

Linee di indirizzo tecnico
per la costruzione di percorsi clinici per persone affette
da Disturbi del Comportamento Alimentare
(attuazione DGR 1298/09)

Tavolo Regionale DCA dell'Emilia-Romagna

*Augusta Albertini, Fulvio Arnone, Donatella Ballardini, Giovanni Barcia,
Maurizio Bellini, Raffaele Bertolini, Chiara De Panfilis, Marinella Di Stani,
Franca Emanuelli, Graziella Filati, Elisabetta Fréjavielle, Emilio Franzoni,
Daniela Ghigi, Anna Maria Gibin, Paola Gualandi, Luigi Gualtieri,
Giuliano Limonta, Enrica Manicardi, Emilia Manzato, Carlo Polito,
Claudio Ravani, Giuliano Turrini, Dante Zini*

**Linee di indirizzo tecnico per la costruzione di percorsi clinici per persone affette
da Disturbi del Comportamento Alimentare DCA**

Il presente documento è stato elaborato dal Tavolo regionale per i Disturbi del Comportamento Alimentare dell'Emilia-Romagna, a completamento del "Programma per la assistenza alle persone con Disturbi del Comportamento Alimentare in Emilia-Romagna 2009-2011" (DGR 1298/2009), con l'obiettivo di fornire utili strumenti di organizzazione e programmazione dei percorsi clinici per le persone con DCA.

Il documento è strutturato attraverso i riferimenti alle Linee Guida internazionali e contiene gli elementi irrinunciabili di tipo clinico (tests, esami, condotte professionali) e la indicazione delle modalità organizzative principalmente raccomandate sia nella fase diagnostica di assessment che di presa in carico e trattamento.

Gli elementi conseguenti relativi all'impegno orario medio previsto per le singole fasi del percorso clinico sono indicativi per il calcolo delle risorse necessarie alla organizzazione, programmazione e gestione dei programmi in sede aziendale.

INDICE

ASSESSMENT

1. RACCOMANDAZIONI E LINEE GUIDA	pag. 3
1.1 Linee guida APA	pag. 3
1.3 Linee Guida NICE	pag. 4
2. DSM-IV-TR e ICD-10	pag. 5
3. STRUTTURAZIONE DELL'ASSESSMENT PER DCA	pag. 6
4. VALUTAZIONE MEDICO-NUTRIZIONALE	pag. 8
5. COORDINAMENTO DELLE CURE E COLLABORAZIONE FRA I MEMBRI DEL TEAM	pag. 10
6. MOTIVAZIONE	pag. 10

TRATTAMENTO

1. PREMESSE	pag. 11
2. RACCOMANDAZIONI GENERALI DI TRATTAMENTO PER PAZIENTI CON dca DI I LIVELLO	pag. 12
3. STRUTTURAZIONE E FOLLOW-UP	pag. 14
4. LIVELLI ESSENZIALI	pag. 15
4.1 TERAPIA AMBULATORIALE	pag. 15
4.2 TERAPIA SEMIRESIDENZIALE	pag. 18
4.3 RICOVERO IN STRUTTURE RESIDENZIALI A CARATTERE RIABILITATIVO	pag. 19
4.4 OSPEDALIZZAZIONE	pag. 20
INTERVISTE E QUESTIONARI	pag. 22
GRADI DEI LIVELLI DI EVIDENZA	pag. 25
POSSIBILI INDICATORI DI (AUTO)VALUTAZIONE DEI PROGETTI AZIENDALI DCA	pag. 26

ASSESSMENT (Percorso diagnostico interdisciplinare)

Premessa

Gli obiettivi della fase di assessment sono:

- ❖ dare una risposta alla richiesta di cura della persona affetta da Disturbo del Comportamento Alimentare;
- ❖ effettuare una diagnosi della tipologia di DCA;
- ❖ definire il livello di gravità in termini di compromissione dello stato di salute fisica;
- ❖ definire il livello di gravità in termini di compromissione dello stato di salute mentale;
- ❖ dare indicazioni per il livello di cura più opportuno (terapia ambulatoriale, residenziale, semiresidenziale, ricovero ospedaliero in acuto, ricovero psichiatrico in acuto);
- ❖ definire il livello di motivazione alla cura ;
- ❖ inserire nel percorso diagnostico la famiglia , quando questo si renda necessario;
- ❖ fornire al paziente e alla sua famiglia (in particolare in caso di minore o quando viene richiesto ed autorizzato dal paziente) tutte le informazioni necessarie oltre che una restituzione trasparente della diagnosi e delle prospettive di cura delineate sulla base della Medicina e della Psicoterapia dell'Evidenza .

La fase diagnostica è critica per la presa in carico e la terapia, per cui deve essere effettuata da un'équipe interdisciplinare di provata esperienza in cui siano presenti figure di specialisti in DCA di area medico-nutrizionale e di area psicologico-psichiatrica.

1 .RACCOMANDAZIONI E LINEE GUIDA

1.1 Linee Guida APA

Raccomandazioni generali da *Practice guideline for the Treatment of Patients With Eating Disorders , APA 2006*

- L'approccio di team è il modello raccomandato.
- Il team per qualsiasi setting di cura (ambulatorio, ricovero, day-hospital) deve essere costituito da specialisti per DCA di area psichiatrica e psicoterapica e internistico-nutrizionale.
- Al team di base potranno essere affiancati per casi specifici e per la corretta gestione medica altri specialisti.
- La stabilità del team e la comunicazione interdisciplinare è indispensabile.

1.2 Le linee guida APA raccomandano per l'assessment :

1.2.1 Valutazione e monitoraggio dei sintomi e comportamenti dei DCA

Come primo passo attenta valutazione della storia del paziente, dei sintomi, dei comportamenti, dello stato mentale(I).

La valutazione completa necessita di diverse ore e include una rassegna completa su (I):

- storia dell'accrescimento (altezza) e del peso del paziente;
- restrizione alimentare, binge eating, e pattern dell'esercizio fisico e sportivo;
- condotte di eliminazione e comportamenti compensatori;
- gli atteggiamenti e i pensieri al riguardo di peso, forma fisica e alimentazione;
- condizioni psichiatriche.

Anamnesi familiare con particolare riferimento a:

- storia familiare di disordini alimentari;

- disturbi psichiatrici inclusi disordini legati all'uso di alcool e altre sostanze;
- storia familiare di obesità;
- interazioni familiari in relazione ai disturbi del paziente;
- atteggiamenti della famiglia rispetto all'alimentazione, l'esercizio, la forma corporea.

Il coinvolgimento dei genitori è essenziale nella fase di valutazione dei bambini e degli adolescenti (I).

Per i pazienti più grandi, l'assessment e il coinvolgimento della famiglia può essere utile, ma dovrebbe essere valutato caso per caso (II). Il coinvolgimento dei partner dovrebbe essere desiderabile (II).

1.2.2 Valutazione e monitoraggio delle condizioni mediche generali

E' raccomandato oltre ad un'approfondita anamnesi medica, fisiologica e patologica, relativa a tutto l'arco della vita del paziente:

- un esame obiettivo completo ed accurato del paziente con particolare riferimento alla valutazione dell'assetto cardiovascolare, e che includa anche la ricerca di alterazioni dermatologiche e di alterazioni evidenza di comportamenti autolesivi(I);
- il calcolo dell'Indice di Massa Corporea (IMC) o Body Mass Index (BMI) ; $BMI = KG / M^2$ (I);
- nei pazienti più giovani includere l'esame del pattern di crescita, sviluppo sessuale e sviluppo generale (I);
- i pazienti con una storia di vomito autoindotto dovrebbero anche effettuare un esame dei denti (I);
- l'esame della densità ossea dovrebbe essere richiesta in presenza di amenorrea della durata di 6 mesi o più (I).
- la necessità di effettuare analisi di laboratorio dovrebbe essere determinata dalle condizioni del paziente e sulla base della rilevanza del test per la decisione del trattamento (I);

1.2.3 Valutazione e monitoraggio delle condizioni psichiatriche

- Vanno valutati accuratamente gli aspetti psichiatrici che maggiormente possono influenzare il decorso clinico e l'outcome e che quindi sono importanti per la definizione del progetto terapeutico, in particolare Disturbi dell'Umore, Disturbi d'Ansia, Tratti e Disturbi di Personalità, abuso d'alcol e di sostanze (I).
- Vanno indagate idee suicidali, pianificazione, intenzione, tentativi di suicidio e comportamenti autolesivi (I).
- La valutazione per suicidio è di particolare importanza nei pazienti in cui c'è compresenza di abuso di alcol e di altre sostanze (I).

1.2.4 La valutazione della motivazione è raccomandazione di I livello.

1.3 Linee guida NICE

Assessment e coordinamento dell'assistenza

- La valutazione delle persone che presentano disturbi del comportamento alimentare dovrebbe essere globale e includere aspetti fisici, psicologici e sociali, oltre alla valutazione dei rischi.
- Il livello di rischio fisico e psichico dei pazienti dovrebbe essere monitorato durante tutto il trattamento in quanto il disturbo potrebbe peggiorare, per esempio nel passaggio da un servizio all'altro in caso di AN.
- Quando le persone si rivolgono al medico di base, è questi che dovrebbe assumersi la responsabilità della valutazione iniziale e della iniziale organizzazione delle cure. Questo include la determinazione dell'emergenza sul piano medico o della valutazione psichiatrica (sistema sanitario britannico)
- Quando la gestione è divisa fra cure primarie (medico di base) e secondarie (livello specialistico) dovrebbe essere chiara l'assunzione di responsabilità delle figure professionali nel monitorare i pazienti. Questo accordo dovrebbe essere messo per iscritto e condiviso con il paziente e quando opportuno, con i familiari o caregiver.

2. DSM-IV-TR e ICD-10

La Rete Regionale dell'Emilia Romagna per la cura dei DCA si riferisce al DSM IV-TR-1994 quale sistema diagnostico di riferimento per l'adolescenza e l'età adulta e al sistema GOS (Great Ormond Street Criteria, 2000) per l'età prepuberale. Vengono comunque di seguito riportati anche i criteri ICD-10 e ICD 9 e fornita una griglia che ne facilita la "traduzione" nei due sensi.

