gruppo assertività:** una volta a settimana e durata di un’ora; gruppo chiuso.
- ❑ **Gruppo immagine corporea:** una volta a settimana e durata di un’ora; gruppo chiuso.
- ❑ **Gruppo Cognitive Remediation Therapy (CRT):** una volta a settimana e durata di un’ora; gruppo aperto.
- ❑ **Giornate d’aiuto:** interventi di assistenza psicologica al di fuori dei pasti per la durata di due giorni.

6. Terapia del movimento ☐ Si ☐ No

Il gruppo aperto viene condotto da un diplomato ISEF, ha una frequenza bisettimanale e una durata di un'ora circa. E' rivolto a pazienti selezionati dall'èquipe, con condizioni fisiche adeguate, e ha lo scopo di focalizzare l'attenzione sulle percezioni del proprio corpo a partire dal movimento e limitare l'iperattività.

7. Terapia occupazionale

Il gruppo è condotto alternativamente da un'arte-terapeuta e da un'educatrice, ha una frequenza di 3 volte a settimana con una durata da 2 a 3 ore. La frequenza è prevista dalla prima settimana.

8. Consulenze familiari o di coppia ☐ Si ☐ No

La partecipazione attiva dei familiari al percorso di cura del/della paziente è di fondamentale importanza. Sono previsti incontri durante tutta la degenza e in tutte le fasi cruciali della cura (passaggio in DH, momenti di crisi, dimissione). Gli incontri familiari hanno l'obiettivo di migliorare la comunicazione e le relazioni all'interno della famiglia, per contribuire all'adesione al programma di cura e al miglioramento del DCA, sostenendo i cambiamenti e riducendo il rischio di ricaduta.

9. Determinazione dell'efficacia del trattamento

Il programma terapeutico generale e individualizzato viene sottoposto alla verifica del raggiungimento effettivo dei risultati aspettati. Gli strumenti utilizzati a tale scopo sono:

- ☐ Compilazione di test psicologici all'ingresso, dopo 4 settimane dall'ingresso e a fine percorso
- ☐ Formalizzazione e verifica degli obiettivi condivisi con il paziente all'ingresso, dopo 4 settimane dall'ingresso e a fine percorso

ASSESSMENT INFORMA IL TRATTAMENTO E NE È PARTE

- **ASSESSMENT DEL DA**
- **ASSESSMENT DELLA COMORBILITÀ PSICHIATRICA (abuso di sostanze, autolesionismo, suicidalità, multi-impulsività, DP, DAU)**
- **ASSESSMENT DEL RISCHIO MEDICO**

**DN&A:**

**STRATEGIE DI GESTIONE DELLE EMOZIONI PER TOLLERARE
ESPERIENZE DOLOROSE INTERIORI ED ESTERIORI CHE ALTRIMENTI
SUPEREREBBERO LE CAPACITÀ DI GESTIONE DELL'INDIVIDUO**

