



Banca Dati Sanitaria Farmaceutica

Ministero della Sanita'

Disturbi del Comportamento

Alimentare

	DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE
	SINTESI DEL PROGETTO OBIETTIVO
	LINEE DI INDIRIZZO



Tutti i Diritti Riservati



Banca Dati Sanitaria Farmaceutica

DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

Roma, 16 maggio 2001

COMUNICATO STAMPA

La Commissione Ministeriale su Anoressia e Bulimia Nervosa, ha elaborato le linee guida per fornire alle Regioni gli standard per l'organizzazione di strutture pubbliche per i trattamenti ambulatoriali, day-hospital e in regime di ricovero a beneficio di queste gravi patologie.

Infatti si calcola che i casi che necessitano di cure integrate e intensive sono piu' di 65.000 e che ogni anno i nuovi casi sono circa 8.500.

A fronte di cio', in Italia le strutture a disposizione riconosciute e accreditate dalle Regioni rappresentano l'eccezione.

Per questo la Commissione Ministeriale ha preparato uno studio che suggerisce l'istituzione di:

- 75 unita' ambulatoriali che possono farsi carico di 30.000 valutazioni diagnostiche e di 375.000 interventi terapeutici l'anno;
- 50 Centri Diurni/Day-hospital per 4.400 posti di degenza l'anno (con 2 mesi di durata media di ricovero);
- 39 servizi di degenza riabilitativi residenziali per 120 posti di degenza l'anno (con 3 mesi di durata media di degenza).

Questa organizzazione e' necessaria per affrontare la cronicita' di queste patologie. Attualmente, infatti per l'anoressia il rischio e' ancora molto elevato e anche per la bulimia il rischio di recidive si colloca tra il 30 e il 40 per cento.

L'esperienza dei Centri dedicati esclusivamente alla cura dei disturbi alimentari (uno pubblico e quattro privati/accreditati) dimostra infatti che i trattamenti intensivi e integrati psicologico/nutrizionali danno risultati molto favorevoli a un anno dal trattamento nel 60-65 per cento dei casi, limitano il rischio di ricadute e la mortalita' che dall'8-10 per cento segnalata in letteratura dieci anni fa, si e' ridotta a una

percentuale attorno all'1-2 per cento.

Le linee guida del Ministero della Sanita' serviranno a rendere organiche e razionali tutte le esperienze fin qui fatte, il piu' delle volte spontaneisticamente e senza supporti istituzionali, ma che da sole, tuttavia, hanno gia' prodotto buoni risultati.

Porre un limite alle iniziative speculative fiorite in questi ultimi anni, in mancanza di quelli che sono a carico delle Regioni. Troppo spesso questa insufficiente assistenza ha aumentato le sofferenze dei pazienti e fiaccato le speranze delle loro famiglie, oltre ad aver creato loro un pesante carico economico.

Va segnalata anche l'esigenza di un lavoro di prevenzione verso le adolescenti al quale partecipino gli OPINION MAKERS della "cultura della taglia" (nei negozi di abbigliamento per giovani, ad esempio, non e' possibile trovare un indumento di taglia superiore al 44), del corpo magro e longilineo.

ASSISTENZA SUL TERRITORIO NAZIONALE AI PAZIENTI AFFETTI DA DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE (DCA).

In Italia circa 65.400 DONNE, CORRISPONDENTI ALL'1,5 DELLE GIOVANI COMPRESE TRA I 15 E I 24 ANNI, soffrono di anoressia e bulimia, CON 8.500 NUOVI CASI ALL'ANNO. Gli ultimi dati confermano la tendenza per la quale anche il sesso maschile e' colpito da detti disturbi, e comunque il RAPPORTO TRA SESSO MASCHILE E FEMMINILE PER DCA E' RISPETTIVAMENTE DA 1 A 10.

Nell'indagine sul territorio nazionale sullo stato di assistenza di questi pazienti, effettuata dalla Commissione appositamente istituita presso il Ministero della sanita', si rileva che i centri ambulatoriali o di ricovero specializzati per i DCA sono troppo pochi in Italia e mal distribuiti, offrendo un'assistenza nel nostro Paese del tutto carente.

L'indagine, che si compone di due questionari, sia per raccogliere informazioni dalle Regioni sia dalle diverse strutture di assistenza di ogni singola regione, ha rilevato che molte regioni italiane presentano, anche se in modo diverso, una discreta sensibilita' al problema inerente l'assistenza ai pazienti affetti da DCA.

IN LOMBARDIA, PIEMONTE, VALLE D'AOSTA, VENETO, EMILIA ROMAGNA E

PROVINCE AUTONOME DI BOLZANO E TRENTO LO STATO DEI SERVIZI D'ASSISTENZA HA RAGGIUNTO UN BUON LIVELLO. In tutte queste regioni esistono centri specializzati per i DCA, tranne che in Val d'Aosta e nelle Province Autonome, dove pero' i servizi pubblici esistenti si presentano organizzati ed in stretta collaborazione tra loro. Infatti in Piemonte, Lombardia ed Emilia Romagna esistono 4 CENTRI DEDICATI AI DCA, integrati con altre strutture di assistenza locali, che presentano caratteristiche organizzative adeguate (approccio multidisciplinare, intervento riabilitativo nutrizionale, possibilita' di ricovero ospedaliero o diurno, personale specializzato).

Nelle regioni TOSCANA, UMBRIA, MARCHE, LAZIO, ABRUZZO, MOLISE, SICILIA E PUGLIA, SI RILEVA LA SENSIBILIZZAZIONE AL PROBLEMA E LA PROGETTAZIONE DI INTERVENTI. La Basilicata riferisce una bassa diffusione dei DCA sul territorio, che giustifica in parte la scarsa sensibilizzazione. PER LE REGIONI LIGURIA, CAMPANIA E CALABRIA NON SI HANNO DATI PERCHE' NON SONO STATI FORNITI.