Potersi riferire a criteri diagnostici definiti ed accettati dalla comunità scientifica e dalle strutture ed agenzie sanitarie ha un vantaggio indiscutibile, anche se va tenuto presente che per formulare un piano di trattamento adeguato il clinico necessita di ulteriori informazioni riguardo all'individuo esaminato oltre a quelle richieste per fare diagnosi con il DSM-IV-TR o l'ICD-10. I sistemi nosografici, inoltre, sono orientati sui sintomi di stato e non considerano i cambiamenti nel tempo delle patologie o le evoluzioni dei sintomi in relazione alle terapie. Va in modo particolare per i DCA ricordato che i soggetti affetti possono variare i loro sintomi slittando da una forma ad un'altra nel corso della vita o per effetto dei trattamenti.

DSM-IV-TR 1994 (ICD-10)	Great Ormond Street Criteria (GOS, 2000)	Classificazione ICD-10
<i>Disturbi dell'Alimentazione in Adolescenza e Età Adulta</i>	<i>Criteri diagnostici in età prepuberale</i>	<i>Criteri diagnostici in età evolutiva</i>
F50.0 Anorexia Nervosa (cod. 307.1-ICD10)	<i>Anorexia nervosa</i>	<i>F50 Sindromi e disturbi da alterato comportamento alimentare</i>
F50.2 Bulimia Nervosa (cod. 307.51 ICD 10)	<i>Bulimia nervosa</i>	
<i>F50.9 Disturbi dell'Alimentazione Non Altrimenti Specificati (EDNOS)(cod. 307.50 ICD 10)</i>	<i>Alimentazione selettiva Disturbo emotivo di rifiuto del cibo Disfagia funzionale Rifiuto pervasivo</i>	
<i>Disturbo da Alimentazione Incontrollata (DAI) o Binge Eating Disorder (BED) Appendice-B</i>		<i>F50-F59 Sindromi e disturbi comportamentali associati ad alterazioni delle funzioni fisiologiche e a fattori somatici</i>

ICD-9

307	
	SINTOMI OSINDROMI SPECIALI NON CLASSIFICATO ALTROVE
307.1	<i>Anorexia nervosa</i>
307.5	<i>Altri e non specificati disturbi dell'alimentazione</i>
307.50	<i>Disturbi dell'alimentazione, non specificato</i>
307.51	<i>Bulimia/Iperalimentazione di origine non organica</i>
307.52	<i>Pica/Appetito perverso di origine non organica</i>
307.53	<i>Ruminazione psicogena /Rigurgito di cibo con reingestione, di origine non organica</i>
307.54	<i>Vomito psicogeno</i>
307.59	<i>Altri disturbi/Disturbi dell'alimentazione nell'infanzia di origine non organica</i>
307.59	<i>Perdita dell'appetito di origine non organica</i>

Le principali differenze formali tra DSM-IV-TR e ICD-10:

1. Assenza di un sistema multiassiale nell'ICD-10 (il sistema multi assiale nell'ICD-10 è presente solo per i disturbi dell'infanzia e dell'adolescenza);
2. Il DSM-IV-TR mantiene un unico set di criteri diagnostici, mentre l'ICD-10 prevede una versione per la pratica clinica ed una per la ricerca dotata di criteri più rigidi.

Il DSM è molto più accurato, in quanto definisce:

- Caratteristiche diagnostiche (Criteri)

- Sottotipi e/o Specificazioni
 - Procedure di registrazione dei codici ICD-10
 - Manifestazioni e disturbi associati. Tale sezione è suddivisa in tre parti:
 - a) Caratteristiche descrittive e disturbi mentali frequentemente associati ma che non sono considerati essenziali per fare diagnosi
 - b) Reperti di laboratorio associati
 - c) Reperti dell'esame fisico e condizioni mediche generali associate significativi dal punto di vista diagnostico ma non essenziali.
 - Caratteristiche collegate a cultura, età e genere
 - Prevalenza
 - Decorso: età e modalità d'esordio, decorso episodico o continuo, episodio singolo o ricorrente; durata ed evoluzione della malattia
 - Familiarità del disturbo tra i familiari di primo grado dei soggetti affetti
 - Diagnosi differenziale.
3. Il sistema dell'OMS (ICD-10) verrà necessariamente diffuso in quasi tutti i Paesi del mondo dove è d'obbligo per precisi accordi internazionali.

Relazione tra DSM-IV-TR ed ICD-10

I codici ed i termini forniti dal DSM-IV-TR sono completamente compatibili con quelli dell'ICD-9-CM dell'ICD-10

Ognuno dei disturbi e delle condizioni del DSM-IV-TR nella versione italiana è contrassegnato dal codice diagnostico a quattro cifre derivato dall'ICD-10 (F00XX).

3. STRUTTURAZIONE DELL'ASSESSMENT PER DCA

L'assessment deve essere interdisciplinare ed effettuato da un'èquipe specialistica che possa tradurre i risultati raggiunti in un percorso terapeutico strutturato o in precise indicazioni che portino alla presa in carico in strutture o presso èquipe specialistiche della Rete Regionale DCA. Il percorso diagnostico potrà essere riportato in una cartella interdisciplinare o in un sistema di cartelle condivise ove venga comunque riportato con evidenza il percorso interdisciplinare. Vi potrà essere all'interno dell'èquipe un responsabile della gestione della cartella o del sistema di cartelle condivise. Una parte di tale cartella potrebbe essere condivisa da tutte le èquipe DCA (nodi della rete), ciò faciliterebbe "passaggi" del paziente da un'èquipe all'altra (esempio passaggi legati a necessità di diversa intensità terapeutica), e permetterebbe di seguire il paziente evitando ripetizioni inutili di esami, valutazioni e altre indagini.

Gli elementi critici per l'assessment possono essere suddivisi in:

<i>Area diagnostica e figure professionali coinvolte</i>	<i>Tempo necessario per paziente</i>
Diagnosi internistico-nutrizionale Figure terapeutiche responsabili: medico internista, pediatra e nutrizionista Figure terapeutiche che collaborano: dietista Anamnesi fisiologica e patologica Anamnesi ed evoluzione del DCA Definizione del comportamento alimentare attuale e degli aspetti cognitivi e dispercettivi rispetto alla sfera cibo-peso-corpo Visita medica orientata alla valutazione dello stato nutrizionale e di quegli elementi dello stato di salute a rischio di compromissione nei DCA Prescrizione degli esami di laboratorio e strumentali specifici	3 ore

<p>Valutazione degli elementi sopra citati e definizione di:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ grado di compromissione organica ✓ grado di rischio organico ✓ possibilità “organica” di collaborazione alla psicoterapia ✓ valutazione dei deficit psico-fisici e della competenza sociale presenti nel paziente al momento della diagnosi <p>La diagnosi internistico-nutrizionale, è indispensabile non solo per il proprio contributo diagnostico e per definire le problematiche internistiche e nutrizionali del caso, ma anche ai fini di porre un giudizio medico sulle possibilità di continuare il percorso in ambito ambulatoriale o di avviare il paziente a terapie in regime ospedaliero/ residenziale (ricovero in acuto in reparto di Medicina Interna o in strutture residenziali o semiresidenziali per la Riabilitazione dei DCA)</p> <p>Interviste strutturate Intervista Strutturata della Rete Regionale (da compilare in collaborazione con le figure psicologico-psichiatriche) <i>Eating Disorder Examination Version (EDE)(Le figure di area medico-nutrizionale possono fornire informazioni utili per la compilazione dell'EDE)</i></p>	
<p>Diagnosi psicologico-psichiatrica Figure terapeutiche responsabili: psicologo psicoterapeuta, psichiatra, neuropsichiatra Figure terapeutiche che collaborano: psicologo</p> <p>colloqui diagnostici mirati alla diagnosi del disturbo, eventualmente con un supporto strutturato (Eating Disorder Examination, EDE) valutazione anamnestico-biografica per vissuti, eventi, traumi e apprendimenti cognitivi, affettivi e comportamentali; valutazione della capacità, delle competenze e della motivazione; diagnosi differenziale psichiatrica tramite un'intervista semistrutturata per effettuare una diagnosi secondo il DSM IV (SCID I e II) da cui ricavare anche un'eventuale indicazione per un invio in ambito psichiatrico/neuropsichiatrico (ad es.in caso di accesa comorbidità psichiatrica, rischio suicidale, abuso di sostanze); valutazione dei vissuti ambientali e valutazione delle possibili interferenze (positive o negative) dell'ambiente familiare e sociale del paziente nei confronti dell'eventuale processo terapeutico. Nel caso di soggetti in età evolutiva o quando venga ritenuto opportuno colloquio con i familiari o il partner.</p> <p>Interviste strutturate Intervista Strutturata della Rete Regionale (da compilare in condivisione con le figure medico-nutrizionali) Pacchetto di interviste strutturate per diagnosi di comorbidità: SCID e SCID II</p>	<p>6 ore</p>

<p>Strumenti di supporto diagnostico Figure responsabili per l'indicazione e la valutazione: tutta l'équipe relativamente alle varie aree. Figure terapeutiche responsabili per il conteggio e la refertazione: psicologo. Viene definito un pacchetto base di test e interviste strutturate condivisi dalla Rete Regionale a cui ogni singola équipe-DCA potrà aggiungere propri test comunque validati e specifici per la diagnosi DCA.</p> <p>Pacchetto psicometrico condiviso per DCA (vedi allegato 1 Interviste e Questionari): Eating Attitude Test (40 items)(EAT) Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2) Body Uneasiness Test (BUT) Binge Eating Scale (BES) Bulimic Investigation Test Edinburgh (BITE) AN : EAT, EDI-2, BUT ; BN : EAT, EDI-2, BUT, BITE; (facoltativo BES) BED : EDI-2, BITE, BES; (facoltativo EAT, BUT, TFQ) Per quanto riguarda la diagnosi di comorbidità in infanzia ed adolescenza potranno essere presi in considerazione, sulla base della necessità clinica, i seguenti questionari : SAFA (Scale Psichiatriche Infanzia e Adolescenza). MMPI-A (Minnesota Multiphasic Personality Inventory – Adolescent)(565 items) PDQ 4 (Personality Diagnostic Questionnaire 4) (100 items)</p>	<p>3 ore</p>
<p>Costruzione interdisciplinare del progetto diagnostico Figure terapeutiche responsabili: tutta l'équipe</p> <p>Gli Specialisti si confrontano nelle riunioni interdisciplinari: i singoli professionisti, mettendo in campo ognuno le competenze specifiche, definiscono il peso relativo dei sintomi fisici e psichici formulando, non solo una diagnosi categoriale, ma un assessment atto a implementare il percorso terapeutico in termini di setting, di intensità o tipologia terapeutica.</p>	<p>1 ora (tempo di riunione)</p>

4. VALUTAZIONE MEDICO-NUTRIZIONALE

Il primo elemento è rappresentato dalla visita medica internistico- nutrizionale associata alla valutazione del peso e la calcolo del BMI . Importante è rilevare i segni e i sintomi collegati alle alterazioni nutrizionali oltre che un'accurata valutazione dell'EO cardiaco (PA e FC).

