

1° Sessione 2013

Valutazione Multidimensionale

Diagnosi - Classificazioni - Integrazione - Multidisciplinarietà

Un filo rosso lega i 4 temi del titolo. L'esposizione lo individua.

Ognuno dei suddetti temi può essere approfondito a sé; ma questa esposizione ne ricerca la relazione tra di essi. La connessione aiuta ad avvicinare le raccomandazioni alla pratica clinica: in fondo il fondamento della nostra Società risiede nel dare strumenti a chi opera nella pratica.

Al contempo la correlazione tra questi stessi temi apre una serie di quesiti e di dilemmi apparentemente contraddittori: irrisolvibili. La base razionale del nostro operare ci impone di vedere queste contraddizioni come limite, al momento, non superabile.

Il principio ispiratore della pratica clinica è l'Appropriatezza. Ogni atto clinico dovrebbe essere appropriato. L'appropriatezza, in breve, consiste nel fare la cosa giusta col paziente giusto. Sembra semplice; ed a dirsi sicuramente lo è. Da fare invece è ben altra cosa. Fare la cosa giusta col paziente giusto è molto impegnativo. Se poi si vuole completare l'appropriatezza, come si dovrebbe quando si punta all'eccellenza clinica, allora occorrerebbe fare la cosa giusta col paziente giusto al momento giusto, nel posto giusto, con le risorse giuste.

L'Appropriatezza esprime la misura dell'adeguatezza delle azioni cliniche intraprese per trattare uno specifico stato patologico, secondo criteri di efficacia ed efficienza che coniugano l'aspetto sanitario a quello economico.

L'Appropriatezza non è solo professionale ma anche organizzativa; infatti l'uso della giusta quantità di risorse professionali e strumentali e l'adozione di adeguati indicatori qualitativi e quantitativi e degli strumenti per la formazione ne fanno parte.

Ci si rende conto allora di quanto sia difficile fare interventi e dare servizi appropriati. Tuttavia chi dirige, chi fa il commissioner, chi paga le tasse, chi riceve (direttamente o indirettamente) le prestazioni dovrebbe essere istruito a pretendere sempre che le cure siano appropriate.

Qui si apre un mare di riflessioni e di possibili proposte.

Il fondamento dell'Appropriatezza è l'inquadramento diagnostico. Senza una preliminare diagnosi, non è possibile mettere in atto interventi appropriati.

Ciò che attualmente definiamo DA sono patologie descritte a livello semeiotico, soprattutto nella forma restrittiva, da secoli. Il loro inquadramento nosografico risale però al secolo XIX. Un medico inglese, Gull (1873), e uno francese, Laségue (1873), descrissero, praticamente contemporaneamente, diversi casi clinici da loro osservati. Furono definite da Laségue come anoressia isterica e da Gull come anoressia nervosa. Essi furono i primi autori a collegare i comportamenti alimentari delle pazienti a disturbi psichici.

Quando nel 1952 fu pubblicata la prima edizione del DSM (APA, 1952), l'anoressia fu l'unico degli attuali disturbi dell'alimentazione a esservi inserito.

Solo nel DSM IV (APA, 1995) i Disturbi dell'Alimentazione hanno un'autonoma categoria diagnostica e comprendono: AN, BN, EDNOS. Tali rimangono nella versione TR (2000); in appendice B, viene descritto il Binge Eating Disorder (BED).

Nonostante che nella versione DSM-5 non sia inclusa, continua il dibattito se l'Obesità debba essere considerata un disturbo mentale. Importanti fattori genetici interagiscono con fattori individuali ed ambientali e, sebbene sia possibile riconoscere alcuni meccanismi di tipo centrale che potrebbero sostenere l'ipotesi di disturbo mentale dell'Obesità, non vi sono attualmente elementi di tipo patognomonico che possano confermare questa ipotesi. Tuttavia alcuni sottotipi di Obesità sono invece includibili nei disturbi mentali (vedi il Disturbo da Alimentazione Incontrollata, BED).

Lo schema per la classificazione dei disturbi alimentari del DSM IV rispecchia poco la realtà clinica. Negli adulti riconosce due tipi di condizione, anoressia nervosa (AN) e bulimia nervosa (BN), ma questi stati sono solo due manifestazioni tra le tante. Come conseguenza almeno la metà dei casi visti nella pratica clinica, sembra essere relegata alla diagnosi residuale di EDNOS. (Fairburn e Cooper 2011).

Per ovviare a questo problema, Walsh e Sysko (2009) propongono un sistema alternativo per la classificazione dei Disturbi Alimentari, attraverso il BCD-ED che consiste in tre grandi categorie, organizzate gerarchicamente, costituite da: AN e disordini comportamentali simili; BN e disturbi comportamentali simili; Binge Eating e disordini

comportamentali simili e una restante categoria di EDNOS. La maggior definizione diagnostica del BCD-ED nei confronti del DSM IV ed in particolare del DSM IVTR è documentata da Birgegård e colleghi, 2013.

Studi che confermano ciò sono quelli che confrontano i criteri del DSM IV con i nuovi criteri compresi nel DSM-5 per la classificazione dei disturbi alimentari, i risultati hanno mostrato un aumento di persone con diagnosi di AN e BN e relativa diminuzione di persone con diagnosi EDNOS. (Keel et al 2011).

Questo sistema di classificazione individua quindi macro categorie, ma non tiene conto del fenomeno migratorio nei DAO.

Fichter e Quadflieg (2007) sottolineano come le categorie diagnostiche del DSM, in base ai propositi dell'APA, dovrebbero essere mutualmente escludenti, ma in realtà questo non sempre accade, anzi spesso si assiste a sovrapposizioni fra AN e BN o al viraggio nel tempo da una categoria diagnostica all'altra.

Altri studi si sono occupati del fenomeno migratorio nei DAO attraverso la valutazione della stabilità della diagnosi iniziale a 12 mesi e a 30 mesi individuando che solo 1/3 (30%) dei partecipanti mantiene la diagnosi iniziale a 30 mesi: il flusso tra le tre specifiche diagnosi di disturbo alimentare è considerevole. Il maggior flusso migratorio si osserva da AN a BN, meno il contrario. (Milos et al 2005); ma le storie di malattia presentano, pur con frequenze diverse, ogni tipo di migrazione ed oscillazione possibile.

Su questa base e sull'osservazione della condivisione della psicopatologia tra i DA Fairbun & Harrison, 2003 hanno ipotizzato che potrebbero essere visti meglio come una singola entità nosografica. Le diagnosi si incrociano nel tempo: le migrazioni diagnostiche tra i disturbi alimentari sono presenti nella metà dei casi.

La recente uscita del DSM-5 riformula i quadri diagnostici per i Feeding and Eating Disorders. Le nuove categorie diagnostiche vengono ben identificate: criteri e cut-off per ogni quadro sono indicati. Vengono elencati i temi diagnostici che la futura ricerca potrà risolvere. Per ogni quadro clinico si suggerisce che esistano tipi di intervento adeguati.

I pregi del DSM sono molti e sono stati discussi in molte sedi. Non si può, e per molte ragioni, non usare il DSM (o l'ICD 9 o 10), ma l'apporto alla pratica clinica è davvero modesto. Infatti fosse semplice per fare interventi appropriati basterebbe fare corrispondere ad ogni diagnosi un intervento (matching).

L'idea cruciale del matching incontra lo scoglio della improponibilità della relazione diretta diagnosi - terapia. Nel campo dei disturbi mentali e del comportamento troppe ricerche si sono incaricate di dimostrare l'illusorietà di un approccio simile.