Sembra che da tutta l'area sud-insulare, i pazienti con DCA ricorrano frequentemente a servizi di altre regioni (centro-nord). Alcuni centri del nord, specializzati per DCA, confermano che NON MENO DEL 30 PER CENTO DEI PAZIENTI RICOVERATI, PROVENGONO DAL SUD E DALLE ISOLE. Questo dato mette in rilievo che afferire a centri di cura distanti dai luoghi di residenza, proprio per le caratteristiche dei DCA, pone gravi problemi di continuita' del trattamento, che potrebbero rendere parziali o infruttuosi i risultati raggiunti.

L'esperienza media di tutte le strutture e i servizi e' di 9.5 anni, fanno eccezione i servizi di dietetica (ambulatoriali, ospedalieri o universitari) la cui media e' di 15 anni. I dati suggeriscono la mancanza di centri di riferimento specialistico e la conseguente polverizzazione dei pazienti accolti nelle piu' diverse strutture.

DATI EPIDEMIOLOGICI 2000

LA PERCENTUALE DI SOGGETTI CON DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE DA LIEVI A MOLTO GRAVI SI COLLOCA ATTORNO ALLE 485.000 PERSONE CIRCA. QUI SOTTO I DATI RIFERITI ALLA SOLA BULIMIA E ANORESSIA.

ANORESSIA NERVOSA

DONNE ETA' 12-25 ANNI	DONNE ANORESSICHE	UOMINI ETA' 12-25 ANNI	UOMINI ANORESSICI
4.600.000	DA 14.000 A 60.000	4.800.000	3.250

BULIMIA NERVOSA

DONNE ETA' 16-25 ANNI	DONNE BULIMICHE	UOMINI ETA' 16-25 ANNI	UOMINI BULIMICI
3.478.000	DA 35.000 A 140.000	3.622.000	DA 3.200 A 6.500

OBESITA' E DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

L'obesita' e il suo trattamento possono intrecciarsi in varia misura con processi psicologici o psicopatologici. La conoscenza di tali linee di intersezione e' indispensabile per valutazioni diagnostiche accurate e interventi terapeutici corretti. La cura dell'obesita', infatti, richiede sempre cambiamenti profondi di comportamento, stile di vita, atteggiamenti, criteri di giudizio e di scelta: cambiamenti psicologici, quindi.

ALIMENTAZIONE INCONTROLLATA. Negli ultimi anni il disturbo del COMPORTAMENTO ALIMENTARE NOMINATO "BINGE EATING DISORDER" (BED - disturbo da alimentazione incontrollata) ha suscitato un interesse crescente per i suoi legami con l'obesita'.

Il termine anglosassone "binge eating" non e' efficacemtn e traducibile in lingua italiana. Esso vuole significare una modalita' di alimentazione contemporaneamente eccessiva e priva di ogni controllo, anche dal punto di vista qualitativo, ed e' stato tradotto con l'espressione "ALIMENTAZIONE INCONTROLLATA".

OBESITA'. L'espressione binge eating e' oggi usata in medicina e in psichiatria sia per definire un sintomo che attraversa trasversalmente l'intera area dei disturbi del comportamento alimentare, sia per comporre il nome di una sindrome: disturbo da alimentazione incontrollata o disturbo da abbuffate compulsive. La prevalenza del BED in soggetti obesi varia dal 20 per cento fin quasi alla meta' dei casi, con una media vicina al 30 per cento.

Molte linee di ricerca che hanno adoperato le piu' varie metodologie e definizioni del BED hanno osservato che, grossolanamente, il 30 per cento (con un range che va dal 23 al 46 per cento) dei pazienti obesi che sottopongono a programmi per il controllo del peso corporeo di tipo clinico o comportamentale soffrono di importanti problemi di "binge eating".

PIU' DONNE. Nella distribuzione tra i sessi il BED e' piu' frequente fra le donne. I pazienti risultano avere un'eta' media minore rispetto agli obesi non-BED, e piu' elevata rispetto alle bulimiche purging (che attivano meccanismi di compenso, quali vomito, lassativi e diuretici) normo-peso.

Gli obesi-BED vanno incontro a maggiori fluttuazioni del peso. Il controllo orale (cioe' la limitazione di quantita' di cibo) e' vissuto in modo piu' conflittuale dagli obesi-BED che hanno piu' paura di ingrassare rispetto agli obesi non-BED.

CAUSE. Resta aperta la questione se l'obesita' sia causa del BED o se questo la preceda. Si e' osservato che nei due terzi di un campione di obesi gli episodi di BINGE EATING precedevano l'aumento di peso.

DEPRESSIONE. Sul piano psicopatologico, gli obesi-BED mostrano una prevalenza (life-time) piu' alta di episodi depressivi maggiori, attacchi di panico, disturbi dissociativi (isterici) e disturbi della personalita' (in particolare, di disturbo BORDELIN di personalita' e disturbo della personalita' evitante).

SINTOMATOLOGIA DEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

SEGNI PRECOCI DELL'ANORESSIA NERVOSA

- Rapida e costante perdita di peso ottenuta con restrizione alimentare
- Ossessione per la dieta
- Eccessiva preoccupazione per peso e forme corporee
- Paura intensa di diventare grassi
- Depressione, irritabilita', isolamento sociale, preoccupazione per il cibo, comportamenti ossessivi (rituali), riduzione della capacita' di concentrazione
- Perdita di interessi
- Eccessiva attivita' fisica

- Assenza di mestruazioni (amenorrea)
- Comportamento alimentare anomalo: alimentazione vicaria

SEGNI PRECOCI DELLA BULIMIA NERVOSA

- Assunzione di grandi quantita' di cibo non associata ad aumento di peso
- Acquisto di grandi quantita' di cibo o scorte alimentari nascoste
- Bere molti liquidi soprattutto durante i pasti
- Alzarsi durante il pasto o subito dopo aver mangiato per recarsi in bagno
- Disordine in bagno o odore di vomito
- Frequenti mal di denti e problemi dentari
- Rigonfiamento delle ghiandole salivari
- Abuso di lassativi
- Crampi muscolari o parestesie frequenti ed inspiegabili

L'INDICE DI MASSA CORPOREA

BMI NORMALE: da 18,5 a 24,9

BMI A RISCHIO: da 17,5 a 18,5 (sottopeso) e da 25 a 29 (sovrappeso)

BMI PATOLOGICO: inferiore a 17,5 (verso l'anoressia) superiore a 29 (verso l'obesita').