Ai fini diagnostici occorre, a seconda della tipologia di DCA, effettuare la valutazione di tre aree critiche:

- *Peso (in difetto o in eccesso) e accrescimento*
- *Stato nutrizionale e complicanze legate alle alterazioni dello stato nutrizionale (nutrizione in difetto, malnutrizione, nutrizione in eccesso)*
- *Complicanze legate a condotte di eliminazione e comportamenti compensatori.*

Esami di laboratorio

Va sottolineato che le indagini di laboratorio, di per sé, non hanno un valore assoluto, infatti i valori relativi a molti fattori implicati nell'equilibrio dello stato di nutrizione sono un indice "statico" influenzabile sia da fattori biologici che tecnici. Ad es. quando si riduce l'intake di un dato nutriente, si innesca una regolazione omeostatica dei livelli circolanti, che porta a deplezione delle riserve, prima che i livelli circolanti vengano ridotti (ciò accade per es per il ferro, per il calcio, per le proteine, per la vit. E).

E' particolarmente importante individuare il più precocemente possibile i segni di malnutrizione , cioè in quella fase in cui il danno si ha a livello biochimico, ai fini di invertire quel processo per cui dal danno biochimico si passa a quello funzionale e quindi a quello anatomico: lo strumento più "sicuro" rimane un'accurata valutazione dell'introito alimentare.

Nella fase iniziale può essere inutile ed obsoleta la prescrizione di protocolli d'indagine troppo estesi, in quanto da un lato non aggiungerebbe vantaggi alla diagnosi e dall'altro potrebbe essere più utile che

L'approfondimento internistico del caso venga effettuato dalla struttura che prenderà in carico il paziente per il percorso terapeutico .

Esami di laboratorio e strumentali di base raccomandati nella fase iniziale.

(Le indicazioni di seguito, vanno comunque confrontate con il giudizio clinico, considerando variabili quali, tipologia del disturbo, età del soggetto, durata della patologia, altre patologie in atto, complicanze in anamnesi, pattern alimentare, ecc..)

Emocromo con formula

VES

Assetto coagulativo

Protidogramma

Transferrina

Prealbumina (solo AN restricter; AN tipo BN; EDNOS assimilabili)

Glicemia

Azotemia

Creatinina

Assetto lipidico

Transaminasi e colinesterasi

CPK

Amilasemia totale (isoamilasi)

Natriemia, Kaliemia, Cloremia (sangue ed urine)

Calcemia, Fosfatemia, Fosfatasi alcalina

Emogasanalisi venosa

Ferritina

TSH, FT4, FT3

Esame delle urine

ECG (con particolare riferimento al QT e alla frequenza cardiaca in AN e BN, oltre che alle complicanze cardiache in corso di sindrome metabolica nel BED)

Per quanto riguarda le gonadotropine, gli ormoni ovarici e le altre indagini relative all'apparato riproduttivo, vanno definiti dei protocolli specifici, a seconda che gli squilibri del ciclo mestruale siano legati ad un'amenorrea nutrizionale in AN (ipogonadismo ipogonadotropo), ad un'oligomenorrea in BN o ad alterazioni del ciclo mestruale in BED collegate all'eccesso ponderale con o senza sindrome metabolica.

*Nel caso di BED è indicata la valutazione per la diagnosi di **Sindrome Metabolica**.*

La diagnosi di sindrome metabolica rappresenta un cluster di fattori di rischio caratterizzato da aumentato rischio di sviluppo di diabete di tipo 2 ed eventi avversi cardiovascolari. La diagnosi di sindrome metabolica in accordo con i criteri del National Cholesterol Education Program ATP III viene posta in caso di presenza di almeno tre fra le seguenti condizioni : circonferenza addominale di cm > 102 (M) e 88 (F) , trigliceridi > 150 ml/dl , colesterolo HDL <40 (M) e <50(F) mg/dl, PA >130/>85 e glicemia di base <100mg/dl . In confronto con l'enunciato NCEP ATP III, la proposta dell'International Diabetes Federation prevede la diagnosi di sindrome metabolica in caso di presenza di obesità addominale, definita come circonferenza addominale > 94 (M) e 80 (F) cm o BMI > 30 Kg/m², unitamente ad almeno altri due criteri tra quelli sopra esposti (Linee Guida ESH, Società europea di Ipertensione Arteriosa, ed ESC, Società Europea di Cardiologia, 2007).

Altri esami strumentali

(Tali esami sono di completamento diagnostico a livello specialistico e sempre basati sulle necessità cliniche)

Ecocardiografia (AN)

Densitometria ossea rachide lombare e anche (AN, se l'amenorrea dura da più di 6 mesi o BN con pregressa AN)

Esofagogastroduodenoscopia (BN e AN tipo BN)

Ecografia addominopelvica

RX torace

5. COORDINAMENTO DELLE CURE E COLLABORAZIONE FRA I MEMBRI DEL TEAM

I professionisti delle varie discipline collaborano nella cura del paziente. Nelle linee guida viene sempre sottolineata l'indispensabilità del lavoro d'équipe, in cui lo specifico ruolo dei singoli professionisti può variare a seconda della struttura organizzativa. La **leadership dell'équipe specialistica** deve essere attribuita ad una delle figure professionali critiche per il team. Secondo le Linee Guida APA 2006, la leadership del team di trattamento può essere assunta dallo psichiatra o da altri professionisti "della salute" inclusi altri medici specialisti o psicologi. In tutti i casi la comunicazione interdisciplinare è essenziale per monitorare i progressi del paziente, operando le necessarie correzioni e delineando gli specifici ruoli e i compiti, in coerenza con le linee guida.

E' importante inoltre che all'interno del team vengano definiti i **terapeuti di riferimento** di ogni singolo caso (medico internista / nutrizionista, psichiatra, psicoterapeuta) unitamente ad un **responsabile del caso** di area internistico-nutrizionale e uno di area psicoterapica-psichiatrica; i responsabili del caso avvallano le valutazioni e le decisioni del team e ne sorvegliano l'attuazione. Si rileva anche necessario un **case manager** che si occupa della coordinazione pratica degli interventi (visite, colloqui ed esami). Tale ruolo può essere rivestito anche da una figura dell'ambito infermieristico o un dietista. Al termine della fase di assessment, l'équipe definisce il progetto terapeutico e ne effettua la restituzione al paziente e in caso di minore o di richiesta da parte di un paziente maggiorenne anche alla famiglia.

6. MOTIVAZIONE

Nei Disturbi del Comportamento Alimentare, con o senza comorbidità, la resistenza al trattamento deve essere valutata come un sintomo della patologia stessa. Partendo da questo presupposto, è importante che i terapeuti si pongano non come semplici valutatori dell'attitudine del paziente a farsi curare, ma come coloro che sostengono il paziente e possono fornire strumenti per la costruzione della decisione del paziente.

La motivazione alla terapia necessita di una costruzione continua. Le tecniche motivazionali fanno parte del bagaglio professionale dei terapeuti. Tali tecniche devono essere applicate in ogni fase della terapia ed essere modificate/adattate in base allo stadio in cui si trova il paziente.

Al lavoro interdisciplinare viene affidato il compito di fare chiarezza su che cosa compete alla sfera psicologica, cosa alla sfera psico-biologica, e cosa all'ambito psichiatrico.

La necessità di un'integrazione terapeutica si pone già nelle fasi progettuali e motivazionali della terapia stessa: fattori non strettamente psicoterapici vanno accuratamente valutati e focalizzati fin dall'approccio terapeutico iniziale. Tali fattori nei DCA sono da identificarsi, ad esempio, nella prostrazione organica dell'AN, nel Circolo Vizioso psico-biologico della BN, nella sottovalutazione dell'entità patologica del BED. Altri fattori sono rappresentati dalle comorbidità psichiatriche o dagli aspetti multi-impulsivi.

Non è possibile potere definire un numero specifico di sedute per la motivazione. In tutti i casi "un'attesa troppo lunga" da parte del terapeuta può rinforzare nel paziente l'idea che il cambiamento sia inattuabile.

Nella strutturazione del proprio percorso terapeutico l'équipe dovrebbe indicare come viene gestita la motivazione e definire un numero limitato di colloqui motivazionali.

Va comunque sottolineato che l'attuazione di una motivazione è già un trattamento terapeutico e che la restituzione diagnostica al paziente associata alla spiegazione del rationale per l'impostazione terapeutica sono già di per sé elementi motivazionali.

TRATTAMENTO

1.PREMESSE

La terapia dei DCA richiede strutture e personale specializzati, fornendo un approccio inter-disciplinare sia per i trattamenti di tipo ambulatoriale sia per quelli intensivi di degenza parziale o totale.

I **principi ispiratori** del modello regionale della rete, con riferimento al documento

“ Raccomandazioni per la definizione di un piano attuativo delle politiche regionali sociali e sanitarie sui DCA” Regione Emilia Romagna Tavolo Regionale sui DCA sono:

1.1 Interdisciplinarietà: il trattamento dei DCA prevede che specialisti di formazione di Area Internistico-nutrizionale e di area Psicologico-psichiatrica lavorino all'interno di programmi complessi ed articolati. Nell'equipe di minima vanno garantite le competenze di:

Psichiatra dell'adulto, del bambino, dell'adolescente

Psicologo - Psicoterapeuta

Medico con competenze internistiche e nutrizionali

Altro personale con funzioni necessitanti di supervisione da parte delle tre precedenti funzioni : dietista, psicologo non psicoterapeuta, educatori, personale infermieristico e personale in formazione.

Va necessariamente definito e supervisionato con assunzione di responsabilità da parte dell'equipe tutto l'altro personale coinvolto compreso quello volontario.

Il lavoro **interdisciplinare** è distinto da quello multidisciplinare e ancor più dalla consulenza e avviene “in **equipe**”. Il lavoro psicoterapeutico e la riabilitazione psico-nutrizionale integrati e con formazione e linguaggio comune, oltre a garantire l'integrità fisica del paziente, affrontano da diversi punti di vista, in maniera concordata, disturbi che si esprimono in maniera multimodale (il lavoro nutrizionale ha valenza psicoterapeutica, il lavoro psicoterapeutico si concretizza nei comportamenti alimentari).