Altri sono i fattori che incidono sull'esito a cominciare dalla forza del legame che si instaura tra paziente e suo terapeuta (suo team di cura) e dalla fiducia che essi riversano sulle cure operate. Ciò non scalfisce l'idea del matching in quanto occorre abbinare altre qualità diagnostiche alla tipologia del paziente e dei suoi problemi/bisogni. A me pare che questa considerazione sia un bene. Infatti serve a demolire l'idolatrata utilizzazione a scopi diagnostici del DSM o dell'ICD, strumento peraltro impagabile per la ricerca e per la comunicazione tra pari.

Ma il limite del match diagnosi - tipologia di cura si incontra in tutta la salute mentale. Nonostante i tentativi di applicare a queste discipline gli stessi metodi delle scienze naturali e della medicina meccanicistica, qui si incontrano problemi umani complessi che sfumano nell'esistenzialismo. A noi servono diagnosi dettagliatamente descrittive e non sigle diagnostiche. A noi serve mantenere l'umiltà del parzialmente inconoscibile che comunque e sempre avvolge la storia clinica di ogni nostro paziente.

Ci vuole quindi un altro book per realizzare l'incontro (match) diagnosi - cure.

Ma perché è difficile dare cure appropriate? Innanzitutto è una questione culturale e di potere. Culturale perché occorre accettare fino in fondo che ciò che viene offerto sia conosciuto, sia trasparente e sia verificabile, cioè criticabile. Si tratta allora di dare gli strumenti e le conoscenze per rompere l'a-simmetria cognitiva che di norma c'è fra chi cura e chi è curato; a-simmetria che porta spesso a delegare allo specialista la scelta delle cure. Si tratta di sviluppare l'Empowerment dei cittadini come auspica l'OMS (Vision 2000).

Di potere perché è scomodo per i servizi ed i loro professionisti di dare corpo all'Accountability, cioè al dovere etico di rendere conto di quanto essi hanno operato. Di motivare l'intervento reso sulla base della diagnosi svolta.

L'assenza di criteri di matching condivisi porta alla nota frammentazione dei trattamenti. Finora, si assiste all'affidamento dei pazienti ai diversi trattamenti sulla base di criteri poco chiari e condivisi. Il matching tra il paziente ed il trattamento dovrebbe, invece, rispettare non solo le caratteristiche del paziente, ma anche la sua motivazione al cambiamento, la sua fase di malattia le esperienze di cura precedenti e molti altri fattori. Finora, il tentativo di trovare criteri di matching è stato compiuto solo all'estero, un'esperienza avanzata è stata compiuta negli Stati Uniti in un settore affine (ASAM - Patient Placement Criteria), senza che i risultati finali siano stati considerati totalmente soddisfacenti.

Per potere fare incontrare diagnosi e cure servono diagnosi complesse che riproducano, contengano, analizzino, mettano in correlazione i bisogni dei pazienti. Servono diagnosi non solo categoriali o (minimamente) dimensionali. Neppure le auspiccate diagnosi dimensionali né quelle sindromiche porrebbero riparo all'esigenza di matching. Servono diagnosi complesse valutative e descrittive dei bisogni (molteplici) del paziente.

L'esecuzione di un'anamnesi accurata (organica, psicologica, psichiatrica, familiare, alimentare) è una parte delicata del processo diagnostico che, se non compiuta in maniera completa e adeguata, può pregiudicare le decisioni terapeutiche e vanificare gli investimenti terapeutici compiuti.

La diagnosi è una costruzione (crescente col trascorrere delle cure) che ingaggia tutti i professionisti del team. L'esplorazione per costruire la diagnosi è l'iter comune dei professionisti del team.

Apertura e curiosità sono qualità del team che la costruzione diagnostica richiede ed agevola.

La diagnosi fonda la ragione dello stare assieme nel team; diventa il linguaggio condiviso che fa riconoscere i diversi del team; unisce le professioni; forma ed identifica la cultura del team; realizza l'integrazione fra i professionisti del team; diventa il vero oggetto di formazione interno al team. Rientra tra gli elementi che fanno la differenza fra il team e l'esterno; è un facilitatore del senso di appartenenza al team.

Qui si innestano le raccomandazioni sul lavoro multidisciplinare.

Ma la diagnosi è anche lo strumento che il team esporta agli altri professionisti con cui opera in rete (MMG, Pdls, Specialisti e UO) per motivare le collaborazioni cliniche.

La diagnosi va oltre la diagnosi classicamente intesa e coincide con la narrazione dei bisogni e delle cure corrispondenti. Per dare a un trattamento le massime probabilità di successo, non occorre solo disporre di operatori sufficientemente preparati e di un'infrastruttura adeguata. In ogni caso singolo ci sono vari aspetti da analizzare, il che va oltre la semplice formulazione di una diagnosi: la situazione di vita, le aree problematiche, la storia antecedente, il potenziale del paziente, le esigenze di consulenza e di terapia, la disponibilità a cambiare e ad assumersi degli impegni sono i primi punti di tale valutazione.

Per ogni assistito si definisce un piano assistenziale: forma clinica di operazionalizzazione della diagnosi.

Vista l'enorme varietà degli approcci terapeutici esistenti, testati, validati (solo a volte) od anche solo proposti per i pazienti con Disturbo Alimentare, lo scegliere il trattamento appropriato, l'adeguatezza del trattamento è un elemento decisivo. Dall'altra parte, questa esigenza si scontra con i seguenti elementi:

- a. la grande varietà di situazioni esistenti
- b. la grande varietà delle componenti di ogni singola situazione (quelle organiche-biologiche, quelle psichiatriche-psicologiche, quelle relazionali)
- c. la grande varietà degli approcci teorici per "spiegare" i DAO
- d. la grande varietà dei linguaggi scientifici, professionali con sui si affrontano le discussioni e le scelte terapeutiche
- e. l'assenza di un approccio comune all'assessment ed alla diagnosi
- f. le difficoltà di integrare teorie, prassi, approcci
- g. le resistenze all'introduzione dei concetti EBM
- h. le resistenze a fare le valutazioni di esito
- i. l'esistenza di diverse correnti ed organizzazioni legate ad approcci specifici e settoriali
- j. l'influenza di difficile comprensione sulle policies dell'intervento
- k. l'influenza del mercato, delle case farmaceutiche e la correlata scarsa integrità della ricerca e della formazione
- l. la presenza di componenti moralistiche nel dibattito sui trattamenti.

La costruzione del matching, quindi la definizione dei bisogni del paziente, è il fondante della discussione casi in equipe. La pratica della discussione casi in equipe è necessaria come metodo sistematico per consentire al team di esistere in quanto tale.

La pratica multidisciplinare richiesta dalle Linee-Guida (vedi elenco) richiede la discussione casi in equipe. Al centro ci sono i bisogni del paziente. Solo cos' le cure sono personalizzate.

Vi è l'esigenza di superare un metodo di matching che parte dalla definizione dei trattamenti che ruoti attorno alle caratteristiche degli stessi, ai protocolli ed al setting che li accompagna, alle teorie sottostanti i diversi trattamenti.

Per giungere ad indicazioni efficaci in grado di indicare il trattamento più adeguato per un determinato paziente (il matching), non sarebbe utile una tipologia dei trattamenti che li suddivida in: trattamenti farmacologici -trattamenti

psicologici e psichiatrici - trattamenti di ricovero o residenziali e semiresidenziali. Questo approccio si basa sulle caratteristiche, sulle modalità, sul setting dei trattamenti.

Bisogna partire dalla persona. Ecco allora l'idea di mappare i bisogni (possibili) della persona.

E' la enorme diffusione dei DAO ad esigere di tipizzare i gruppi target: in pratica non si accetta più un metodo di intervento che non rispetti le differenze tra gli individui.