COME CALCOLARLO

IL BMI (BODY MASS INDEX O INDICE DI MASSA CORPOREA): SI CALCOLA DIVIDENDO IL PESO CORPOREO (IN KG) PER L'ALTEZZA IN METRI AL QUADRATO.

ESEMPIO:

Se sei alto 170 cm e il tuo peso e' di 55 kg:
elevi al quadrato la tua altezza in metri : $1,70 \times 1,70 = 2,89$
dividi il peso per l'altezza in metri al quadrato: $55 / 2,89 = 18,9$

La tua MASSA CORPOREA e' uguale a 18,9 ed e' pertanto NORMALE

TEST DEL RISCHIO

SEI A RISCHIO DI UN DISTURBO DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE?
RISPONDI "SI" O "NO" A CIASCUNA DELLE SEGUENTI DOMANDE.

- 1) Hai un BMI inferiore a 18,5?
- 2) Se si, hai una intensa paura di ingrassare?
- 3) Ti pesi piu' di due volte la settimana?
- 4) Quando mangi, ti capita di pensare al contenuto calorico degli alimenti?
- 5) Ti senti in colpa dopo aver mangiato?
- 6) Se ti guardi allo specchio polarizzi criticamente la tua attenzione su pancia e cosce?
- 7) Il tuo peso influenza il tuo umore?
- 8) Il tuo peso influenza la tua disponibilita' a frequentare i tuoi coetanei?
- 9) Il tuo ciclo mestruale e' irregolare o assente da quando hai perso peso?
- 10) Ti capita di mangiare grandi quantita' di cibo con la sensazione di perdere il controllo, indipendentemente dal senso di fame?
- 11) Ti capita di provocarti il vomito o di desiderarlo dopo aver mangiato?
- 12) Se mangi piu' di quello che ritieni necessario per te, cerchi di ridurre l'apporto di cibo nei pasti successivi?
- 13) Fai uso di lassativi e/o diuretici o di farmaci per dimagrire?
- 14) Fai attivita' fisica (palestra, jogging, bicicletta, lunghe camminate) per bruciare calorie o con la sensazione di non poterne fare a meno)?
- 15) Dedichi al cibo troppo tempo e troppi pensieri?
- 16) Non riesci a parlare con nessuno dei tuoi problemi?

SE HAI RISPOSTO "SI" AD ALMENO 6 DOMANDE, POTREBBE ESSERE UTILE PARLARE AD UN ESPERTO DEL TUO RAPPORTO CON IL CIBO E CON IL CORPO.

CONSIGLI PER LA FAMIGLIA

- 1) Migliorare la comunicazione
- 2) Uscire da quella logica di comportamento che ha innescato nella figlia la "sindrome della brava ragazza"
- 3) Entrare nell'ordine di idee che l'autocolpevolizzazione non porta a nulla.
- 4) E' molto meglio valutare come sia possibile diventare una risorsa per contribuire alla cura del figlio
- 5) Ricordarsi sempre che il problema non si esaurisce nel Disturbo del Comportamento Alimentare (DCA), ma esprime problematiche psicologiche e sofferenza.
- 6) Non litigate a tavola e non insistete
- 7) Non cercate di convincere vostro figlio/a mangiare o a smettere di abbuffarsi per farvi felice

- 8) Non chiedete un resoconto giornaliero su quello che ha mangiato
- 9) Lasciate che sia lui/lei a scegliere che cosa mangiare
- 10) Non assumetevi la responsabilita' del controllo del suo peso
- 11) Cercate di non fare la spesa pensando al problema alimentare
- 12) Evitate commenti, consigli, offerte o richieste di rinuncia verso il cibo
- 13) Se siete abituati a mangiare stando tutti insieme a tavola, invitatela/o a stare a tavola con voi. Se non lo fa, non rinunciate a riprovarci nei pasti successivi
- 14) Se mangia con voi, ditele che cosa avete intenzione di cucinare. Potrebbe desiderare qualcosa di diverso e dovrebbe avere la possibilita' di averlo. Non deve essere comunque chi soffre di DCA a imporre il menu a tutta la famiglia.
- 15) Evitate espressioni colpevolizzanti del tipo "mi farai morire", o svalutanti come "non sei in grado di affrontare il problema"
- 16) Non polarizzate tutta l'attenzione sul figlio/a con DCA, soprattutto se ne avete altri. Non rinunciate a tutto (hobby, amici, ecc) perche' qualcuno in famiglia ha questo problema. Date loro, pero', la certezza che siete sempre a disposizione, quando occorre.

CONSIGLI PER INSEGNATI E COMPAGNI

CHE COSA FARE PER AIUTARE UNA PERSONA CON DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

- Parlarle in privato dandole la possibilita' di replicare
- Comunicarle che si e' molto preoccupati per lei
- Esporre le specifiche osservazioni che hanno destato preoccupazione
- Darle il tempo di rispondere e ascoltarla con attenzione e in modo non giudicante
- Focalizzare l'attenzione sui problemi (es. isolamento sociale)
- Se sospettano un DCA comunichiamo alla persona:
 - a) il nostro sospetto
 - b) la nostra preoccupazione per la sua salute, benessere e serenita'
 - c) l'invito a recarsi da un esperto in DCA per una valutazione
- Informarsi sui possibili specialisti
- Consigliare a quei specialisti si possa rivolgere.