Nell'ottica di quanto definito dal Gruppo Regionale e dalle Linee Guida Internazionali il programma della Rete Regionale dei Servizi per DCA dovrebbe sostenere e ritenere come riferimenti privilegiati i programmi d'equipe descritti e strutturati)

1.2 Appropriatezza: i livelli di terapia utili (ambulatorio, day hospital, degenza) sono prescelti in base al grado di gravità, dipendente dalle condizioni fisiche, psicologiche e familiari del paziente. In generale tutti i livelli di assistenza sono necessari a seconda delle specificità dei pazienti. Il livello minimo dell'appropriatezza dovrebbe mirare a :

- il ripristino di uno stato nutrizionale sano e di comportamenti alimentari fisiologici e salutari ;
- l'interruzione dei comportamenti compensatori;
- l'educazione psicologica in merito alla possibilità di modificare i comportamenti alterati di nutrizione;
- l'identificazione e la gestione degli aspetti psicologici e relazionali della malattia;
- l'identificazione ed il trattamento delle condizioni di comorbidità.

Ai fini dell'appropriatezza dell'intervento è indispensabile che i team DCA definiscano e strutturino i propri interventi oltre che fare riferimento o comunque avere presenti le linee guida e le raccomandazioni espresse dalla comunità scientifica a livello internazionale.

1.3 Linee guida e raccomandazioni: attualmente le principali pubblicazioni che riguardano l'appropriatezza degli interventi per i DCA sono le **Linee Guida NICE e APA e per gli aspetti di Riabilitazione Nutrizionale possono essere integrate anche le raccomandazioni dell'ADA (NHS, National Institute for Clinical Excellence. (2004). Eating Disorders. Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders. Clinical Guideline, Developed by the National Collaborating Centre for Mental Health; Practice guideline for the Treatment of Patients With Eating Disorders , APA 2006; American Dietetic Association, ADA 2004) .**

Le raccomandazioni con i relativi livelli d'evidenza, di seguito riportati derivano dalle pubblicazioni di cui sopra .

2.RACCOMANDAZIONI GENERALI DI TRATTAMENTO PER PAZIENTI CON DCA DI LIVELLO I (substantial clinical confidence)

L'approccio di team è il modello di cura raccomandato.

Il team per qualsiasi setting di cura (ambulatorio, ricovero, day-hospital) deve essere costituito da specialisti per DCA di area psichiatrica e psicoterapica e internistico-nutrizionale.

Al team di base potranno essere affiancati per casi specifici e per la corretta gestione medica altri specialisti.

La stabilità del team e la comunicazione interdisciplinare è indispensabile.

2.1 PSICOTERAPIE

	NICE	APA
ANORES SIA	<p>terapia cognitivo-comportamentale (CBT), psicoterapia interpersonale (IPT), terapia cognitiva analitica (CAT), terapia psicodinamica focale: evidenza di livello C</p>	<p>In AN acuta: terapia familiare: livello I</p> <p>Dopo aumento ponderale:</p> <ul style="list-style-type: none"> • CBT in adulti: livello II • Psicoterapia interpersonale o psicodinamica (individuale o di gruppo) in adulti: livello II • In adolescenti ammalati da meno di 3 anni: terapia familiare è parte essenziale del trattamento: livello I <p>In An cronica: se il paziente ha difficoltà espressive pensare a forme di arte-terapia, movimento terapia, terapia occupazionale: livello III</p>
BULIMI A	<p>Terapia cognitivo-comportamentale per la bulimia nervosa (CBT-BN): evidenza di livello A</p> <p>La psicoterapia interpersonale è un'alternativa alla CBT-BN: evidenza di livello B</p> <p>Programma di auto-aiuto basato sull'evidenza (è un trattamento indicato per un piccolo sottogruppo di pazienti): evidenza di livello B. Un possibile primo passo consiste nell'incoraggiare il paziente con BN a seguire un programma di auto-aiuto basato sull'evidenza (è un trattamento indicato per un piccolo sottogruppo di pazienti): evidenza di livello B</p>	<p>Trattamento degli episodi acuti in adulti: CBT: livello I</p> <p>Negli adolescenti adattare la CBT-BN all'età, contesto, livello di sviluppo, valutando l'eventuale coinvolgimento della famiglia</p> <p>Per coloro che non rispondono alla CBT: Terapia interpersonale:livello II/III Terapia familiare o di gruppo: livello III</p> <p>La combinazione di CBT-intervento psicodinamico e altre tecniche psicoterapiche può essere utile in alcuni casi: livello II</p> <p>Alcuni reports clinici indicano che gli approcci psicodinamico e psicoanalitico (individuali o di gruppo) possono essere utili dopo il miglioramento del binge e del purging: livello III</p>
DANAS		<p>In assenza di evidenze che guidino il trattamento dei DANAS che non siano BED, si raccomanda di seguire le linee guida che</p>

		più si avvicinano al disturbo alimentare del paziente
BED	<p>Trapia cognitivo-comportamentale per binge eating disorder (CBT-BED): evidenza di livello A</p> <p>Picoterapia interpersonale, psicoterapia dialettico-comportamentale: evidenza di livello B</p>	<p>Sostanziali evidenze di efficacia vi sono per la CBT individuale o di gruppo nel migliorare i sintomi comportamentali e psicologici del BED: livello I</p> <p>Terapia interpersonale e dialettico comportamentale: livello II</p> <p>Come primo step programmi di auto-aiuto o auto-aiuto guidato basati sulla CBT: livello I</p> <p>Pazienti con una storia di yo-yo del peso e pazienti con un avvio precoce dei sintomi di binge beneficiano di programmi focalizzati sul binge piuttosto che sul peso: livello II</p>

2.2 PSICOTERAPIA FAMILIARE

	NICE	APA
ANORESSIA	Interventi familiari specifici per DCA sono indicati per bambini e adolescenti con AN: evidenza di livello C	<p>Per bambini ed adolescenti il coinvolgimento e la terapia familiare sono essenziali: livello I</p> <p>In Pazienti di età superiore valutare di caso in caso: livello II</p> <p>E'opportuno coinvolgere il partner nella terapia: livello II</p>
BULIMIA (*)	Il trattamento CBT-BN, per adolescenti e bambini con BN, adattato alla loro età, circostanze e livello di sviluppo, può includere la famiglia se ritenuto opportuno: evidenza di livello C	<p>Attuare la terapia familiare , se possibile, soprattutto in adolescenti che vivono in famiglia e in pazienti adulti se vi è un conflitto insoluto con i genitori: livello II</p> <p>Terapia di coppia: se vi sono problematiche coniugali: livello II</p>
DANAS	Per tutti i DCA: i membri della famiglia inclusi i fratelli, dovrebbero essere coinvolti nel trattamento di bambini e adolescenti con DCA. L'intervento comprende informazioni, consigli sulla gestione del comportamento e facilitazione della comunicazione: evidenza di livello C	

(*)In letteratura si evidenzia come siano scarsi gli studi sulla terapia familiare nella BN e quelli presenti sono spesso case report (Family Based Treatment of Eating Disorder. Lock & La Grange. Int J Eat Disorder, 2005)

2.3 RIABILITAZIONE NUTRIZIONALE E INTERVENTO NUTRIZIONALE (APA, ADA)

2.3.1 RN nella ANORESSIA NERVOSA

- La RN è efficace ai fini di: ripristino del peso, normalizzazione dei patterns alimentari, normalizzazione della percezione di fame e sazietà, correzione delle sequele biologiche e psicologiche della malnutrizione (I)
- L'aumento di peso si associa al miglioramento della maggior parte delle complicanze fisiche e psicologiche della malnutrizione (I)
- E' importante implementare programmi di rialimentazione in contesti emotivi di accudimento (I)
- E' importante che lo staff manifesti al paziente il desiderio di prendersi cura di lui anche quando i pazienti non sono in grado di prendersi cura di sé (I)

2.3.2 RN e BULIMIA NERVOSA

- Obiettivo primario della RN è di aiutare il paziente a sviluppare un piano alimentare strutturato come mezzo per ridurre gli episodi di restrizione alimentare e la spinta al bingeing e quindi al purging (I)
- Un intake nutrizionale adeguato può prevenire il craving e favorire la sazietà (I)
- E' importante valutare l'intake nutrizionale di tutti i pazienti, anche quelli con BMI nella norma. Un peso normale non è certezza di apporto nutrizionale adeguato e di una composizione corporea normale (I)
- Per i pazienti con peso normale il counseling nutrizionale è utile parte del trattamento e aiuta a ridurre la restrizione alimentare, aumenta la varietà di alimenti consumati e favorisce patterns di attività fisica sani e non compulsivi(I).

2.3.3 RN e BED

Le indicazioni che vengono date dalla letteratura e dalle linee guida sono ancora frammentarie e confuse. L'intervento nutrizionale nel BED è fondamentale sia per gli aspetti educativi, che riabilitativi. Sostanziali evidenze di efficacia vi sono per la CBT (che comprende la Riabilitazione Nutrizionale) individuale o di gruppo nel migliorare i sintomi comportamentali e psicologici del BED (I). Le evidenze purtroppo indicano che indipendentemente dall'approccio utilizzato (almeno per quelli studiati in letteratura), la perdita di peso spesso non è definitiva e il binge può ripresentarsi (livelloI). In letteratura si ritrovano varie combinazioni di diete, terapie comportamentali, terapie interpersonali, psicodinamiche, trattamenti psicosociali non diretti al peso, ma anche approcci psicoterapici "nondiet/health at every size"sembrano avere un beneficio nel binge eating e nella perdita o stabilizzazione del peso (III).

3. STRUTTURAZIONE E FOLLOW_UP

Se le precedenti sono le linee guida e le raccomandazioni pubblicate e accettate a livello internazionale dai massimi organismi scientifici del settore, ogni équipe potrà strutturare i propri interventi facendo riferimento a percorsi terapeutici, liberamente scelti a patto che vengano descritti con i relativi riferimenti ed evidenze scientifiche, strutturati, valutati in itinere e al follow-up. E' indispensabile che ogni struttura specialistica per DCA, indichi, nella propria carta dei servizi e/o nei propri manuali terapeutici i propri modelli terapeutici con le evidenze di riferimento.

3.1 Personalizzazione degli interventi: il paziente è parte attiva del processo terapeutico e di riabilitazione. É infatti fondamentale che accanto al raggiungimento degli obiettivi generali (recupero del peso, ripristino di adeguato comportamento alimentare, il raggiungimento di buone condizioni di salute, ecc...) vi siano quelli individuali di maggiore consapevolezza di sé e quindi di elaborazione e di utilizzo di strategie di coping più funzionali. Va comunque ricordato che per una rete pubblica va perseguita la visione del minimal input a fronte del maximal output (mettendo ad un estremo di un asse dicotomico la terapia più efficace -best practice- per migliorare la salute fisica e psichica e la qualità della vita della persona nel maggior numero di casi, e all'altro estremo la persona con DCA che deve aderire alla filosofia o alle procedure dell'offerta terapeutica disponibile).