E' possibile costruire una mappa (viene presentato un esempio) in cui colonne e righe si intersecano identificando i punti (target- specifici) per ogni dei quali definire una indicazione appropriata. Il metodo è quello del cross-cutting.

L'esercizio delle varie attività implicate nei punti in verticale che in orizzontale è compiuto da vari professionisti e servizi (soggetti) sia del SSR che del privato che operano in un rapporto di collaborazione che forgia il sistema unitario ed integrato dei servizi (il sistema curante a cui collaborano tutti gli attori che hanno ruolo nel formare, contenere, curare le dipendenze).

I servizi per la cura dei DAO si articolano 5 livelli assistenziali. Essi assieme formano la rete dei servizi. Usare la valutazione del paziente è lo strumento principale per l'invio, l'ammissione, la formulazione del contratto terapeutico ad ogni livello assistenziale.

Un approccio razionale al problema sarebbe quello di identificare i seguenti elementi:

1. i profili (target specifici) dei pazienti a cui un trattamento si rivolge
2. le procedure di assessment della situazione specifica e dei bisogni
3. i trattamenti realmente disponibili
4. i risultati attesi (per ogni gruppo di trattamenti) dalla produzione scientifica, dei criteri di inclusione ed esclusione, dei tempi, degli strumenti utilizzati, dei moduli o delle componenti necessarie, dei risultati attesi
5. le norme generali per collegare il punto 1. con il punto 2.

le norme generali per evitare l'invio dei pazienti a trattamenti non appropriati.

Fare le cose giuste nel posto giusto implica che esista una gamma di servizi tra loro in rete che offrono tipologie di prestazioni differenti per qualità e per intensità. Insomma se non funziona un sistema di servizi composto da servizi di diversa filiera che vanno da quelli di base inseriti negli interstizi del territorio ed in grado di offrire dal counselling alla prima valutazione fino a quelli di intensità maggiore, non è possibile garantire qualità ed appropriatezza delle cure.

L'effetto finale di questo metodo di matching sarebbe la piena territorializzazione degli interventi.

Si pone quindi la questione della valutazione (e della valutazione continua) delle persone con DAO. Essa è globale e include i bisogni fisici, psicologici relazionali e sociali, oltre a una valutazione globale del rischio per sé. Monitorare il livello di rischio per la salute fisica e mentale del paziente col progredire del trattamento perché il rischio clinico può aumentare - per esempio nei casi di anoressia nervosa dopo l'aumento di peso o in momenti di transizione tra i servizi.

Per le persone con DAO (anche ancora in stato di sotto-diagnosi) che si rivolgono alle cure primarie, il MMG (e il Pdls) dovrebbe assumersi la responsabilità per la valutazione iniziale e per il coordinamento iniziale della cura. Questo intervento include la determinazione della necessità di una valutazione medica o psichiatrica in emergenza. (NICE 2013).

Per i pazienti in cui la gestione è condivisa tra cure primarie e secondarie, ci dovrebbe essere un chiaro accordo tra i singoli operatori sanitari sulla responsabilità per monitorare i pazienti con DAO. Questo accordo deve essere in forma scritta e deve essere condiviso con il paziente e, se del caso, la sua famiglia e care-giver.

Il MMG (e il PDLs) dovrebbe effettuare uno screening su tutti i gruppi target a rischio: giovani donne con basso indice di massa corporea, pazienti in consulenza per problemi, donne con disturbi mestruali o amenorrea, i pazienti con sintomi gastrointestinali, pazienti con segni fisici di fame o vomito ripetuto, e bambini con scarsa crescita.

Detto screening considerano poche semplici domande (per esempio, 'Pensi di avere un problema col mangiare?' e 'Ti preoccupi eccessivamente per il peso?').

Fare le cose giuste al momento giusto significa sorvegliare, appassionatamente, i cambiamenti di stato del paziente in modo da operare le risposte cliniche più adatte ad essi. Ovvio che serva quindi un assessment continuo e non fatto una volta solo all'accesso. Se non si fa un assessment adeguato non è immaginabile potere offrire cure appropriate. Quindi l'assessment va fatto sempre, con tutti i casi e ripetuto ordinariamente (almeno ogni sei mesi) e poi tutte le volte che si creano novità clinicamente riscontrabili.

Il paziente va educato a pretendere le cure appropriate quindi ad essere apertamente valutato. I risultati dell'assessment gli vanno restituiti e diventeranno la base della valutazione che faranno congiuntamente, il paziente ed il suo terapeuta (team) nel corso del trattamento per rilevare i cambiamenti ottenuti.

Un approccio innovativo che consentirebbe di sfruttare, secondo previa valutazione, il sistema dei servizi (sempre che ci sia) è dato dal matching con i trattamenti per Intensità crescente.

Il vantaggio dell'approccio è duplice:

1. identifica interventi che possono essere adeguati e consoni ai bisogni del paziente
2. propone interventi che, oltre ad aumentare di intensità, iniziano con i trattamenti meno costosi.

Non solo; terminerebbero le (molte) discussioni sulla (presunta) superiorità di un trattamento giudicato migliore, a prescindere quasi dai bisogni della persona che viene presa in carico. Ed, anche, dalle variabili di tipo economico che sono grande parte della crisi che attraversa il settore e più in generale il welfare ed il paese intero.

Una proposta di revisione dei trattamenti classificati per Intensità richiede un chiaro approccio alla classificazione degli utenti per Bisogni.

Una volta chiarito che è l'approccio generale ai bisogni dell'utente l'elemento dirimente per la scelta dell'intensità del trattamento più adeguato, si osserva che ciò non è sufficiente per completare il percorso di matching.

Esistono altre due variabili che si propongono come altrettanti elementi predittivi sia dell'effettiva entrata del paziente in trattamento, sia del suo permanere in trattamento, sia del risultato finale stesso del trattamento.

Essi sono: la qualità della relazione tra il paziente e l'operatore (o, gli operatori; o il team); la motivazione al cambiamento del soggetto.

Mentre per il primo dei punti citati esiste una scarsa bibliografia, la motivazione al cambiamento è basata su una serie di elementi di tipo "trans-teorico", una bibliografia vasta ed una pratica clinica oramai molto consolidata.

Come è noto, sono cinque gli step della motivazione al cambiamento:

- Pre-contemplazione
- Contemplazione
- Preparazione
- Azione
- Mantenimento

A ciascuno di essi corrisponde una definizione esaustiva della situazione motivazionale ed alcune indicazioni sulla disponibilità ad un trattamento "ad intensità crescente". L'intensità del trattamento potrebbe essere determinata sulla base dei bisogni dell'utente e della motivazione al cambiamento. Questa relazione, pertanto, potrebbe definire i "Patient Placement Criteria"

La "catena virtuosa" per migliorare l'Appropriatezza delle scelte terapeutiche sarebbe, quindi, così identificata:

- a. identificazione dei bisogni
- b. rilevazione della motivazione
- c. identificazione delle priorità di intervento
- d. identificazione della strategia terapeutica
 1. intervento breve o prolungato, intervento ambulatoriale o residenziale. Indicazioni su durata ed intensità
 2. centralità della responsabilità medica, o psicologica o sociale o integrata
 3. intervento individuale o sistemico/ambientale
- e. identificazione dell'/gli obiettivo/i
- f. identificazione delle risposte terapeutiche (matching treatment to treatment needs) a seconda di
 1. le prove di efficacia esistenti
 2. disponibilità effettiva dell'/degli intervento/i
 3. disponibilità del paziente ad entrare il quel/quei trattamento/i
- g. valutazione progressiva degli effetti dell'/gli intervento/i

Il filo rosso tra i temi ci ha permesso di collegare diagnosi a matching a cure multidisciplinari alla rete assistenziale ed infine alla valutazione degli esiti. Una cornice entro cui si collocano i vari interventi specifici.