CHE COSA NON FARE PER AIUTARE UNA PERSONA CHE SI SOSPETTA SOFFRA DI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

- Non parlare a un adulto prima di aver parlato con la persona che si sospetta avere un DCA
- Non mettere la persona nella situazione di doversi scontrare con un gruppo di persone che gli lanciano accuse e critiche
- Non minacciarla o sfidarla
- Non essere giudicanti
- Non dare consigli circa il peso, l'esercizio fisico o l'aspetto fisico non diagnosticare.
- Non ingaggiare discussioni, ma ribadire con calma le vostre preoccupazioni e la convinzione che il problema debba essere valutato. Se la conservazione non porta a nulla, porvi fine.
- Non promettere di mantenere il segreto cio' che si e' osservato, ma garantire riservatezza.
- Non controllare cio' che la persona mangia forzarla a mangiare o, nel caso vomiti, a non mangiare molto.
- Non permettere alla persona con DCA di monopolizzare il vostro tempo e le vostre energie.



Tutti i Diritti Riservati

**Banca Dati Sanitaria Farmaceutica****MINISTERO DELLA SANITA'****SINTESI DEL PROGETTO OBIETTIVO
PER L'ALIMENTAZIONE E LA NUTRIZIONE**

Com'e' noto, il regime alimentare influisce, talvolta in modo sensibile, sulla salute degli individui e delle comunita'. Esso puo' comportare:

1. carenza acuta o cronica di nutrienti essenziali;
2. eccessi e squilibri nutrizionali quali fattori di rischio per l'insorgenza di "malattie metaboliche e degenerative";
3. ingestione di elementi nocivi naturali e non (microrganismi, contaminati ambientali, da trattamento, da processo ecc.).

La corretta alimentazione e' di rilevante importanza per il benessere sia dei cittadini sani che di quelli malati.

Per poter proporre azioni programmate per la nutrizione e l'alimentazione e' ovviamente necessario disporre di un quadro approfondito della problematica a livello nazionale.

Lo scopo della prima parte di questo Progetto e' di fornire, in modo sintetico, un tale quadro. L'impatto dell'alimentazione in termini di rischio di malattie croniche puo' essere in qualche modo quantificato.

Le patologie con maggiore impatto e che lasciano maggior spazio alla prevenzione sono in Italia, come nella maggior parte dei Paesi industrializzati, l'obesita', i disturbi del comportamento alimentare, alcune malattie del sistema cardiocircolatorio, alcuni tumori, il diabete non insulino dipendente, l'osteoporosi, i disordini causati da carenza di iodio, le anemie nutrizionali e, in particolare, quella da carenza di ferro, la carie dentaria, la cirrosi epatica, e infine le allergie e le intolleranze alimentari.

E' importante fare una stima dei costi sociali diretti e indiretti di queste malattie ed analizzarne gli andamenti spazio-temporali per poter stabilire delle priorita' per la salute pubblica. Quest'analisi va fatta parallelamente all'analisi della composizione della dieta italiana derivata dai dati di consumi alimentari.

Dal dopoguerra ai nostri giorni, l'alimentazione si e' andata via via arricchendo sul piano nutrizionale, ma anche modificando

sostanzialmente su quello strutturale. E cio' in seguito alle variazioni nel consumo di singoli alimenti o gruppi di alimenti, variazioni di direzione ed intensita' differenziate, nei decenni che si sono susseguiti.

Negli ultimi anni, la situazione e' positivamente cambiata nel confronto tra consumi e raccomandazioni per quanto concerne gli apporti di zuccheri semplici, di grassi totali e di grassi saturi (per questi ultimi permane un leggero eccesso), mentre risulta peggiorata per quanto attiene all'apporto di carboidrati complessi e di proteine.

Fra le varie determinanti dei piu' recenti comportamenti di consumo degli italiani, sembrano essere maggiormente influenti quelle ispirate da un corretto rapporto alimentazione-salute. D'altro canto, le tendenze di consumo osservate nelle varie zone del Paese, connotate in passato da tradizioni alimentari fortemente diverse, portano ad omologare in misura sempre maggiore i modelli alimentari territoriali, con ovvie ricadute sullo stato nutrizionale della popolazione (per esempio abbandono del modello alimentare mediterraneo).

Oltre al quadro nutrizionale, viene presentato un quadro dei problemi di salute legati all'igiene degli alimenti e cioe' alla loro sicurezza. La tipologia degli alimenti oggi presenti nel nostro Paese e' estremamente ricca e articolata. Le problematiche legate al loro consumo sono varie, includendo i contaminanti biologici, le tecnologie di irraggiamento, i contaminanti chimici (residui di fitofarmaci, residui di farmaci veterinari, metalli...), gli additivi alimentari, gli organismi geneticamente modificati.

I contaminanti biologici presenti negli alimenti possono essere sia causa di intossicazioni provocate dall'ingestione di tossine preformate (tossine di *S. aureus* di *C. botulinum*, di *B. cereus*, biotossine algali, micotossine), che di infezioni provocate dallo sviluppo di microrganismi nel tratto intestinale e talvolta in altri organi (*Salmonella*, *C. perfringens*, *Y. enterocolitica*, *Campylobacter*, Norwalk virus, ecc.). Le tossinfezioni alimentari rappresentano un serio problema di sanita' pubblica per l'elevata morbidita', per l'alto numero di soggetti che possono essere coinvolti in un breve lasso di tempo e per la gravita' che possono assumere nei bambini, negli anziani e particolarmente nei soggetti immunocompromessi.

La seconda parte del Progetto propone degli obiettivi per il miglioramento dello stato di nutrizione della popolazione e dell'igiene degli alimenti. Tali obiettivi vanno usati come base per predisporre interventi nella popolazione e anche per valutarne successivamente l'impatto.

Nella terza parte, si propongono azioni programmate per i Servizi di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione atte al raggiungimento degli obiettivi citati.

Nell'ambito dei Servizi Igiene degli Alimenti e della Nutrizione, si distinguono le due aree funzionali Igiene degli Alimenti e delle Bevande e Igiene della Nutrizione, di cui al D.M. 16 ottobre 1998 Approvazione delle linee guida concernenti l'organizzazione del Servizio di igiene degli alimenti e della nutrizione (S.I.A.N.) nell'ambito del Dipartimento di prevenzione delle aziende sanitarie locali.