3.2 Integrazione: con le altre strutture del territorio, volta a garantire la continuità delle cure attraverso la costruzione di progetti terapeutici condivisi, e con dati in rete.

3.3 Esecuzione di studi d'efficacia e di follow-up: per valutare i risultati nel trattamento dei pazienti affetti da DCA di ogni categoria diagnostica (AN, BN ed DANAS) oltre che l'andamento dei flussi dei pazienti. Nell'ambito di una strutturazione a livello regionale sarebbe auspicabile, se non necessario, introdurre degli "indicatori di performance" omogenei per tutte le équipes DCA regionali per migliorare l'efficacia e l'efficienza di rete e potere effettuare studi di confronto sui risultati del trattamento in relazione alle caratteristiche di diagnosi, comorbidità e gravità dei casi trattati.

Gli indicatori andrebbero studiati nel breve, medio, lungo termine per poter valutare l'efficacia degli interventi anche sulla lunga durata. La possibilità di realizzare degli indicatori di performance è strettamente legata alla omogeneità e attendibilità dei criteri diagnostici di riferimento sia per il DCA che per la comorbidità.

4. LIVELLI ASSISTENZIALI

I livelli assistenziali (ambulatorio, day hospital o semiresidenza, residenza, ricovero in acuto) previsti nella rete dovrebbero tenere conto di una continuità organizzativa, funzionale e clinica.

La **continuità organizzativa della Rete** ha il vantaggio di potere creare un corridoio privilegiato al paziente che potrà usufruire della terapia più idonea al suo stato di gravità e alle sue necessità fisiche e psicologiche in modo lineare, senza attese, senza interruzione del suo percorso diagnostico-terapeutico. Tale continuità favorisce inoltre un passaggio fra strutture diverse senza "fratture terapeutiche", compreso il ritorno presso la struttura inviante nel passaggio fra struttura residenziale e struttura ambulatoriale territoriale.

4.1 LA TERAPIA AMBULATORIALE

Va sottolineato che le tipologie terapeutiche di seguito elencate isolate e/o fornite in modo casuale non hanno rilevanza terapeutica per i DCA, per cui si fa sempre riferimento a specifiche tipologie terapeutiche all'interno di un'équipe interdisciplinare dedicata ai DCA e all'interno di un progetto terapeutico definito. Va sottolineato che le terapie fornite da un'équipe interdisciplinare specialistica per DCA necessitano di una particolare valorizzazione economica che vada a coprire tutto il lavoro fatto "dietro" al caso (strutturazione dell'intervento, riunioni d'équipe, supervisione interdisciplinare, raccolta dati per valutazione dell'efficacia, follow-up)

4.1.1 Terapie di area Internistico- Nutrizionale

Le competenze professionali che si occupano dello stato di salute e dello stato nutrizionale del paziente affetto da DCA sono internistiche e nutrizionali e in particolare le figure professionali sono il Medico con competenze internistiche, il Medico Nutrizionista o con competenze nutrizionali (si può trattare di un unico professionista con entrambe le competenze) (**MN**) e il Dietista (**D**).

Secondo le indicazioni dell'ADA il MN è un membro fondamentale del team terapeutico, effettua la terapia medico-nutrizionale per normalizzare i patterns alimentari e lo stato nutrizionale. I suoi compiti sono di individuare i sintomi clinici correlati al DCA e di affiancare con il monitoraggio medico la psicoterapia e la farmacoterapia, di effettuare il counselling nutrizionale, di utilizzare le tecniche di CBT oltre che avere la responsabilità del management e del monitoraggio medico. È importante definire campi specifici e aree di interazione nella terapia per DCA del Medico Nutrizionista e del Dietista.

Il Nutrizionista è un medico specializzato in nutrizione ed ha una assunzione di responsabilità verso i seguenti aspetti internistico-nutrizionali:

- Raccolta dell'anamnesi patologica remota e prossima.
- Valutazione medica rivolta alla Valutazione dello Stato Nutrizionale attraverso protocolli clinici (visita medica specialistica, esami esami ematochimici e/o strumentali) ai fini di definire il livello di compromissione organica o il rischio di complicanze.
- Richiesta e coordinamento delle visite specialistiche.
- Programma e segue il paziente aiutandolo ad organizzare un proprio piano nutrizionale e attua sorveglianza medico-nutrizionale.
- Interviene con le proprie valutazioni nella strutturazione del percorso interdisciplinare e ne sorveglia l'andamento.

- Quando formato in tal senso programma applica e supervisiona il percorso di Riabilitazione PsicoNutrizionale in CBT
- Programma supervisiona e guida i gruppi psicoeducazionali.
- Effettua prescrizioni di farmaci , integratori.

Il Dietista è come formazione un tecnico della nutrizione e il dietista specializzato in DCA necessita di capacità di lavoro clinico, in particolare:

- Effettua una raccolta dell'anamnesi alimentare.
- Programma e segue il paziente aiutandolo ad organizzare un proprio piano nutrizionale.
- Consiglia strategie comportamentali.
- Aiuta il paziente nella costruzione della compliance alla terapia nutrizionale.
- Partecipa alle riunioni d'équipe e collabora al percorso terapeutico .
- Quando formato in tal senso applica le tecniche del percorso di Riabilitazione Psiconutrizionale in CBT
- Gestisce e guida gruppi psicoeducazionali.

Per quanto riguarda l'area internistico-nutrizionale possiamo avere varie possibilità:

Le prestazioni e le durate vengono indicate nella tabella 1

4.1.2 Psicoterapie

La psicoterapia, utilizzando la relazione paziente–terapeuta, necessita di una stabilità del setting terapeutico, per cui va sottolineato che le terapie individuali, familiari e di gruppo debbano essere espletate e portate avanti nel tempo da uno stesso terapeuta per ogni singolo paziente o gruppo (*continuità assistenziale*).

Le psicoterapie possono essere effettuate da **Psicologi Psicoterapeuti e da Psichiatri**.

4.1.3 Psicoterapie individuali

Durata 50'

Psicoterapie cognitive, cognitivo-comportamentali e interpersonali (Cognitive Behaviour Therapy, Cognitive Therapy, InterPersonalTherapy, Schema Focused-CBT, Dialectical BehaviourTherapy, Motivational Enhancement Therapy, Trauma Therapy)

Psicoterapia psicodinamica

4.1.4 Psicoterapie di tipo familiare

Durata 50' - 100'

Counseling familiare

Counseling di coppia

Terapia familiare

4.1.5 Le terapia di gruppo.

Durata 100'.

Si possono definire a seconda di come si inseriscono nel contesto terapeutico 3 tipologie di gruppi :

- Gruppi terapeutici mirati alla cura del DCA (ad es. gruppi motivazionali, psicoeducazionali, di prevenzione delle ricadute, ad orientamento psicodinamico ecc..)
- Gruppi terapeutici tematici e per comorbidità (ad es. gruppi di Assertività, gruppi per pazienti BN con DBP inseriti in programmi specifici ad hoc, gruppi terapeutici e di sostegno per genitori ecc....)
- Gruppi dove il setting terapeutico è rappresentato solo dal gruppo.

Le terapie di gruppo fanno parte di un percorso terapeutico strutturato, in quanto tali devono essere descritte e registrate in apposite cartelle. L'efficacia deve essere verificata attraverso la definizione di indicatori applicabili sia al percorso di gruppo nel suo insieme , che ai singoli pazienti.

4.1.6 Terapia psichiatrica

Per la terapia psichiatrica e neuropsichiatrica possiamo avere 2 ipotesi .

- Visita specialistica psichiatrica o neuropsichiatrica con valenza di Psicoterapia (in tal caso vedi sopra Psicoterapie)

- Visita specialistica psichiatrica o neuropsichiatrica finalizzata alla verifica delle condizioni cliniche ed eventuale al trattamento farmacologici, in particolare per quelle équipe dove il trattamento psicoterapico viene effettuato da psicologi psicoterapeuti)

4.1.7 Volendo semplificare si potrebbe così riassumere:

Le terapie per DCA devono essere effettuate da un Team specialistico con un mandato specifico per DCA con formalizzazione da parte delle strutture pubbliche di riferimento, AUSL e Ospedali, ,condizione senza la quale non risulta possibile la strutturazione di Rete. Va ricordato inoltre, che la prima linea guida per i DCA è costituita dalla triade: **team, strutturazione dell'intervento e valutazione dell'efficacia**, cioè è possibile solo se la strutturazione coinvolge anche il livello organizzativo globale.

Le terapie per DCA necessitano , in termini di retribuzione, di una valorizzazione degli aspetti specifici di interdisciplinarietà , di programmazione e di valutazione in termini d'efficacia.

Le singole prestazioni, al di fuori del setting del team, non possono essere considerate terapie per DCA.

Risulta essere necessario che ogni team definisca i pacchetti terapeutici specifici, di minima, per patologia , dichiarando il modello terapeutico di riferimento e le evidenze (linee guida) di riferimento, esplicitando inoltre:

- ❖ Le fasi (es, fase valutativa, fase motivazionale, fase terapeutica, conclusione della terapia e protocollo per la prevenzione delle ricadute, ecc)
- ❖ l' "assemblamento" delle singole prestazioni per ogni fase
- ❖ la durata (espressa in numero di sedute/ incontri / visite)
- ❖ la definizione degli indicatori di adesione terapeutica
- ❖ la definizione degli indicatori di efficacia terapeutica
- ❖ le caratteristiche di esecuzione dei follow-up

TAB. 1 Le tipologie delle “prestazioni di base” nei percorsi ambulatoriali, potrebbero, da ultimo, essere estremamente semplici:

Tipologie di prestazione del team specializzato in DCA	Durata	Specialista
Terapia Internistico-nutrizionale	50'	Medico Nutrizionista sp. per DCA Medico Sp. con competenze nutrizionali e per DCA
Terapia Internistico-nutrizionale (controlli o incontri brevi)	30'	Medico Nutrizionista sp. per DCA Medico Sp. con competenze nutrizionali e per DCA
Consulenza dietistica	50'	Dietisti con formazione sp. per DCA
Consulenza dietistica	30'	Dietisti con formazione sp. per DCA
Psicoterapia	50'	Psichiatra Psicologo Psicoterapeuta
Visita Psichiatrica / Neuropsichiatrica	50'	Psichiatra
Visita Psichiatrica / Neuropsichiatrica (controllo)	30'	Psichiatra
Pacchetto psicometrico di valutazione e rivalutazione diagnostico-terapeutica (*)	50' *	Team interdisciplinare o terapeuta definito dal team

(*) Il numero di rivalutazioni farà parte del pacchetto e verrà definito da ogni singola équipe tenendo conto che vi devono essere almeno 2 valutazioni , una all'inizio e una alla fine del pacchetto terapeutico descritto.