Nota finale: ringrazio molto Nazario per lo stimolo che mi ha dato. Mi ha consentito di cercare un altro segmento di connessione nella mia storia clinico-professionale.

1.b. La Valutazione Multi-dimensionale (VMD). Diagnosi e Valutazione nei DAO

Donini-Nizzoli, Capezzali, Castelnuovo, Cecchetto, DiFlaviano, Pasqui, Poli, Tagliabue

a. Introduzione

i. Definizione di valutazione multidimensionale e ambiti considerati (nutrizionale-internistico, psicologico-psichiatrico, funzionale, qualità di vita) nell'ambito dei DAO

ii. Quesiti: elenco delle domande a cui si tenterà di rispondere

Perché la VMD ?

Quali dimensioni considerare nella VMD ?

Quali strumenti per ogni singola dimensione ?

Esistono sistemi che integrano in un unicum la VMD ?

Come può la VMD condizionare il percorso di presa in carico e la valutazione di esito ?

Quali sono i limiti della VMD ?

La valutazione multidimensionale (VMD) è una metodica che consente di avere un quadro completo delle caratteristiche medico-organiche, biochimiche, nutrizionali, psicopatologiche, funzionali, socio-culturali attuali e pregresse di una situazione clinica considerata, evitando l'eccessiva focalizzazione su un solo aspetto che, preso singolarmente, potrebbe risultare fuorviante e limitante nel campo della diagnosi, riabilitazione e cura dell'Obesità e dei Disturbi del Comportamento Alimentare (riassunti complessivamente in DAO).

Tenere in considerazione tutti o i principali aspetti di una complessa patologia come quella dei DAO risulta possibile solo con un'équipe multidisciplinare, dove il lavoro di integrazione viene realizzato da un team composto da personale appositamente qualificato in ambito clinico-nutrizionale e psicologico-psichiatrico, in collegamento con la medicina di base e le strutture per acuti, e dove siano presenti altre figure professionali come, sempre di più in ambito italiano e non solo anglosassone, gli assistenti sociali (social workers). Nel caso di minori deve essere considerato anche il pediatra di base o ospedaliero secondo necessità (Lock 2002). Il team pur essendo composto da figure professionali diverse opera con strategie condivise per raggiungere un obiettivo comune.

E' importante considerare come una VMD, nel caso di pazienti con DAO, richieda un tempo significativo per essere ben realizzata, soprattutto nel caso di un minore dove la valutazione ed il coinvolgimento dei familiari, e di altri importanti elementi della rete sociale, risultano necessari. Spesso il quadro clinico è complesso, con comorbidità organiche e psicopatologiche, aspetti motivazionali ambivalenti e situazioni familiari e sociali problematiche.

Stimolare il racconto della storia del paziente, del sovrappeso, dell'obesità e/o del disturbo alimentare e dei principali fenomeni associati richiede più visite, appuntamenti, ma anche una certa quantità di tempo prima che si instauri un clima di fiducia con l'équipe ed emergano così importanti elementi clinici di valutazione. In una VMD per i DAO risulta fondamentale la raccolta dati sull'esordio-sviluppo iniziale della problematica, spesso caratterizzato da aspetti temperamentali, sintomi ansiosi, segni di disregolazione dell'umore, perfezionismo, tratti ossessivo-compulsivi, abitudini inusuali, idee predominanti, pattern comportamentali circa il cibo e l'attività fisica, preoccupazioni sulla propria apparenza ed immagine corporea durante il periodo infantile ed adolescenziale (Anderluh et al 2003).

Determinante è anche la raccolta di eventi significativi, a volte riferiti dai pazienti stessi o dai loro familiari in forma retrospettiva, che possono includere cambiamenti apparentemente innocui a livello alimentare (ad esempio verso una dieta vegetariana o verso pattern comportamentali nella dieta più restrittivi rispetto alle abitudini familiari e culturali di riferimento o rispetto ai coetanei), o nella quantità di tempo dedicato alla cura di sé (ad esempio osservandosi maggiormente allo specchio o pensando continuamente alla propria immagine corporea), oppure a livello di desiderio relativo alla dieta (ad esempio con una maggiore necessità di controllare o perdere peso rispetto ad altri momenti evolutivi del paziente). Un serie di eventi di vita, tradizionali nelle fasi di crescita di una persona oppure inaspettati ed improvvisi, può generare, a seconda del vissuto positivo o negativo con cui vengono accolti, stress psico-fisiologico fino a giungere ad un DAO strutturato. Risulta dunque necessario, in una VMD completa per i DAO, analizzare i possibili stressor (pressioni intra ed extrafamiliari, conflitti, vissuti di vergogna e stigmatizzazione, abusi o maltrattamenti, delusioni professionali o

sentimentali, lutti, condizioni sociali, ecc.) in relazione al timing, intensità e cronicità di tali fattori ed in relazione alle caratteristiche individuali del paziente (tratti di personalità, temperamento, vulnerabilità, difese esistenti, capacità di coping, risorse individuali e familiari, elementi di resilienza, comorbidità psicopatologiche ed organiche, tentativi personali di dieta, percorsi terapeutici intrapresi, motivazione al cambiamento, ecc.) (Agras et al 2009, Day et al 2011, Delinsky et al 2011, Enten & Golan 2009, Grilo et al 2012, Hay et al 2010, Hay et al 2009).

Questi dati anamnestici andranno poi integrati con le rilevazioni internistico-nutrizionali (stato di nutrizione, funzionalità cardio-respiratoria, aspetti muscolo-articolari, dati di laboratorio in ambito endocrino-metabolico), valutazioni psicometriche, qualità di vita e aspetti psico-sociali.

b. Stato dell'arte

i. Strumenti a disposizione nei diversi ambiti esplorati dalla VMD

Ambito nutrizionale-internistico:

La valutazione nutrizionale in fase di assessment e di monitoraggio comprende:

a) la valutazione della composizione corporea, mediante esami strumentali (DXA, BIA) o rilevazione di misure antropometriche [peso, altezza, circonferenze (vita, fianchi, braccio, polpaccio), pliche cutanee (tricipitale, bicipitale, sottoscapolare, sovrailiaca)]. Queste rilevazioni consentiranno di stimare/calcolare e valutare indici di adiposità e muscolarità (FMI, FFMI) oltre alla BMD. Per l'età pediatrica e adolescenziale si possono utilizzare i valori di riferimento della Società Italiana di Endocrinologia Pediatrica (SIEDP) che offre la possibilità di scaricare dal proprio sito web le curve di crescita e un software per il calcolo dei percentili

b) valutazione del bilancio energetico attraverso la rilevazione degli introiti [mediante metodi retrospettivi (storia dietetica, recall delle 24 ore, questionari di frequenza) o metodi longitudinali (diario alimentare semplice o con pesata] e la valutazione del dispendio energetico basale (preferibilmente misurato mediante calorimetria indiretta) al quale verranno applicati i coefficienti correlati ai livelli di attività fisica (elaborati dalla SINU) e di eventuali fattori di stress (G. Bedogni, 2009). Nel caso di impossibilità ad eseguire una calorimetria indiretta, è opportuno utilizzare equazioni di predizione quali quelle riportate sui LARN (ed 2012).

Particolare importanza, riveste la storia dietetica, che, se condotta da personale esperto in ambito nutrizionale, fornisce informazioni aggiuntive nell'ambito bio-psico-sociale e può avere finalità psico-socio-pedagogiche. (Bedogni 2009, Posizioni ANDID).

c) valutazione della funzionalità corporea, mediante anamnesi clinica, esame obiettivo, esami bioumorali (relativi, in particolare, a assetto lipidemico e protidemico, compenso glicemico, indici di flogosi). Sarà importante valutare le funzioni cardio-circolatoria, respiratoria, gastroenterica ed epatica, assetto idrolettrolitico e funzione renale.