Alcuni compiti dell'area funzionale Igiene degli Alimenti e delle Bevande relativi alla sicurezza alimentare e al controllo della salubrità (dalla produzione al consumo), nonché alla prevenzione delle tossinfezioni alimentari sono già oggetto di una serie di norme a livello nazionale e regionale, atte a regolare le funzioni e le attività delle Aziende sanitarie locali in questo campo.

Nell'ambito dell'area funzionale Igiene della Nutrizione, il citato D.M. 16 ottobre 1998 ha individuato tra le possibili articolazioni funzionali due nuovi compiti molto importanti dei SIAN; l'educazione alimentare e la sorveglianza nutrizionale.

Negli ultimi anni numerose attività di educazione alimentare sono state realizzate a vari livelli, alcune delle quali in maniera spontanea e non coordinata. È necessario, quindi un coordinamento di queste attività. La sorveglianza nutrizionale a livello locale è invece un'attività nuova per le ASL per la quale occorre prevedere la formazione del personale. Detta sorveglianza va integrata su tutto il territorio nazionale. È opportuno un coordinamento delle iniziative mirate allo sviluppo di sistemi di sorveglianza a livello locale e/o regionale. I dati da raccogliere sono relativi ai fattori determinanti della dieta, ai consumi alimentari, agli stati preclinici e alla morbosità e mortalità per malattie a componente nutrizionale. Molti di questi dati dovranno essere "dati secondari" ovvero già raccolti per altri scopi. È allo studio la costituzione di una struttura nazionale: Sistema Informativo Nutrizionale (SIN), per la quale sono stati già approntati i presupposti tecnico-scientifici in uno studio affidato dal Ministero della Sanità all'Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione.



Tutti i Diritti Riservati



Banca Dati Sanitaria Farmaceutica

MINISTERO DELLA SANITA'

LINEE DI INDIRIZZO PER LA PREVENZIONE, LA CURA E LA RIABILITAZIONE NEL CAMPO DEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE (Elaborato dalla Commissione Ministeriale costituita con D.M. del 21 marzo 1997)

PREMESSA

L'Anoressia Nervosa, la Bulimia Nervosa, il Disturbo da Alimentazione Incontrollata e i Disturbi del Comportamento Alimentare non Altrimenti Specificati, sono spesso malattie gravi, a elevata mortalita' e difficili da curare. I disturbi del comportamento alimentare (Anoressia Nervosa, Bulimia Nervosa, Disturbo da Alimentazione Incontrollata e Disturbi del Comportamento Alimentare non Altrimenti Specificati) presentano una incidenza e una prevalenza in aumento a partire dagli anni '70.

I valori attuali di prevalenza in Italia, nella fascia di popolazione a maggior rischio, donne di eta' compresa tra i 12 e i 25 anni, sono i seguenti: Anoressia Nervosa 0,3-0,5 per cento; Bulimia Nervosa 1-3 per cento, Disturbi del Comportamento Alimentare non Altrimenti Specificati 6 per cento.

Il Disturbo da Alimentazione Incontrollata interessa una parte consistente della popolazione obesa, anche adulta, in misura variabile in funzione del grado di obesita' e di altri fattori (10-30 per cento). I casi maschili sono circa un decimo di quelli femminili. La diffusione e' indipendente dalla classe sociale di appartenenza. Sono in aumento i casi precoci (prepuberali, premenarcali) e fenomeni di cronicizzazione che riguardano l'eta' avanzata.

Per quanto riguarda l'Anoressia, la mortalita' per suicidio o complicanze somatiche e' del 10 per cento a 10 anni dall'esordio e del 20 per cento a 20 anni.

Il riconoscimento e la gestione di queste condizioni e' affidato ad una serie molteplice di strutture e di servizi (Dipartimenti Materno-Infantili, Consultori Adolescenziali e Familiari, Servizi per la Salute Mentale in Eta' evolutiva, Dipartimenti di Salute Mentale, Dipartimenti di Igiene e Prevenzione, Servizi di

Riabilitazione, Servizi per le tossicodipendenze, Servizi ambulatoriali e ospedalieri di Medicina Generale o Specialistica, oltre ai Servizi Sociali Comunali e al settore privato sociale) che operano spesso senza una precisa definizione dei limiti rispettivi di competenza, quindi con vuoti e sovrapposizioni e, soprattutto, senza canali precostituiti e fluidi per lo scambio di informazioni, la collaborazione e l'invio.

Il costo sociale e sanitario di queste patologie e' elevato anche per l'attuale frammentazione e casualita' delle cure, dovute alla insufficienza di centri specializzati e di formazione adeguata degli operatori. La situazione, come risulta da una indagine fatta dalla Commissione, e' particolarmente grave nelle Regioni dell'Italia Centrale e Meridionale.

OBIETTIVI

Gli obiettivi principali che devono essere perseguiti consistono nell'armonizzazione, nel coordinamento e nella razionalizzazione degli interventi sia preventivi che curativi e riabilitativi.

Per tale scopo e' necessaria la costruzione di una rete di assistenza territoriale specializzata al fine di incrementare l'efficacia e la precocita' delle cure, contrastare la tendenza alla cronicita' e alle recidive di queste patologie e migliorare il rapporto costi-benefici degli interventi.

STRATEGIE DI INTERVENTO

PREVENZIONE

Per quanto riguarda la prevenzione primaria non esistono ancora interventi, dei quali sia provata e documentata l'efficacia; Devono essere incoraggiate e finanziate iniziative di ricerca con un solido razionale di base attraverso l'esperienza di centri pilota.

In questa incertezza ci sembra utile richiamare l'attenzione su tre aspetti:

- * l'informazione isolata non sembra sortire effetti utili per la prevenzione; di particolare significato sono forse le tematiche sulla percezione del mondo puberale e adolescenziale sulla morte, sul futuro, sul se' e quindi sulle relazioni familiari.

- * In particolare dovrebbero risultare importanti le ricerche nell'ambito della famiglia sulla trasmissione dei processi d'immaturita' tra una generazione e la successiva e di differenziazione dei ruoli familiari.

- * Gli ambiti operativi per realizzare gli obiettivi della prevenzione sono la scuola, il gruppo dei coetanei, quello degli operatori sociosanitari.