Potrebbe essere utile che una parte del pacchetto fosse condiviso da tutte le strutture della Rete Regionale e con una parte delle informazioni in rete

4.1.8 Durata dei Percorsi Ambulatoriali

Dalle linee guida NICE:

- Per il trattamento della CBT-BN la durata del trattamento dovrebbe andare dalle 16 alle 20 sedute di psicoterapia distribuite in 4-5 mesi. (A queste vanno comunque aggiunte quelle di Riabilitazione Nutrizionale ed eventualmente terapie di gruppo e successivamente un percorso di prevenzione delle ricadute).
- Per l' Anoressia Nervosa nei casi di primo episodio e per i successivi è indicato il monitoraggio fisico e percorsi psicoterapici ambulatoriali per almeno 6 mesi

- Per l' Anorexia Nervosa nella fase post-ricovero va protratta la terapia ambulatoriale (psicoterapia e terapia internistico-nutrizionale) per almeno 12 mesi.

Si propongono quali **INDICATORI di APPROPRIATEZZA** dell'intervento ambulatoriale :

- Presenza di un mandato specifico da parte dell'USL o dell'Ospedale o della Regione in cui sia dato risalto alla composizione del Team Specializzato per DCA e al numero di ore per ogni specialista.
- Stabilità del team terapeutico e programmazione delle ore dei terapeuti sul numero di pazienti che si ritiene di potere prendere in carico.
- Presenza di un documento con descrizione del percorso terapeutico e dichiarazione di indicatori d'efficacia clinica (pochi, semplici ed evidenti) e dei tempi di rivalutazione di tali indicatori.
- Stabilità degli operatori del team
- Messa a disposizione per il team di locali ad hoc ai fini di poter realizzare l'interdisciplinarietà (stesso luogo , contemporaneamente)
- Registrazione del lavoro terapeutico interdisciplinare in cartelle condivise dal team.

4.1.9 La terapia ambulatoriale e i tempi terapeutici

DIAGNOSI DSM IV	Assessment n°visite/colloqui/sedute			Terapia n° visite/colloqui/sedute		
	Assessment medico- nutrizionale *	Assessment psicoterapico	Assessment psichiatrico/ Neuro- psichiatrico	Intervento medico- nutrizionale **	Psicoterapia #	Intervento psichiatrico/ Neuro psichiatrico#
AN e DANAS assimilabili	3 ore	6 ore		20 ore/anno	40ore/anno	30 ore/anno
	1 ora (tempo riunione interdisciplinare)					
BN e DANAS assimilabili	3 ore	6 ore		25 ore per percorso di 6-10 mesi	25 ore per percorso di 6-10 mesi	20 ore per percorso di 6-10 mesi
	1 ora (tempo riunione interdisciplinare)					

*L'assessment medico nutrizionale viene effettuato dalla figura medico-nutrizionale

** L'intervento medico-nutrizionale comprende la valutazione medica, la riabilitazione psiconutrizionale e nutrizionale, la supervisione ai dietisti da parte del medico nutrizionista e l'intervento dei dietisti

Le ore psichiatriche e psicoterapiche potranno essere anche diversamente distribuite a seconda della competenza clinica delle due figure.

4.2 TERAPIA SEMIRESIDENZIALE

Va considerata la terapia semiresidenziale in strutture specialistiche dedicate ai DCA per pazienti con le seguenti indicazioni (APA):

- Parziale motivazione al ricovero
- Preoccupazioni con pensieri disadattivi ego-sintonici o ego-distonici
- Necessità della struttura per recupero ponderale
- Necessità della struttura per prevenire condotte compulsive
- Presenza di comorbilità psichiatrica che necessita di trattamento intensivo

I programmi semiresidenziale sono programmi interdisciplinari, intensivi e strutturati, con esclusiva valenza clinica (mirano cioè alla cura della patologia attraverso percorsi clinici strutturati), che possono essere forniti successivamente ad un percorso ambulatoriale in pazienti che necessitano di trattamenti più intensivi, o come fase intermedia dopo la dimissione da un trattamento residenziale . In tutti i casi occorre che ogni struttura dichiari il percorso e le tipologie di terapie oltre che i criteri di inclusione e di esclusione dei pazienti.

Gli obiettivi del trattamento in semiresidenza sono gli stessi del trattamento ambulatoriale, aumenta solo l'intensità degli interventi biologici (terapia medica e riabilitazione nutrizionale), psicologici, familiari e socio-culturali.

Vantaggi del trattamento semiresidenziale (APA)

- ❖ Mantenimento del ruolo sociale e lavorativo-scolastico della paziente
- ❖ Incoraggia a mantenere un maggiore indipendenza e autonomia rispetto all'ospedalizzazione
- ❖ Le nuove abilità apprese durante il trattamento possono essere immediatamente attuate nell'ambiente di vita del soggetto
- ❖ La possibilità di interagire continuamente con i fattori (familiari, sociali, ecc) che hanno avuto un ruolo di mantenimento del DCA permette alla paziente di apprendere, sviluppare e attuare immediatamente comportamenti di coping alternativi per contrastarli

Nonostante la diversità tra i diversi paesi le caratteristiche comuni ai trattamenti semiresidenziali sono rappresentati dal fatto che sono sempre interdisciplinari e vi è una intensificazione degli interventi di gruppo; le diversità riguardano i criteri di inclusione e l'intensità della cura.

Durata del trattamento:

Toronto General Hospital : 4 - 5 giorni a settimana per 8 ore al giorno con durata media di 2-4 mesi

Therapy Center for Eating Disorders – Monaco di Baviera : in media 7 giorni a settimana per 4 mesi

Our Lady Of The Eating Disorders – Los Angeles : in media 50 giorni di trattamento

I trattamenti delle strutture citate e selezionate in uno studio di Review sui trattamenti semiresidenziali di Zipfeld et al. 2001 fanno riferimenti a modelli bio-psico-sociali.

Dal momento che le strutture che applicano una terapia intensiva secondo le modalità precedenti possono avere modelli integrati e strutturati diversi e diversa intensità terapeutica il valore economico attribuito potrà essere stabilito a pacchetto e dipendere dall'intensità terapeutica applicata e con una valorizzazione economica legata al progetto terapeutico specifico.

4.3 RICOVERO IN STRUTTURE RESIDENZIALI A CARATTERE RIABILITATIVO

Considerare la necessità di trattamento residenziale per pazienti che presentano le seguenti caratteristiche:

Aspetti medici

- Scarsa motivazione al trattamento
- Scarsa motivazione al recupero ponderale
- Preoccupazione caratterizzata da pensieri disfunzionali sia di tipo ego-sintonico o ego-distonico
- Mancanza di cooperazione al trattamento ambulatoriale o cooperazione solo in setting altamente strutturati.
- Bisogno di supervisione per prevenire condotte di eliminazione
- Vomito incontrollato e gravi sintomi debilitanti di bulimia che non hanno risposto a trattamenti ambulatoriali
- Stabilità medica che però si mantiene solo attraverso terapie particolarmente strutturate
- Un peso minore all'85% del peso ritenuto sano per quel paziente
- Presenza di stressors addizionali che interferiscono con l'abilità del paziente di nutrirsi (gravi stressors di tipo psicosociale o inadeguato supporto sociale)
- Peso che si avvicina ad un peso che in passato è stato associato a instabilità medica

Aspetti psicosociali:

- Scarsa motivazione al trattamento
- DCA con comorbidità psichiatriche che necessitano di un approccio terapeutico intensivo e di una sorveglianza sulla correttezza della somministrazione della terapia farmacologica.
- Presenza di stressors addizionali che interferiscono con l'abilità del paziente di nutrirsi (gravi stressors di tipo psicosociale o inadeguato supporto sociale)
- Preoccupazione caratterizzata da pensieri disfunzionali sia di tipo ego-sintonico o ego-distonico
- Grave limitazione nei ruoli sociale, familiare, lavorativa
- Gravi conflitti familiari, assenza di supporto familiare o supporto sociale o entrambi

Altre condizioni:

Diagnosi e trattamento di Disturbi atipici caratterizzati da perdita di peso o sottopeso o comportamenti binge-purge che afferiscono da altri settori medici o psichiatrici per i quali la diagnosi è incerta, ma che sono caratterizzati da significativa presenza di anomalie del comportamento alimentare o del peso. (Garner D.M. & Garfinkel P.E, 1997)

La terapia residenziale è al gradino più alto in quanto intensità riabilitativa degli interventi biologici (terapia medica e riabilitazione nutrizionale), psicologici, familiari e socio-culturali. L'obiettivo è favorire l'uscita dai sintomi fisici e psichici, dai comportamenti, dai pensieri e atteggiamenti altamente disfunzionali che impediscono un percorso terapeutico ambulatoriale. Alla terapia residenziale fa solitamente seguito un periodo di trattamento semiresidenziale, quale fase intermedia.

Durata

La durata dei ricoveri in unità specializzate per adulti in Gran Bretagna è solitamente di 3-4 mesi, mentre per gli adolescenti sono più lunghi

Il valore economico attribuito potrà essere stabilito a pacchetto e dipendere dall'intensità terapeutica applicata e con una valorizzazione economica legata al progetto terapeutico specifico e personalizzato.

4.4 OSPEDALIZZAZIONE

Si può rendere necessaria per gravi problemi fisici o per comorbidità psichiatrica grave in acuto

Si tratta di trattamenti limitati nel tempo e mirati a creare un compenso e un'uscita dalla specifica condizione di acuzie. Anche nel caso di ricovero in reparto internistico è necessario creare un sostegno psicoterapico e nutrizionale specialistico per DCA oltre che percorsi di rete che permettano la continuazione della terapia in setting di tipo riabilitativo.