ARRIVARE ALLA GUARIGIONE

ASSESSMENT → PROCESSO IN DIVENIRE

1. ASSESSMENT INIZIALE E INGAGGIO

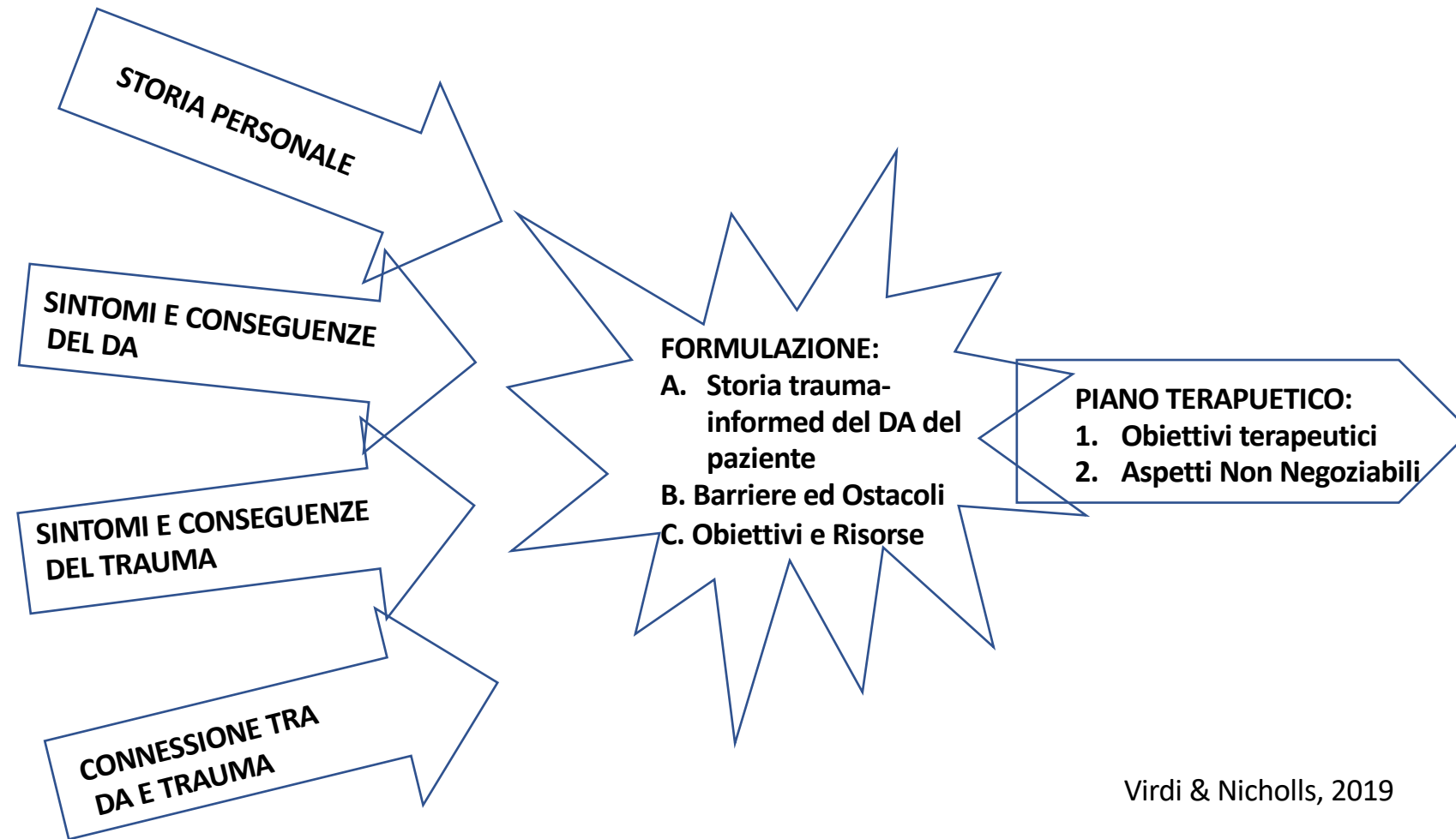
- Informazioni iniziali sul paziente e la sua storia di vita e di trattamenti
- Caratteristiche del DA e comorbidità fisiche e psichiatriche
- Fattori di rischio
- Motivazioni al trattamento e al cambiamento e ostacoli all'ingaggio

2. ASSESSMENT PIÙ COMPLETO DEL DA, DEGLI ASPETTI TRAUMATICI E DELLE COMORBILITÀ

- Assessment diretto e indiretto del DA, dei traumi e delle comorbidità psichiatriche (Interviste, Test)
- **OBIETTIVO: STABILIRE CONNESSIONI TRA DA ED ESPERIENZE TRAUMATICHE**

3. FORMULAZIONE DEL CASO E PIANIFICAZIONE DEL TRATTAMENTO

- **DOPO AVER CONDIVISO LE CONNESSIONI TRA DA E TRAUMI**
- **DOPO AVER CONDIVISO DIFFICOLTÀ, RISORSE E OBIETTIVI DEL PZ**