La prevenzione secondaria merita particolare attenzione in quanto garantisce la possibilita' di un precoce riconoscimento dei casi e di conseguenza un intervento clinico piu' efficace.

A tal fine si propone:

- * un programma di formazione-informazione da attuarsi nei confronti dei medici di base e diretti agli operatori coinvolti nel settore;

- * inserimento nei programmi dei corsi di laurea e di specializzazione di specifiche conoscenze nel campo dei disturbi del comportamento alimentare;

- * istituzione di corsi di perfezionamento post-laurea indirizzati ai medici psichiatri, psicologi clinici, internisti, endocrinologi, nutrizionisti, ostetricoginecologi.

Si sottolinea la necessita' di sostenere la prevenzione secondaria attraverso studi e ricerche mirati alla valutazione dell'efficacia degli interventi attuati e attuabili. La ricerca dovra' essere sviluppata attraverso la convergenza delle Facolta' Universitarie, delle organizzazioni territoriali di assistenza primaria, altri enti di ricerca, e della Societa' Italiana per lo studio dei Disturbi del Comportamento Alimentare.

Un altro studio deve essere incoraggiato e finanziato per valutare l'efficacia delle tecniche di valutazione ed attuazione della prevenzione terziaria, mirata al contenimento delle conseguenze disabilitanti in patologie croniche e di lunga durata.

Anche in questo caso tale studio si dovra' attuare attraverso le sinergie dei servizi territoriali, dei medici di base e altri enti di ricerca.

INTERVENTI TERAPEUTICI

Nella costruzione di una strategia terapeutica efficace bisogna tenere conto della funzione "compensatoria" del sintomo, delle interazioni familiari, della relazione terapeutica, della collaborazione tra specialisti diversi.

L'anoressia nervosa, che spesso diviene cronica, puo' richiedere una varieta' di trattamenti in differenti stadi della malattia e della fase di recupero. Anche la bulimia nervosa presenta spesso cronicizzazione ed una frequenza di recidive del 30-40 per cento. Specifici trattamenti sono la riabilitazione nutrizionale, interventi psicoterapeutici, psicosociali e farmacologici. Tutti devono essere usati per correggere la malnutrizione, il disturbo mentale, gli atteggiamenti culturali distorti ed i deficit psicosociali e comportamentali.

1. L'OSPEDALIZZAZIONE

I parametri fisici su cui si basa essenzialmente la decisione di ospedalizzazione sono il peso, lo stato cardiaco e quello

metabolico; essa deve essere basata anche su valutazioni di ordine psichiatrico e del comportamento in generale. Particolare attenzione deve essere prestata a:

- una rapida o persistente diminuzione dell'introito orale ed una diminuzione del peso nonostante interventi ambulatoriali o di ospedalizzazione parziale
- la presenza di fattori che interferiscono con la capacita' di mangiare del paziente (esempio malattie virali intercorrenti)

Molti pazienti con bulimia nervosa non complicata, non richiedono ospedalizzazione se non nei casi di gravi problemi medici generali, di suicidalita' e la concomitante presenza di abuso di alcool o di altre sostanze.

La decisione di ospedalizzare in ambiente psichiatrico o di medicina interna o in una unita' pediatrica dipende dallo stato medico generale, dalle specifiche competenze degli staff locali medici o psichiatrici e dalla disponibilita' di un servizio di terapia ambulatoriale intensiva.

Il ricorso all'alimentazione artificiale (con sondino nasogastrico o parenterale) deve tener conto degli aspetti etici e medicolegali, che sono sottesi all'imposizione del trattamento.

2. LE CURE PSICHIATRICHE

La cura psichiatrica costituisce il fondamento del trattamento di pazienti con disturbi del comportamento alimentare e dovrebbe essere istituita per tutti i pazienti, associata ad altre specifiche modalita' di trattamento.

In particolare essa ha il compito di:

- stabilire e mantenere un'alleanza terapeutica
- coordinare la collaborazione con altri operatori
- valutare e monitorare i sintomi ed i comportamenti del disturbo alimentare
- valutare e monitorare le condizioni mediche e psichiatriche dei pazienti sollecitare la collaborazione delle famiglie

3. RIABILITAZIONE NUTRIZIONALE

Per ogni paziente, significativamente sottopeso, dovrebbe essere istituito un programma di riabilitazione nutrizionale, che stabilisca un peso bersaglio e che preveda un aumento di peso progressivo e controllato (esempio 600-900 gr alla settimana per pazienti ambulatoriali).

Il livello di introito dovrebbe iniziare con circa 30-40 Kcal/Kg al giorno e dovrebbe essere progressivamente aumentato.

E' essenziale il monitoraggio medico durante la fase di rialimentazione attraverso: valutazione dei segni vitali, dell'introito e del consumo calorico, monitoraggio degli elettroliti, osservazione per eventuali edemi, sovraccarico di

liquidi, insufficienza cardiaca congestizia.

I programmi di riabilitazione nutrizionale dovrebbero aiutare i pazienti a confrontarsi con le proprie preoccupazioni riguardo all'aumento di peso e ai cambiamenti dell'immagine corporea.

Un counseling nutrizionale e' utile anche nella bulimia nervosa per minimizzare la restrizione alimentare e correggere deficit nutrizionali.

4. PSICOTERAPIE

I modelli di psicoterapia, che verranno illustrati, possono essere utilizzati secondo le modalita' validate dall'esperienza internazionale. In genere il loro utilizzo deve comunque essere inserito nelle diverse tipologie di trattamento multidisciplinare. Una psicoterapia deve essere sempre associata alla sorveglianza internistica e nutrizionale. Solo nei casi, in cui gli aspetti somatici hanno raggiunto un equilibrio stabile, e' possibile proseguire la psicoterapia senza interventi associati.

I diversi modelli possono essere impiegati secondo interventi "brevi" o a lunga durata, individuali o di gruppo, integrati tra loro o con altri interventi psicologici di tipo familiare educazionale, occupazionale o corporeo.