Elementi per l'indicazione per l'ospedalizzazione (APA) :

- Alto rischio in atto collegato alla condizione fisica del paziente (in particolare il peso e lo stato cardiaco.
- Stabilità medica che si attua solo attraverso terapie per fleboclisi, alimentazione con sondino gastrico, o la necessità di esami di laboratorio giornalieri
- Presenza di condotte e sintomi gravemente a rischio tanto da essere indicatori per un monitoraggio ospedaliero del paziente prima ancora che diventi altamente instabile da un punto di vista medico.
- Grave disturbo da dipendenza da sostanze in comorbidità.
- Intenzioni suicidarie e piani di suicidio o altri fattori che suggeriscono elevati livelli di rischio suicidario

Adulti- Indicazioni mediche per l'ospedalizzazione

- ❖ Peso minore all'85% del peso ritenuto sano per quel paziente
- ❖ F.c. <40 bpm
- ❖ P.A. < 90/60 mm Hg
- ❖ Glucosio < 60 mg/dl
- ❖ Potassio < 3mEq/L
- ❖ Squilibrio elettrolito
- ❖ Temperatura < 36°C
- ❖ Disidratazione
- ❖ Compromissione epatica, renale e cardiovascolare
- ❖ Diabete non controllato

Bambini ed Adolescenti - Indicazioni mediche per l'ospedalizzazione

- ❖ Un peso minore all'85% del peso ritenuto sano per quel paziente o perdita improvvisa di peso in seguito a rifiuto di cibo
- ❖ F.C. < 40 bmp
- ❖ Ipotensione ortostatica (con un incremento delle pulsazioni di 20 bmp o diminuzione della PA di più di 10-20 mm Hg/ min dalla posizione supina a quella ortostatica
- ❖ P A < 80/50 mm Hg
- ❖ Ipotassemia, ipofosfatemia o ipomagnesiemia

Nei pazienti ricoverati per comorbidità medica il primo obiettivo è la stabilizzazione medico-nutrizionale all'interno del reparto medico ciò permetterà il reinvio al reparto DCA. Il ricovero in ambiente medico-internistico necessita di figure terapeutiche adibite al supporto psicologico del paziente e della sua famiglia.

.I pazienti ricoverati per comorbidità psichiatrica con sintomi psichiatrici stabilizzati verranno inviati o reinviati al reparto DCA.

Il reparto o la struttura DCA valuterà il percorso terapeutico più idoneo (ambulatorio, terapia residenziale o semiresidenziale).

Interviste e questionari

EDE 6.0- Eating Disorder Examination- Intervista semi-strutturata basata sui criteri diagnostici del DSM-IV, indaga sulle abitudini alimentari comprendendo stile alimentare, restrizione alimentare, consapevolezza enterocettiva, abbuffate, preoccupazione rispetto al cibo e alle calorie, social eating e secret eating, condotte di compensazione, controllo del peso e del corpo, insoddisfazione per il corpo.

Lo scoring da origine a due dati, il primo riferito ai comportamenti costitutivi il disturbo alimentare, il secondo si riferisce alla severità della psicopatologia del disturbo alimentare.

Le sottoscale del questionario sono : restrizione, preoccupazioni riguardo al cibo, preoccupazione riguardo il corpo, preoccupazioni riguardo il peso.

Bibliografia (Fairburn,C.G & Cooper Z. (1993). The eating disorder examination (12th ed.) In C.G. Fairburn & T. Wilson (Eds) , Binge eating : Nature , assessment , and treatment (pp.317-360). New York :Guilford Press

SCID- Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I / II Disorders : L'Intervista Clinica SCID è un'intervista semi-strutturata, basata sulla classificazione del DSM-III R, che permette una valutazione sistematica sia dei disturbi dell'Asse I che di quelli dell'Asse II. Tale intervista è divisa in separati moduli diagnostici che permettono al diagnosta con domande aperte di fare uno screening dei disturbi esaminati. I disturbi psichici e i disagi psicologici indagati sono :Sindromi dell'umore, Sintomi psicotici ed associati,Disturbi psicotici, Disturbi dell'umore, Disturbi da uso di sostanze psicoattive, Disturbi d'ansia, Disturbi somatoformi, Disturbi alimentari, Disturbi di adattamento, Disturbi della personalità (asse II) ,Schizofrenia ,Sintomi e disturbi dissociativi ,Disturbi sessuali e dell'identità di genere, Prevalenza, natura e comorbilità dei disturbi psichici in medicina generale vengono inoltre valutati la Cronologia della comorbilità e il trattamento farmacologico.

Bibliografia: (Spitzer RL, Williams JB, Gibbon M, First MB. The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). I: History, rationale, and description. Arch Gen Psychiatry. 1992; 49:624-9).

EDI-2 -Eating Disorder Inventory

Motivazione: è l'unico questionario che indaga, oltre ai sintomi alimentari, anche i costrutti psicologici rilevanti per una diagnosi di DCA (es assenza di consapevolezza enterocettiva, sentimenti di inadeguatezza, perfezionismo, impulsività ecc). Escludo il BED perchè non è ancora dimostrato che queste caratteristiche, comuni a BN e AN, lo siano anche per il BED (sicuramente non ve ne è traccia nei criteri attuali, vedremo nel futuro).

La bibliografia te l'avevo già mandata nella griglia precedente

EAT-26- Eating Attitude Test

Motivazione: i 3 fattori 'stare a dieta', 'bulimia e ossessione per il cibo', e 'controllo orale' esplorano sia la ricerca della magrezza, sia le ideazioni ossessive sul cibo, sia le condotte compensatorie. E' utile il cut-off di 20 per porre sospetto di DCA.

Bibliografia: Garner, Olmsted, Bohr, & Garfinkel, 1982. the Eating Attitude Test: psychometric features and clinical correlates. Psychol Med, 12: 871-878.

BUT- Body Uneasiness Test

Motivazione: indaga da un punto di vista multidimensionale il disturbo dell'immagine corporea, non solo in termini di insoddisfazione per peso e forma corporei ma anche delle attitudini disfunzionali circa il corpo (es sentimenti di estraneità ecc). E' in grado di discriminare tra soggetti normali e soggetti con diagnosi di DCA (cfr la bibliografia che ti ho già mandato nella griglia precedente), e la sua affidabilità è stata testata anche in studi multicentrici su popolazioni obese (se ti servono i riferimenti bibliografici fammelo sapere)

Bibliografia (Cuzzolaro M, Vetrone G, Marano G, Battacchi M, Body Uneasiness Test, BUT, in Conti L., a cura di: Repertorio delle scale di valutazione in psichiatria, vol 3, Firenze, SEE, 2000, pp 1759-1761). □.

BITE- Bulimic Investigation Test Edinburgh

Motivazione: ha una scala dei sintomi con un cut -off di 20 che se superato indica una alta probabilità di diagnosi di DCA di tipo bulimico (>10 prob. bassa; 10-19 media); ha inoltre una scala della gravità (>5 BN clinicamente significativa; >10 molto grave)

Bibliografia: Henderson & Freeman, 1987. A self-rating scale for bulimia: the "BITE". Br J Psychiatry, 150:18-24.

BES- Binge Eating Scale Questa scala è stata proposta da Gormally nel 1982. E' un test finalizzato alla valutazione del comportamento alimentare e, in particolare, della severità del sintomo di "abbuffate compulsive". E' un semplice questionario autosomministrato, composto da 16 items a risposta multipla che assieme alla severità delle abbuffate e ai comportamenti alimentari valuta anche le emozioni e gli aspetti cognitivi associati agli episodi binge. Ogni item del questionario è composto da una serie di affermazioni che riflettono la gravità della condizione esplorata. Il punteggio è ponderato ed è diverso nei vari items. La scala si è dimostrata capace di discriminare tra obesi BED e obesi non-BED moderati o gravi; infatti il questionario è utilizzato prevalentemente per soggetti affetti da BED, o per distinguere i pazienti obesi BED o non-BED. Lo scoring si effettua sommando i punteggi ottenuti ai diversi item: la presenza di sintomi binge eating è improbabile se il punteggio complessivo è ≤ 17 ; la presenza di sintomi binge eating è possibile se il punteggio complessivo è >17 ma ≤ 27 ; un Binge eating disorder è probabile se il punteggio complessivo è ≥ 27 . Bibliografia (Gormally J., Black S., Daston S., Rardin D., 1982)

Three-Factor Eating Questionnaire (TFEQ) Stunkard A.J., Messick S. (1985). The Three-Factor Eating Questionnaire to measure dietary restraint, disinhibition and hunger. *Journal of Psychosomatic Research*, 29, 71-83. Stunkard e Messick (1985), con l'intento di valutare gli aspetti cognitivi del controllo e della mancanza di controllo sull'alimentazione, e la suscettibilità alla fame, hanno messo a punto il Three-Factor Eating Questionnaire, uno strumento di 51 item articolato in tre parti: la prima parte è composta da 36 item dicotomi (vero/falso) che esplorano l'atteggiamento del soggetto verso il controllo o il non controllo dell'ingestione di cibo e verso le sensazioni di fame ed i loro effetti comportamentali; la seconda parte (item 37-49) esplora, su di una scala da 1 a 4, la frequenza con cui il soggetto mette in atto una serie di comportamenti alimentari; gli item 50 e 51 chiedono al soggetto di valutare, su di una scala a 6 e, rispettivamente, a 4 punti, il grado di controllo e di discontrollo sul mangiare. Il fattore che ha mostrato una migliore consistenza interna è quello del Controllo, seguito da quello della Mancanza di controllo e quindi da quello della Fame. Gli Autori non forniscono dei punteggi di cutoff per le tre dimensioni esplorate. Buone si sono dimostrate l'affidabilità e la validità.