Ambito psicologico-psichiatrico-sociale. Strumenti psicometrici (Berkman ND et al., 2006)

Eating Disorder Inventory 2 (EDI 2) L'EDI-2 è uno strumento per l'autovalutazione di sintomi comunemente associati all'anoressia e alla bulimia nervosa messo a punto da Garner D.M. (1991), l'edizione italiana è stata curata da Rizzardi et al. (1995). Il test consente la valutazione delle caratteristiche psicologiche e comportamentali dei disordini alimentari. È formato da una scala Likert a 6 punti (da "mai" a "sempre") di 91 items. Le 11 sottoscale indagano le seguenti dimensioni: impulso alla magrezza, bulimia, insoddisfazione per il corpo, inadeguatezza, perfezionismo, sfiducia interpersonale, consapevolezza enterocettiva, paura della maturità, ascetismo, impulsività, insicurezza sociale. I cut-off dipendono dalla popolazione esaminata e sono differenziati in base al sesso. *Eating Disorder Examination* (EDE) intervista semistrutturata condotta da un terapeuta esperto, per individuare psicopatologie associate alla diagnosi di un disturbo alimentare. È dotato di 4 sottoscale ed un punteggio globale. 1. Restrizione (preoccupazione anoressica) 2. Alimentazione, (comportamento bulimico) 3. Immagine (sessualità) 4. Peso (adattamento psicosociale) È uno strumento esauriente per il giudizio clinico sulla severità del disturbo). (Fairburn et al. 1987)

The Eating Inventory in obese women : correlazioni cliniche con la perdita di peso. (Foster G. D. 1998)

Three Factor Eating Questionnaire Scale (TFEQ) sottoscale per la restrizione cognitiva e la fame. (misura la disinibizione e la fame). (Stunkard AJ, 1985;)

Morgan-Russell (M-R) General scale o modificato tramite l'aggiunta di elementi relativi al binge eating e al vomito, di sottoscale inerenti i modelli dietetici e alimentari, il corpo ed il peso corporeo (*Morgan HG, 1988*)

EAT-26 (Garner David M.1982). Eating Attitudes Test: Psychometric features and clinical correlates.

SCL-90-R Symptom Checklist 90-Revised (valuta un ampio spettro di problemi psicologici e di sintomi psicopatologici, misurando tanto i sintomi internalizzanti (depressione, somatizzazione, ansia) che quelli esternalizzanti (aggressività, ostilità, impulsività) Concepito sotto forma di questionario a 90 item per riflettere la configurazione di sintomi psicologici di soggetti non clinici e clinici, la *SCL-90-R* valuta nove dimensioni sintomatologiche primarie:

Somatizzazione, Ossessività-Compulsività, Ipersensibilità interpersonale, Depressione, Ansia, Ostilità, Ansia fobica, Ideazione paranoide, Psicoticismo; sono presenti anche sette voci addizionali che valutano disturbi dell'appetito e del sonno.

MMPI Minnesota Multiphasic Personality Inventory è uno dei più diffusi test per valutare le principali caratteristiche della personalità. Esso è utilizzato sia in ambito psicologico che psichiatrico.

Funzionale

L'International Classification of Functioning, Disability and Health: è la classificazione del funzionamento, disabilità e della salute, promossa dall'Organizzazione mondiale della sanità (OMS). Strutturata in 4 principali componenti: funzioni corporee, strutture corporee, attività e partecipazione in relazione a capacità e performance, fattori ambientali. Il funzionamento e la disabilità sono viste come una complessa interazione tra le condizioni di salute dell'individuo e l'interazione con i fattori ambientali e personali.

TSD--OC: Un Nuovo Strumento di Valutazione delle Disabilità 'Obesita' correlate, utile soprattutto nella programmazione e valutazione di esito di percorsi di riabilitazione metabolico-psico-nutrizionale dei soggetti obesi. (Gruppo di lavoro SIO-SISDCA), 2009

Global Assessment of Functioning (GAF) utilizzato da psichiatri e medici per misurare la funzionalità sociale, occupazionale, psicologica dei soggetti adulti. Questa scala è presentata e descritta nel DSMIV-TR a pag. 34.

Qualità della vita

L'SF-36 è un questionario sullo stato di salute del paziente che è caratterizzato dalla brevità (mediamente il soggetto impiega non più di 10 minuti per la sua compilazione) e dalla precisione (lo strumento è valido e riproducibile). E' stato sviluppato a partire dagli anni 80 negli Stati Uniti d'America come questionario generico, multi-dimensionale articolato attraverso 36 domande che permettono di assemblare 8 differenti scale. Le 36 domande si riferiscono concettualmente a 8 domini di salute: AF-attività fisica (10 domande), RP-limitazioni di ruolo dovute alla salute fisica (4 domande) e RE-limitazioni di ruolo dovute allo stato emotivo (3 domande), BP-dolore fisico (2 domande), GH-percezione dello stato di salute generale (5 domande), VT-vitalità (4 domande), SF-attività sociali (2 domande), MH-salute mentale (5 domande) e una singola domanda sul cambiamento nello stato di salute. Il questionario SF-36 può essere auto-compilato, o può essere oggetto di una intervista sia telefonica sia faccia-a-faccia. Tutte le domande dell'SF-36, tranne una, si riferiscono ad un periodo di quattro settimane precedenti la compilazione del questionario. La validità delle 8 scale dell'SF-36 è stata largamente studiata in gruppi noti di pazienti. Gli studi di validazione hanno inoltre dimostrato che l'SF-36 ha capacità discriminanti nei confronti di popolazioni con problemi psichiatrici o problemi fisici e di discriminare tra gruppi di popolazioni con condizioni mediche severe da gruppi di popolazioni moderatamente malate o sane.

ii. Criteri di sintesi per arrivare ad una VMD "integrata"

L'Obesità e i Disturbi Alimentari condividono una patogenesi multifattoriale e una presentazione clinica complessa e variabile, con manifestazioni fisiche, nutrizionali, psichiatriche e mediche.

E' dunque indispensabile, sia per l'obesità che per i DA, prevedere sin dall'assessment, un approccio multidisciplinare e multidimensionale integrato, in continuum con il trattamento.

Secondo le linee-guida più recenti, un team approach multidimensionale è affidato al lavoro integrato delle figure professionali coinvolte, che abbiano un linguaggio e una cultura condivisa: medici (internisti, nutrizionisti clinici, psichiatri, fisiatri), psicologi, dietisti, fisioterapisti, educatori ed infermieri.

Presupposti preminenti sono le competenze personali di tutti i professionisti dedicati con comprovata e documentata esperienza nella diagnosi dei disturbi del comportamento alimentare, che esercitano in una sede unica, nel rispetto di ruoli e responsabilità, attraverso interventi di squadra concordi, coordinati e supervisionati.

In particolare, in fase diagnostica, è necessario effettuare la valutazione dello stato nutrizionale con parametri ematochimici endocrinologici, la valutazione del rischio cardiovascolare e respiratorio, la valutazione della funzionalità motoria ed infine la valutazione psicodiagnostica.