Il terapeuta deve possedere una robusta formazione, un'adeguata conoscenza dei disturbi del comportamento alimentare, un'elevata capacita' di modulare la relazione con una tipologia di pazienti, che spesso non ha consapevolezza della propria condizione morbosa ed e' portato a "difendere" i suoi comportamenti, negando la necessita' di cura. In questi casi una psicoterapia e' possibile solo quando il paziente ha raggiunto una sufficiente motivazione alla cura e sia diventato consapevole della sua utilita'. Se tali condizioni non sono raggiunte, il terapeuta deve focalizzare il suo primo intervento per produrre nel paziente una motivazione adeguata.

I risultati delle ricerche internazionali indicano la particolare utilita' nelle anoressie mentali in pazienti molto giovani, di impiegare la terapia della famiglia come l'intervento piu' efficace per affrontare le rilevanti componenti relazionali dei problemi. Tale intervento potra' essere associato o seguito da una terapia individuale, quando il paziente avra' acquisito una maggiore autonomia personale.

- PSICOTERAPIA COGNITIVA: viene impiegata in forme codificate per numero di sedute o non codificate. Si mostrano efficaci per la ristrutturazione cognitiva e metacognitiva del paziente. Le elaborazioni teoriche piu' avanzate si centrano sul concetto di sistema motivazionale, quale strumento efficace nella costruzione della relazione con il paziente e per la capacita' di interpretazione della sua sofferenza. L'approccio cognitivo puo'

essere integrato con gli altri interventi di cura.

- PSICOTERAPIA PSICODINAMICA: e' un trattamento in genere individuale, che anche nelle cosi' dette forme "brevi" presuppone una durata prolungata. La sua efficacia puo' essere messa in discussione dalla gravita' somatica acuta e cronica del paziente. Richiede notevole competenza per essere efficacemente integrata con altri interventi di cura. Non e' oggi accettabile da parte del terapeuta un atteggiamento di "astinenza". E' invece sempre piu' riconosciuta la validita' di un approccio empatico, focalizzato sulla relazione intersoggettiva.

- PSICOTERAPIA RELAZIONALE SISTEMICA: e' un trattamento rivolto alla famiglia, che presuppone una durata prolungata. L'intervento familiare si propone di comprendere le componenti relazionali del problema presentano e di considerare la famiglia una risorsa indispensabile, prima a livello diagnostico e poi sul piano curativo. E' particolarmente indicata nei disturbi del comportamento alimentare di soggetti molto giovani e, comunque in quelle forme non cronicizzate. Puo' essere tanto piu' efficace quanto piu' e' allargata la componente familiare, impegnata nella terapia (genitori, fratelli, nonni ecc.).

I modelli di psicoterapia proposti sono quelli che vantano nel nostro paese maggiore esperienza di applicazione e contano il maggior numero di operatori. Tuttavia esistono altri modelli, che meritano attenzione come la psicoterapia interpersonale, che in ricerche recenti ha mostrato efficacia nel trattamento della bulimia nervosa e diversi approcci psicoeducativi individuali, familiari e di gruppo.

5. TRATTAMENTI FARMACOLOGICI

I farmaci psicotropi non dovrebbero essere usati come unico trattamento per l'anoressia nervosa e dovrebbero essere considerati nella prevenzione delle ricadute, nei pazienti che abbiano ristabilito il loro peso (Kaye et al., 1991).

Nella bulimia nervosa gli antidepressivi sono efficaci come uno dei componenti nel trattamento iniziale di molti pazienti. L'efficacia degli antidepressivi non e' in relazione con la presenza di sintomi depressivi (Hugues et al., 1986). Esistono alcune evidenze che una combinazione di trattamenti psicoterapeutici e psicofarmacologici possa evidenziare migliori percentuali di remissione (Walsh et al., 1997). Vi sono ancora pochi dati sugli effetti a lungo termine del trattamento farmacologico di pazienti con disturbo alimentare.

PROPOSTA DI UN MODELLO ORGANIZZATIVO

Due sono i criteri generali alla base del progetto di una rete di

assistenza per tutto il territorio nazionale: impiego di operatori esperti e strutture operative che assicurino efficacia ed economicita'.

Il servizio ambulatoriale correttamente organizzato puo' rispondere ad oltre il 70 per cento delle necessita' di cura. L'efficienza del servizio ambulatoriale puo' essere correlata con l'istituzione di centri diurni e con la disponibilita' di letti ospedalieri per urgenze cliniche, come pure con centri residenziali per la riabilitazione. Il Centro Diurno e' il nodo essenziale per garantire il funzionamento della rete. Tenuto conto di una prevalenza di disturbi del comportamento alimentare nella popolazione femminile dell'1,5 per cento e di una incidenza di 15 soggetti per 100.000 abitanti, possiamo calcolare che sul dato ISTAT di circa 4 milioni e mezzo di femmine tra 15 e 24 anni, risultano affetti da tali disturbi circa 65.000 soggetti, mentre il numero dei nuovi casi all'anno e' di 8.500 circa. Il dato riguarda solo le sindromi complete e non i Disturbi non Altrimenti Specificati.

Un'ultima considerazione riguarda l'obesita'. E' oggi opinione condivisa che un buon numero degli obesi soffre di un disturbo del comportamento alimentare, che gioca un ruolo importante nella genesi e nel mantenimento del sintomo.

Tenuto conto di queste cifre, la rete di assistenza, sull'intero territorio nazionale, deve comprendere almeno;

- 75 unita' ambulatoriali
- area diagnostica 30.000 visite
- area terapeutica 375.000 visite (terapie individuali, di gruppo, farmacologiche e familiari)
- adeguati servizi residenziali e semi residenziali per il trattamento delle situazioni di emergenza e acuzie e servizi residenziali e semiresidenziali per il trattamento e la riabilitazione a lungo termine.

Il numero dei posti letto di degenza per le urgenze deve essere calcolato per un numero di pazienti, pari ad 1/3 dei probabili casi stimati.