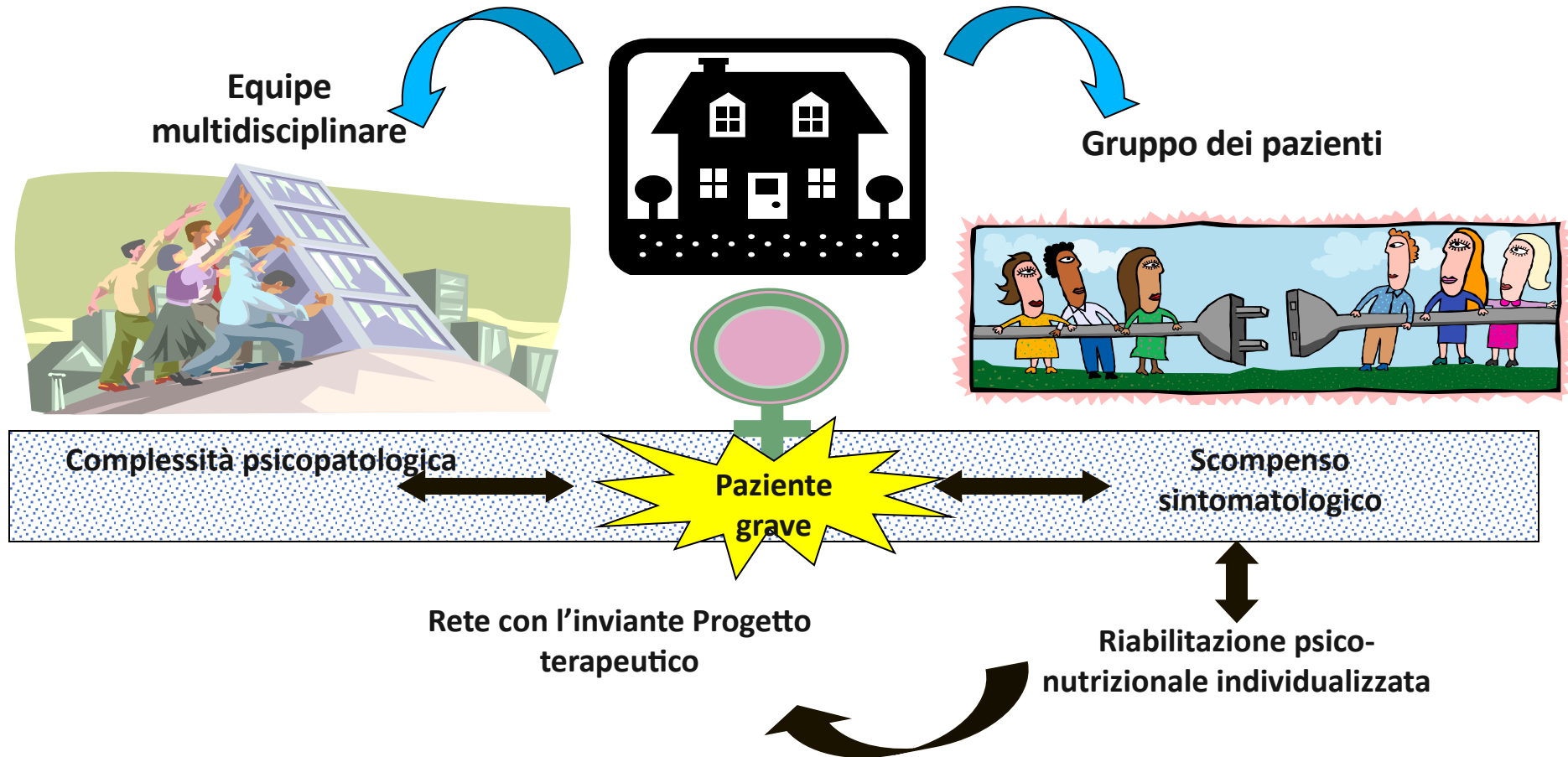


Virdi & Nicholls, 2019

ASPETTI NON NEGOZIABILI

- Regolare monitoraggio del peso (spt per chi ha peso basso o fluttuante)
- Monitoraggio degli aspetti medico-internistici e nutrizionali
- Sviluppare e implementare un pattern regolare di alimentazione
- Sviluppare e adottare modalità alternative di regolazione emotiva rispetto ai sintomi alimentari e auto-lesivi
- Astenersi dai comportamenti suicidari → CONTRATTO
- Adottare tutte le modalità possibili per garantire la sicurezza

Il reparto per i DA di Villa Margherita



GLI INTERVENTI DEL PERCORSO DI CURA

GIRO MEDICO - INTERVENTI INFERMIERISTICI E FARMACOLOGICI

CONSULENZA FAMILIARE

Cognitive Remediation
and Emotion Skill
Training

Gruppo
psicoterapia

Gruppo
psicoeducazionale

Gruppo
motivazionale

PSICOTERAPIA
INDIVIDUALE

Gruppo
assertività

Gruppo
immagine corporea

Gruppo
terapia cognitiva

GRUPPI PER I
FAMILIARI

ARTETERAPIA E TERAPIA DEL MOVIMENTO

INTERVENTO DELLA DIETISTA IN SALA DA PRANZO; I GRUPPI DELLE
DIETISTE (PSICOEDUCAZIONALE, DIARIO, USCITA, RIENTRO), CONSULENZA
INDIVIDUALE E DI GRUPPO

VANTAGGI

- Osservazione continua del paziente
 - **Assessment multidimensionale più adeguato**
 - **Migliore formulazione del caso con possibilità di comprensione del significato della malattia e dei sintomi nella storia di vita del paziente e del suo contesto familiare e relazionale – DIAGNOSI ESPLICATIVA**
- Monitoraggio continuo delle condizioni cliniche
- Possibilità di terapie intensive
 - **Riabilitazione nutrizionale – RIPRISTINO ABITUDINI ALIMENTARI SALUTARI E PESO ADEGUATO**
 - **Psicoterapia (individuale, di gruppo, familiare)**
 - **Terapie farmacologiche**
 - **Setting terapeutico continuo**
- Riduzione della tensione all'interno della famiglia/sollievo dei familiari
- Supporto costante della struttura, degli operatori, degli altri pazienti – **POSSIBILITÀ DI CHIEDERE AIUTO**

SVANTAGGI

- Allontanamento dal proprio contesto
 - familiare (genitori, fratelli, parenti)
 - relazionale (coetanei, adulti significativi)
 - scolastico/sociale
- Via di fuga dalle problematiche della vita quotidiana (evitamento delle situazioni stressanti) in cui i pz con DA si sentono/sono meno competenti (VANTAGGIO?)
- Vicinanza con altri pazienti
 - Imitazione
 - Competizione
 - Perdita di speranza (pazienti con lunga durata di malattia o con comorbidità)



Patrizia Todisco

patrizia.todisco1964@gmail.com



Grazie!