L'assessment multidimensionale include la raccolta della storia completa del peso e dei suoi cambiamenti in associazione alle variazioni dello stato nutrizionale e dello stile di vita attraverso la valutazione dei comportamenti compensatori (bilancio energetico, anamnesi alimentare e del livello di attività fisica, composizione corporea, parametri biologici correlati alla variazione patologica della composizione corporea), del comportamento alimentare, dell'esercizio fisico, della storia dello sviluppo e della crescita, con registrazione degli eventi di vita, associato alla valutazione dei tratti di personalità propri e della famiglia, inclusa l'eventuale storia psichiatrica. Si completa con l'esame obiettivo fisico che include la valutazione cardiaca (elettrocardiogramma, ecocardiogramma, misurazione pressoria supina e in posizione eretta), la capacità respiratoria (spirometria, grado di sonnolenza diurna, collegata a sindrome di apnea ostruttiva nel sonno), la temperatura corporea (per la ricerca di ipotermia), i parametri antropometrici, e la valutazione dei parametri di laboratorio e strumentali.

La psicometria e il colloquio psichiatrico permettono di diagnosticare le complicanze psicologiche (Disturbo da Alimentazione Incontrollata, Sindrome della Alimentazione Notturna, Disturbo della Immagine Corporea), di individuare le comorbidità psichiatriche preesistenti lo sviluppo del DAO o conseguenti ad esso, di porre la diagnosi differenziale per i DA ed evidenziare eventualmente le doppie diagnosi.

L'integrazione è frutto della condivisione dei singoli strumenti di valutazione e delle risultanze che da essi derivano. Queste hanno spesso valenze importanti in diverse aree e la condivisione di risultati e valutazioni è essenziale al fine di ottenere un'unica formulazione della storia determinante lo sviluppo della patologia e di programmare un percorso terapeutico. L'allenamento a tale modello di lavoro, può essere vantaggioso per gli operatori (stima reciproca, crescita) e per il paziente, che fin dall'assessment apprende come l'integrazione può rappresentare un efficace strumento anche per la sua successiva terapia.

c. Discussione

i. Dalla VMD alla diagnosi

La Valutazione Multidimensionale è la base per poter effettuare diagnosi nei DAO, condizioni multideterminate e con conseguenze biologiche, psicologiche e sociali (Garfinkel P. 1982) e indirizzare nella scelta della cura e del setting più appropriato. La diagnosi infatti non può semplicisticamente tener conto solo degli elementi scaturiti dall'assessment psicologico o della valutazione internistica e nutrizionale, ma deve integrarli tra loro. Non esiste al momento un criterio codificato ed universalmente accettato di integrazione dei diversi elementi che concorrono alla VMD. Tale integrazione sembra possa essere ottenuta attraverso un lavoro di confronto e sintesi all'interno dell'équipe assistenziale che potrà considerare con un approccio interdisciplinare le diverse componenti della VMD e le reciproche interazioni.

Problematiche legate alla misura del peso e degli indici ad esso correlati
La misura del peso e degli indici ad esso correlato può essere foriera di errori. Nel caso della Obesità, ad esempio, alcune Linee Guida (NHLBI, 2000) partono dal rapporto peso-altezza per definire l'Indice di Massa Corporea (peso in kg/ altezza in m²) e quindi classificarla e associare ad essa indicazioni terapeutiche. Un tale modo di agire espone ad una serie di errori il primo tra questi consiste nel fatto che l'obesità è una condizione clinica in cui le riserve di massa grassa (FM) sono aumentate al punto da rappresentare un rischio per la salute. Si parla di obesità se la FM è superiore al 25% nell'uomo o al 35% nella donna di media età (Deurenberg, 1999). L'aumento complessivo del peso corporeo è solo un sintomo, non sempre presente, dell'aumento di massa grassa, quindi l'IMC è un utile indice di sovrappeso dal punto di vista epidemiologico, ma non è sempre sufficiente per la diagnosi di obesità che, per essere accurata, richiede la conoscenza della composizione corporea e della distribuzione del grasso corporeo.

Un ulteriore rischio di errore è dato dal fatto che manca una relazione lineare costante fra IMC e complicanze cliniche dell'obesità, comorbidità somatica e psicopatologica, disabilità, qualità complessiva di vita. Anche nei DA l'IMC rischio di dare informazioni fuorvianti. La gravità della malattia (e di conseguenza l'intensità dell'intervento) è funzione non tanto del peso quanto della composizione di questo e delle conseguenze sul piano dismetabolico e funzionale della malnutrizione. A ciò si aggiunge la necessità di diagnosi differenziale con le altre condizioni organiche o psichiatriche che a loro volta possono essere causa di malnutrizione.

D'altro canto la diagnosi non può che essere solo basata sulla valutazione psicometrica e del colloquio/intervista psicologico indirizzato ad evidenziare i criteri diagnostici del DSM V (2013) e della Classificazione delle Malattie dell'OMS (ICD-10).

Le indagini ematochimiche, gli esami strumentali e le valutazioni specialistiche (cardiologica, respiratoria, ortopedica/fisiatrice, ecc.), consentono nel caso di malnutrizione (sia per eccesso che per difetto) di individuare e definire la presenza di fattori di rischio cardiovascolare, diagnosticare le complicanze organiche, le comorbidità internistiche e il loro eventuale grado di scompenso, sia di escludere altre cause di alterazione dello stato di nutrizione. Senza dimenticare che, soprattutto nei pazienti malnutriti, la sindrome da digiuno può simulare gravi psicopatologie (Keys, 1950).

Problematiche relative alla qualità di vita, alla disabilità ed allo stigma sociale. Come per tutte le patologie croniche, dove la guarigione è spesso improbabile o parziale, anche nei DAO, la qualità di vita diventa essenziale nel definire il percorso terapeutico e l'intensità dello stesso. Il ricorso a questionari sulla qualità della vita (p.e. SF36; CIA; TSD-OC) (Donini LM et al, 2011) consentono di evidenziare le limitazioni sociali, e nelle attività della vita. Diventa quindi essenziale far sì che il percorso diagnostico tenga conto anche della valutazione delle disabilità che si manifestano in diversi ambiti, nelle attività quotidiane e in quelle funzionali, ADL/IADL (Activities of Daily Life, Instrumental Activities of Daily Life). Sono sempre più numerosi gli studi dedicati alle difficoltà che i soggetti con DAO incontrano nei seguenti ambiti: mobilità in casa, cura dell'igiene, abbigliamento, lavori domestici (p.e. alzarsi da un divano, salire su uno sgabello, prendere oggetti riposti in alto o raccoglierne da terra, attività fuori casa (p.e. sollevare e trasportare la spesa, camminare per più di 100 metri, stare in coda) e nelle attività lavorative (p.e. affaticamento precoce, dolore posturale, assenze frequenti, impossibilità di svolgere certe mansioni). L'obesità in particolare è fortemente correlata al dolore articolare ed all'osteoartrosi, che sono noti fattori determinanti di disabilità. Inoltre, è un fattore di rischio di disabilità indipendente dall'età, dal livello di attività fisica e da patologie croniche hanno dimostrato che la probabilità di rimanere in salute declina all'aumentare del BMI (Donini, 2011). La misura di disabilità obesità correlate tiene conto dei risultati del TSD-OC, della Classificazione Internazionale delle Funzioni (WHO-ICF, 2001) e del Core Sets della obesità (Armin, 2004) che consente di definire le Menomazioni delle Funzioni Corporee e delle Strutture, le Limitazioni delle Attività e le Restrizioni della Partecipazione nonché le Barriere e/o i facilitatori ambientali. Non esistono ancora strumenti di misura della disabilità specifici per i DA, il CIA di Bohn e Fairburn può fornire informazioni sull'impatto del DA sulle relazioni sociali.