QUESTE STRUTTURE DEVONO ESSERE ORGANIZZATE IN ALMENO:

- 50 CENTRI DIURNI/DAY HOSPITAL per 4.000 posti di degenza anno in media di 2 mesi
- 30 SERVIZI DI DEGENZA RIABILITATIVI RESIDENZIALI per 120 posti di degenza anno in media di 3 mesi
- ALMENO UN SERVIZIO per provincia che includa l'ambulatorio specializzato CENTRO REGIONALE INTERDIPARTIMENTALE PER
 - prevenzione
 - epidemiologia
 - ricerca

- formazione
- ORGANIZZAZIONE DI RETE

collegamenti con ospedali, centri socio-sanitari, medicina scolastica e sportiva, consultori familiari, privato sociale convenzionato.

La rete di assistenza coordinata tra servizi ambulatoriali, ospedalieri e riabilitativi, ha lo scopo di ottimizzare i costi per queste patologie ed abbattere il rischio di ricoveri.

IL SERVIZIO AMBULATORIALE DEVE COMPRENDERE:

- * 1 responsabile
- * 2 psichiatri psico terapeuti
- * 2 psicologi clinici
- * 2 dietisti diplomati
- * 1 turno diurno di personale infermieristico

UN SERVIZIO DI OSPEDALE DIURNO/DAY HOSPITAL (15 POSTI) DEVE COMPRENDERE:

- * 1 responsabile
- * 4 operatori (psichiatra, psicologo, internista)
- * 2 dietisti
- * 1 terapeuta psico motorio

UN SERVIZIO DI DEGENZA RESIDENZIALE RIABILITATIVA (15-20 POSTI) DEVE COMPRENDERE:

- * 1 responsabile
- * 5 operatori (psichiatra, psicologo, internista)
- * 2 dietisti
- * 1 terapeuta psicomotorio
- * 1 turno diurno di personale infermieristico
- * 1 animatore

Per garantire al meglio la continuita' terapeutica e per ovvie esigenze di economia del personale sarebbe opportuno che ospedale diurno e degenza riabilitativa siano affiancati da servizi ambulatoriali. In base al criterio del trattamento multidisciplinare dei disturbi del comportamento alimentare, le strutture (ambulatori, centri diurni, reparti di degenza, strutture residenziali) rivolte a queste patologie devono possedere i seguenti requisiti:

- * disporre di specialisti di area sia psicologico-psichiatrica che internistico-nutrizionale;
- * prevedere un collegamento formalizzato fra i tre livelli (ambulatorio, centro diurno, reparto di degenza) che garantisca

globalita' e continuita' delle cure;

- * inserire i medici di base nel percorso terapeutico dato che alla conclusione del percorso la paziente dovra' essere guidata dal suo medico in un tempo che potra' variare da caso a caso;

- * promuovere rapporti di conoscenza e collaborazione con dipartimenti materno-infantili, consultori adolescenziali e familiari, dipartimenti di salute mentale, dipartimenti di igiene e prevenzione, SERT, servizi ambulatoriali ed ospedalieri di medicina generale e specialistica oltre i servizi comunali, il settore privato-sociale in regime di convenzione:

- * stabilire rapporti di collaborazione con le Universita'.

Il disegno prevede una ottimizzazione delle risorse che impieghi il piu' possibile l'esistente. Nei servizi possono coprire posti di responsabilita' operatori con ruolo apicale sia dell'area psicologo-psichiatrica sia dell'area internistico-nutrizionale che possano documentare titolo adeguati allo specifico campo d'intervento.

La responsabilita' dei pazienti degenti spetta al Primario del reparto.

I requisiti strutturali e tecnologici per le strutture idonee alla diagnosi ed alla terapia dei disturbi del comportamento alimentare sono i seguenti:

- * CENTRO DIURNO:

- locali per attivita' di gruppo
- locali per colloqui e visite sia di interesse psicologico-psichiatrico che internistico-nutrizionale
- collocazione dei locali nel contesto territoriale di appartenenza
- numero complessivo di locali e spazi in relazione alla popolazione servita

- * STRUTTURA RESIDENZIALE:

- numero complessivo di spazi in relazione alla popolazione servita
- caratteristiche strutturali ad imitazione delle civili abitazioni ed organizzazione interna che garantisca sia gli spazi che i ritmi della normale vita' quotidiana, sia le specifiche attivita' sanitarie
- spazi per il personale, per i colloqui, per le riunioni.

FORMAZIONE

E' importante diffondere la conoscenza dei disturbi del comportamento alimentare a diversi livelli. Per questo e' necessario istituire corsi di base, differenziati per medici di medicina generale, operatori dei servizi sociali, infermieri, dietisti e terapeuti della riabilitazione.

All'obiettivo formativo specialistico devono essere dedicati corsi, opportunamente studiati sulla tipologia dei corsi postuniversitari, rivolti a medici internisti, psichiatri, psicologi clinici (vedi allegato). In ogni caso la formazione teorica deve essere sempre associata ad una propedeutica clinica, che consenta esperienze dirette con le diverse tipologie di pazienti. Per quanto riguarda gli psicoterapeuti al di là' del modello d'ispirazione (cognitivo, psicodinamico, relazionale-sistemico) e' determinante che questi per poter prestare cure adeguate, possano documentare una formazione personale, svolta in scuole validate.

E' possibile che nei servizi specializzati di cura siano inseriti alcuni terapeuti in formazione presso scuole validate, ma in questi casi e' opportuno che siano previste le necessarie periodiche supervisioni, anche per completare l'addestramento al lavoro d'equipe.

Coloro che pur in possesso di titolo adeguati, non possano documentare un'esperienza clinica specifica sui disturbi del comportamento alimentare, devono seguire un periodo di tirocinio clinico presso un servizio specializzato.



Tutti i Diritti Riservati

GioFil

Home

Chi siamo

Demo Archivi

Is



Striscia la Sanità



Accesso Medici



Accesso Farmacisti

GIOFIL Day

premio
www
2001
Votaci!



Accesso Clienti



Accesso Libero

Votateci nella Categoria : Associazioni, Organizzazioni ed Ordini