SAFA - Scala Autosomministrata per Fanciulli ed Adolescenti La batteria di Scale psichiatriche di autosomministrazione per fanciulli e adolescenti (SAFA) permette al soggetto di rispondere direttamente ad una serie di domande e fare quindi una valutazione del tutto personale dei disturbi sofferti, condizionata solo dalla stessa patologia. Sulla base dei punteggi ottenuti può essere costruito un profilo generale e/o possono essere costruiti profili nell'ambito delle singole scale, sulla base dei gruppi principali di sintomi che vengono esplorati. La batteria è stata organizzata in modo da adattarsi alla modalità di comprensione e di valutazione di ogni fascia di età: ogni scala è infatti composta da una versione per soggetti dagli 8 ai 10 anni (identificata con la lettera "e") e da una versione unica per soggetti dagli 11 ai 18 anni (identificata con le lettere "m-s"); fa eccezione la scala per l'ansia che presenta invece tre distinte versioni: 8-10 anni ("e"), 11-13 anni ("m") e 14-18 anni ("s"). La batteria comprende in totale sei scale, che possono essere utilizzate anche singolarmente. Scala per la valutazione dell'ansia (SAFA-A): rileva l'ansia generalizzata; sociale; da separazione e ansia. Scala per la valutazione della depressione (SAFA-D): misura l'umore depresso; l'anedonia, il disinteresse; l'umore irritabile; il senso di inadeguatezza, la bassa autostima; l'insicurezza; il senso di colpa; la disperazione. Scala per la valutazione dei sintomi ossessivi-compulsivi (SAFA-O): rileva i pensieri ossessivi; le compulsioni/rituali; la rufobia/contaminazione; l'ordine/controllo e il dubbio/indecisione. Scala per i disturbi alimentari psicogeni (SAFA-P): valuta le condotte bulimiche; le condotte anoressiche; l'accettazione/valutazione del proprio corpo; la paura della maturità; il perfezionismo; l'inadeguatezza. Scala per i sintomi somatici e ipocondria (SAFA-S): esplora sintomi relativi all'astenia; all'apparato respiratorio; al sonno; alla capacità di concentrazione/memoria. Scala per le fobie (SAFA-F): rileva e valuta 24 tipi diversi di paura.

Bibliografia :C. Cianchetti e G. Sannio Fancello 2001

Personality Diagnostic Questionnaire 4 – PDQ 4 Hyler S.E. (1994). *Personality Diagnostic Questionnaire-IV*. New York State Psychiatric Institute, New York. Il *Personality Diagnostic Questionnaire - PDQ* (Hyler et al., 1982) è uno strumento di autovalutazione composto da 152 item (raggruppati in 14 scale) a risposta dicotoma (vero/falso). Lo strumento consente di valutare la presenza/assenza dei Disturbi di Personalità così come classificati dal DSM-III, con un'attendibilità buona per i DP Compulsivo, Antisociale,

Borderline, Evitante, Paranoide e Schizotipico (valori di kappa compresi fra .75 e .56), ma non per gli altri e con una marcata tendenza alla sovradiagnosi che ne consiglia l'impiego solo come strumento di screening (Hyer et al., 1988). Gli stessi Autori hanno messo successivamente a punto una versione rivista secondo i criteri del DSM-III-R, il *Personality Diagnostic Questionnaire-Revised - PDQ-R* (Hyer et al., 1990). Il PDQ-R è composto da 163 item a risposta vero/falso che individuano, oltre agli 11 DP descritti dal DSM-III-R, il DP Masochistico e Sadico. Dei 163 item, 151 si riferiscono alle 13 subscale dei DP, le altre si riferiscono ad una scala composita che misura il livello globale della sintomatologia di Asse II, la scala di "compromissione/sofferenza" e due scale di validità (TG = too good ed SQ = suspected questionnaire). La diagnosi di DP viene formulata soltanto quando il soggetto, oltre a soddisfare i criteri diagnostici specifici per il DP, raggiunge un adeguato punteggio nella scala di "compromissione/sofferenza". Il PDQ-R ha dimostrato un'elevata sensibilità ma una modesta specificità, confermandosi molto utile, così come la versione precedente, come strumento di screening (tanto nella popolazione generale che nei pazienti psichiatrici), soprattutto per la valutazione globale del significato clinico di specifici DP, piuttosto che come strumento di valutazione della presenza/assenza dei singoli DP. Con l'adattamento al DSM-IV sono stati introdotti nel PDQ altri cambiamenti: il numero degli item è stato ridotto ad 85, distribuiti nello strumento in maniera casuale e non più organizzati secondo i disturbi di personalità; sono state introdotte due scale di validità per identificare i soggetti che tendono a porsi in buona luce e quelli che mentono ed infine, quando viene identificato un disturbo di personalità, ne viene verificata la significatività clinica mediante la *Clinical Significance Scale*, una breve intervista effettuata dal clinico. Questo strumento è disponibile in due versioni, la PDQ-4, che esplora i 10 DP indicati dal DSM-IV, e la PDQ-4+ che esplora anche il disturbo Passivo-Aggressivo (Negativistico) e il disturbo Depressivo. È disponibile, inoltre, una versione che valuta il cambiamento e che indaga le ultime settimane (o gli ultimi mesi) invece che gli anni precedenti.

Minnesota Multiphasic Personality Inventory – Adolescent (MMPI-A) (14-18aa) J.N. Butcher, C.L. Williams, J.R. Graham, R.P. Archer, A. Tellegen, Y.S. Ben-Porath e B. Kaemmer (2001). Indagini sull'utilizzo dei test psicologici nella popolazione adolescente hanno dimostrato che il MMPI, nonostante sia stato costruito per gli adulti, è lo strumento maggiormente utilizzato per l'assessment in questa classe di età. Per questo motivo si è ritenuto necessario procedere ad una revisione di quello strumento per permettere una valutazione psicologica degli adolescenti più appropriata. Il MMPI-A ha mantenuto le scale cliniche di base del test originale: si tratta di un test ad ampio spettro per valutare le principali caratteristiche strutturali di personalità ed i principali disordini di tipo emotivo. Gli item sono stati riformulati in modo da eliminare ambiguità, e discriminazioni di genere. Il test è composto da un questionario di 567 item a doppia alternativa di risposta ("vero" o "falso"), consta di sei *scale di validità*, dieci *di base*, dodici *supplementari* e quindici *di contenuto*. Le *scale di validità* servono ad accertare con quale accuratezza e sincerità il soggetto ha compilato il questionario. La scala L misura la tendenza a fornire un'immagine di sé socialmente accettabile; la F è un indice della validità del test; la K evidenzia l'atteggiamento difensivo verso le indagini psicologiche. Le dieci *scale di base* vanno a sondare le dimensioni più significative della personalità. La scala Hs (*Ipocondria*) riguarda problemi fisici caratteristici dei nevrotici ipocondriaci; la D (*Depressione*) varie forme sintomatiche di depressione; la Hy (*Isteria*) problemi somatici e paure, tipici di soggetti affetti da isteria di conversione; la Pd (*Deviazioni psicopatiche*) riguarda personalità psicopatiche, sociopatiche, caratterizzate da carenza di controllo sulle risposte emotive; la Mf (*Mascolinità-femminilità*) l'insieme degli interessi maschilini o femminili; la Pa (*Paranoide*) i sintomi paranoidi (ideazioni deliranti, fragilità psicologica e manie di grandezza); la Pt (*Psicoastenìa*) le fobie e i comportamenti ossessivo-compulsivi; la Sc (*Schizofrenia*) le esperienze insolite e le sensibilità particolari tipiche degli schizofrenici; la Ma (*Mania*) gli stati maniacali di moderata entità (idee di grandezza, alto livello di attività); la Si (*Introversione sociale*) le difficoltà sperimentate in situazioni sociali. Le *scale supplementari* approfondiscono la trattazione dei problemi clinici e dei vari disturbi. Le *scale di contenuto* permettono di descrivere diverse variabili di personalità.

GRADI DEI LIVELLI D'EVIDENZA

LIVELLO	TIPO DI EVIDENZA	GRADO	EVIDENZA
I	Evidenza ottenuta da un singolo trial controllato randomizzato o da una meta-analisi di più trials randomizzati controllati	A	Almeno un trial controllato randomizzato che si inserisce in corpo di studi di buona qualità e consistenza secondo specifica indicazione (evidenza di livello I)
IIa	Evidenza ottenuta da almeno uno studio controllato non randomizzato con un buon disegno di ricerca	B	Studi clinici ben condotti, ma non trial clinici randomizzati, come da indicazione (evidenza di livello II o III); oppure ricavati dal livello I di evidenza
IIb	Evidenza ottenuta da almeno un altro studio quasi-sperimentale con un buon disegno di ricerca		
III	Evidenza ottenuta da uno studio non sperimentale descrittivo, con un buon disegno di ricerca (studi comparativi, studi correlazionali, studi caso-controllo)		
IV	Evidenze ottenute dai report delle commissioni di esperti o opinioni e/o esperienze cliniche di professionisti riconosciuti	C	Report delle commissioni di esperti o opinioni e/o esperienze cliniche di professionisti riconosciuti (evidenza di livello IV) o derivanti da evidenze di livello I o II. Questa classificazione indica che studi clinici direttamente applicabili di buona qualità sono assenti o non prontamente disponibili
Adattato da: Eccles M. & Mason J. (2001). How to develop cost-conscious guidelines. <i>Health Technology Assessment</i> , 5:16. NHS Executive (1996). <i>Clinical Guidelines: using clinical guidelines to improve patients care within the NHS</i> . DH, London.			
I II III	Con elevata "clinical confidence" Con moderata "clinical confidence" In base alle singole circostanze "		
Da: APA (2006). <i>Practice Guideline for the Treatment of Patients with Eating Disorders</i>			

Elenco di possibili indicatori di (auto-)valutazione dei progetti aziendali DCA

Indicatori di processo:

- Adesione dichiarata dell'Azienda a tale linea guida;
- Adesione dichiarata dei servizi e dipartimenti a tale linea guida;
- Inserimento formale nei piani di attività dei Dipartimenti;
- Numero di pazienti con DCA trattati in maniera integrata/numero pazienti con DCA totali
- Criteri appropriati per il ricovero "in acuto" (vedi procedure urgenza) ;
- Aumento del numero dei casi riferiti alle strutture specialistiche dei MMG e dei PLS per il sospetto di DCA

Indicatori di esito:

- Riduzione dei casi persi al follow-up;
- Contenimento dei casi di drop-out entro i livelli indicati in letteratura per quella specifica patologia
- % dei casi in remissione alla conclusione del percorso terapeutico in linea con i dati della letteratura internazionale o raggiungimento a fine terapia degli obiettivi definiti dopo la fase di assessment
- Riduzione dei casi di decesso per complicanze dell'AN e BN;
- Riduzione numero di ricoveri in reparti di emergenza/rianimazione;
- Contenimento numero di ricoveri sia in regime ordinario, che in strutture riabilitative convenzionate;
- Aumento numero pazienti con prima diagnosi di AN in cui è ripreso il ciclo mestruale/numero totale pazienti con prima diagnosi di DCA/anno;
- Pazienti attualmente in carico (aggiornamento dell'elenco nominativo)
- Ore complessive riunioni di rete (per singoli operatori)
- Ricoveri in ambiente psichiatrico/medico
- Aumento del numero di pazienti con AN che raggiungono un BMI ≥ 18.5 /numero di pazienti totali con AN;
- Aumento numero pazienti con BN che risolvono meccanismi di compenso/pz con BN totali;