Non deve infine essere trascurata la conseguenza anche della valutazione dello stigma sociale che colpisce chi è affetto da queste patologie (Chen, 2007), fenomeno che è stato definito come l'ultimo pregiudizio sociale per le negative conseguenze psicologiche e comportamentali sui pazienti (Ashmore; 2008).

ii. Dalla VMD al piano assistenziale

La VMD è determinante nel definire il piano assistenziale, che si articolerà su livelli progressivi (meglio descritti nel paragrafo sulla rete assistenziale) in relazione al grado di scompenso clinico, alla presenza di comorbidità medica e/o psichiatrica, del grado di disabilità e qualità della vita, degli eventuali fallimenti di interventi di livello inferiori. In sintesi sono postulati 5 livelli assistenziali: medicina di base e SIAN, ambulatorio specialistico, day hospital, riabilitazione intensiva residenziale, ricoveri H24 (Donini et Al. 2010).

iii. Dalla VMD al contratto terapeutico

Nella VMD è già insito un accordo con il paziente alla collaborazione attiva sia in corso di valutazione, sia nella scelta del livello assistenziale che nel percorso terapeutico. Il terapeuta di norma adotta un atteggiamento di psico-educazione, esponendo in modo molto chiaro al paziente i circoli viziosi e i meccanismi che possono rafforzare e mantenere alcuni sintomi. Dopo alcune sedute e la discussione

interdisciplinare del caso il case manager delineerà un progetto terapeutico, caratterizzato da obiettivi concreti, utili e raggiungibili, che fin dalla seduta successiva permettano di iniziare a lavorare sui sintomi che maggiormente compromettono il funzionamento del paziente. Insieme al paziente verrà stilato un contratto, che impegnerà in maniera formale paziente ed équipe curante ed in cui sono esplicitati gli obiettivi, i compiti del paziente, le finalità della terapia, le tecniche che verranno utilizzate, nonché i tempi, il costo e le probabilità di successo della terapia.

iv. Vantaggi e limiti della VMD

I vantaggi sono rappresentati: dalla possibilità di intervento integrato con apporto di competenze differenti finalizzate sullo stesso obiettivo, dal sostegno reciproco delle differenti figure nei confronti degli ostacoli incontrati, dall'arricchimento di ciascuna figura grazie alle competenze delle altre e dal risultato esponenziale che da ciò ricade sul paziente.

Il limite principale è il rischio di eclettismo, per cui ogni figura enfatizza il proprio ruolo dimenticando l'importanza delle altre figure e che la sua efficacia è condizionata dall'efficacia degli altri (vedi capitolo sul team)

d. Raccomandazioni

i. Per la pratica clinica

I disturbi alimentari sono diagnosticati sulla base di segni, sintomi, abitudini alimentari e stili di vita. L'obiettivo primario del trattamento dei DAO è l'integrazione degli interventi terapeutici da parte degli specialisti all'interno di un progetto terapeutico unitario multidisciplinare.

La valutazione rivolta ad una attenta indagine sui bisogni fisici, psicologici e sociali dovrà essere necessariamente multidimensionale per comprendere la complessità degli aspetti eziopatogenetici e clinici del paziente e, sulla base delle informazioni raccolte dai vari specialisti, riferite alle caratteristiche mediche psicologiche /psichiatriche, nutrizionali e socio-demografiche, individuare il rischio clinico e il percorso terapeutico più appropriato.

L'équipe multidisciplinare comprende medici specialisti (internisti, nutrizionisti clinici, psichiatri, fisiatri), psicologi, dietisti, fisioterapisti, educatori, infermieri ed assistenti sociali (APA 2006, Donini et al, 2010) ognuno con competenze diverse.

La fase di valutazione quindi, avrà lo scopo di conoscere le caratteristiche del paziente e di raccogliere informazioni utili all'inquadramento diagnostico.

La valutazione multidimensionale per la pratica clinica comprende:

Condizioni mediche generali del paziente

Storia clinica compresa area ginecologica (ciclo mestruale, amenorrea...), storia familiare compresi sintomi e diagnosi di EDS, obesità

Valutazione socio-demografica (status socio economico, etnia, localizzazione geografica)

Esame obiettivo (PA, FC, dati antropometrici: peso, Ht, BMI, tenendo nel dovuto conto che da solo non è un indicatore affidabile di un disturbo alimentare)

Parametri di Laboratorio: ematocrito (leucopenia, anemia...), profilo metabolico: glicemia, IRI, protidemia totale, albumina, prealbumina, transferrina, TAG, ALT, ASP, γ GT, amilasi (valori elevati per vomito, pancreatite), lipasi (elevate per pancreatite), bilirubina, urea (disidratazione), creatinina (disidratazione, riduzione massa muscolare), RBP (malnutrizione) TSH, elettroliti sierici: Na, K (vomito, uso di lassativi, diuretici, refeeding), Cl (vomito), Ca, P, Mg,

Esami strumentali: ECG, BIA, DEXA

Valutazione del rischio clinico (malnutrizione complicanze indotte dal DA, presenza di indrome metabolica per i BED)

Valutazione di comportamenti compensatori (vomito, esercizio fisico, lassativi, diuretici...)

Condizioni nutrizionali del paziente: valutazione dello stato nutrizionale (composizione corporea, bilancio energetico, funzionalità corporea; storia dietetica, diario alimentare, storia del peso e rilevazione della presenza di segnali fisici correlati allo stato nutrizionale) e dell'attività motoria

Condizioni psicologico-psichiatriche del paziente: storia psico-sociale e psichiatrica compresi sintomi ed indicatori di disturbi di umore, d'ansia, di abuso (emotivo, fisico e sessuale) e da abuso di alcool e sostanze

Atteggiamenti riguardo al peso, alla forma fisica e all'alimentazione

Elaborazione dei dati raccolti: confronto fra i singoli professionisti per inquadramento diagnostico sulla base del DSMIV /V e definizione del percorso terapeutico idoneo (trattamento ambulatoriale, DH, ricovero in struttura di riferimento) tenuto conto degli: obiettivi e delle priorità del trattamento

Per i bambini/adolescenti con obesità valutare: volontà e motivazione al cambiamento, fattori di rischio e comorbidità (come l'ipertensione, iperinsulinemia, dislipidemia, diabete tipo 2, disfunzione psicosociale ed esacerbazione di patologie come l'asma), disagio psico-sociale (la bassa autostima, bullismo..), storia familiare di sovrappeso e obesità e comorbidità, stile di vita - alimentazione e attività fisica, fattori ambientali, sociali e familiari che possono contribuire al sovrappeso e obesità e il successo del trattamento, la crescita e lo stato puberale (per i bambini il riferimento saranno i percentili; per gli adolescenti saranno controllate le variazioni in Ht), pressione arteriosa, profilo lipidico, glicemia ed insulinemia a digiuno, funzionalità epatica ed endocrina

ii. Per la ricerca

Per migliorare la qualità dei trattamenti ed assicurare percorsi di cura idonei a coloro affetti da DCA, è necessario conciliare le conoscenze scientifiche, la ricerca e le conoscenze cliniche.

Esistono linee guida dell' Academy for Eating Disorders utili a rafforzare l'integrazione fra ricerca e pratica clinica nei DCA. Nella stesura sono stati adottati i principi utilizzati nell'ambito delle conoscenze, della ricerca e dell'EBM.

Il team multidisciplinare implicato nel trattamento dei DCA, dovrebbe riconoscere l'importanza dei dati scientifici, dei giudizi e dell'esperienza clinica quali contributi necessari alle conoscenze di base in modo da integrare ricerca e pratica clinica.

L'integrazione tra ricerca e pratica clinica deve rimanere una massima priorità nel campo dei DCA; ogni strategia e indicazione deve essere valutata, condivisa e continuamente aggiornata all'interno del team per assicurare che il percorso terapeutico rimanga attuale ed efficace.

Per assicurare un aggiornamento continuo ed efficace è indispensabile provvedere all'attivazione di corsi di formazione, congressi e, qualsiasi modalità di aggiornamento basato sull'evidenza che possa migliorare la comunicazione, la collaborazione e quindi le conoscenze tra ricerca e clinica.

Una maggiore interazione e dialogo tra ricercatori e clinici può aiutare a sviluppare un linguaggio uniforme per la descrizione delle complesse problematiche relative al trattamento dei DCA, la ricerca, l'educazione e la prevenzione.

L'applicazione di semplici strumenti di valutazione del trattamento nella pratica clinica può fornire ai clinici un prezioso feedback circa l'efficacia del loro trattamento e conseguentemente fornire dati per la ricerca futura.

e. Problemi aperti a cui non si può dare ancora una risposta

Esiste un sostanziale accordo sulla necessità di effettuare una valutazione multidimensionale. I problemi aperti riguardano le modalità di interazione dell'equipe al fine della condivisione delle informazioni raccolte e della loro sintesi per arrivare alla definizione del percorso di cura. Tale processo può e deve essere ripetuto nel corso del trattamento per tenere conto delle variazioni intervenute. La modalità di interazione migliore rimane probabilmente quella di una riunione periodica dei membri dell'equipe ma è fattibile facilmente in caso di equipe ospedaliera o comunque operante nello stesso centro mentre può diventare problematica in caso di professionisti che operano sul territorio in strutture o studi professionali diversi. A tale scopo potranno essere valutate modalità diverse anche basate sul web per consentire la gestione continua dei contatti. Il problema dell'interazione dell'equipe si interseca con quello della scelta del case manager che diventa la figura di riferimento dell'equipe. Nel caso dei DA le linee guida APA (2006) suggeriscono che lo psichiatra possa essere il coordinatore oppure possa collaborare in una equipe coordinata da una altra figura medico specialistica. Il coinvolgimento di figure professionali diverse è necessario ma non sufficiente ad ottenere una VMD perché è indispensabile che gli operatori dell'equipe siano formati nel campo dei DAO. A questo scopo la SISDCA può avere un ruolo fondante nei percorsi formativi.

Altro problema in corso di definizione è quello della scelta dei test psicodiagnostici da inserire di routine nella VMD in quanto spesso ogni equipe sceglie in base alla proprio esperienza o in base ai propri obiettivi di ricerca prevalenti.

I parametri raccolti durante la VMD inoltre non sono utili solo per la scelta del percorso di cura più appropriato ma dovrebbero anche essere valutati per il loro valore predittivo nei confronti dell'aderenza al trattamento e dell'outcome dello stesso. Nel trattamento dell'obesità il numero di soggetti che abbandonano il trattamento è ancora troppo elevato e compromette ogni impegno terapeutico. Sono stati condotti molteplici studi sui predittori di drop-out che hanno valutato sia le caratteristiche basali di tipo socio-anagrafico e antropometrico sia le

caratteristiche psicopatologiche dai pazienti obesi ma non sono state raggiunte conclusioni definitive. Secondo una recente rassegna (Moroshko 2011) giovane età, un basso livello scolastico, disagio psicologico espresso come depressione, ansia o bassa autostima sono positivamente associati ad un precoce abbandono del trattamento. Se tali fattori fossero confermati, la valutazione VMD potrebbe dunque anche essere indirizzata alla selezione dei pazienti a rischio di abbandono che richiedono quindi un trattamento più intensivo. Anche nell'ambito dei disordini alimentari ove si aggiunge spesso la difficoltà di rendere consapevole il paziente della necessità del trattamento la VMD potrebbe fornire utili elementi per predire la risposta al trattamento.

f. Brevi conclusioni

La complessità del quadro clinico (comorbidità organiche e psicopatologiche, aspetti motivazionali ambivalenti, situazioni familiari e sociali problematiche) che caratterizza le patologie comprese nei DAO rende necessaria la VMD per evitare l'eccessiva focalizzazione sui singoli aspetti che, presi singolarmente potrebbero risultare fuorvianti e limitanti nel formulare diagnosi e percorso terapeutico. Tale posizione è condivisa dalle linee guida italiane e internazionali (Donini 2010, APA 2006, NICE 2004).

L'implementazione della VMD nei DAO è possibile attraverso la costruzione di una équipe multidisciplinare comprendente figure professionali diverse che condividono strategie di valutazione e obiettivi comuni. Le figure professionali devono essere formate in modo specifico alla VMD in particolare alla conoscenza delle dimensioni da valutare, agli strumenti idonei a tale valutazione ed alla condivisione delle informazioni.

Le dimensioni da considerare nella valutazione comprendono aspetti medico-organici, nutrizionali, funzionali, psicopatologici e socio-culturali. Per la valutazione di ognuno di essi è opportuno basarsi su metodologie di indagine specifiche e validate. La VMD è determinante nel definire il piano assistenziale, che si articolerà su livelli progressivi in relazione alle informazioni emerse, nello specifico al grado di scompenso clinico, alla presenza di comorbidità medica e/o psichiatrica, del grado di disabilità e qualità della vita, degli eventuali fallimenti di interventi di livello inferiore.

Occorre tenere presente il rischio di eclettismo ed evitare che ogni figura professionale enfatizzi il suo ruolo dimenticando l'importanza delle altre figure e che la sua efficacia è condizionata dall'efficacia degli altri.

Il progetto PIADAO fornisce l'opportunità di costruire una rete di conoscenze condivisi per approfondire l'implementazione della VMD nella pratica clinica e nella ricerca.

g. Sitografia

WWW.AEDWEB.ORG 2012. Academy for Eating Disorders, Deerfield, IL, USA.

h. Bibliografia

ADA Evidence Analysis Library, 2012

Agras WS, Crow S, Mitchell JE, Halmi KA, Bryson S. 2009. A 4-year prospective study of eating disorder NOS compared with full eating disorder syndromes. The International journal of eating disorders 42: 565-70

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV-TR. 4th, Text Revised ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.

Anderlueh MB, Tchanturia K, Rabe-Hesketh S, Treasure J. 2003. Childhood obsessive-compulsive personality traits in adult women with eating disorders: defining a broader eating disorder phenotype. The American journal of psychiatry 160: 242-7

Armin S et al: ICF Core Sets of Obesity, J Rehabil Med. 2004; 44: 107-113.

Ashmore JA: Weight-based stigmatization, psychological distress, and binge eating behaviour among obese treatment-seeking adults. Eat Behav. 2008;9:203-209.

Banker JD, Klump, KL. The Research-Practice Gap: An Enduring Challenge for the Eating Disorders Field. Eating Disorders Review 2010;21(4).

Bedogni G, Cecchetto G: Manuale ANDID di valutazione dello stato nutrizionale, SEU 2009)

Berkman ND et al. Management of eating disorders. Rockville, MD, USA: Agency for Healthcare Research and Quality. Evidence Report/Technology Assessment; 135. 2006

Bohn K et al: The Clinical Impairment Assessment Questionnaire (CIA). In Fairburn CG (ed). Cognitive Behavior Therapy for Eating Disorders. New York: Guilford Press, 2008.

Chen EY et al. Depressed mood in class III obesity predicted by weight-related stigma. Obes Surg 2007;17(5):669-71.

Critical Points for Early Recognition and Medical Risk Management in the Care of Individuals with eating disorder AED REPORT 2012(2ND ed)

Day J, Schmidt U, Collier D, Perkins S, Van den Eynde F, et al. 2011. Risk factors, correlates, and markers in early-onset bulimia nervosa and EDNOS. *The International journal of eating disorders* 44: 287-94

Delinsky SS, Thomas JJ, Germain SA, Ellison Craigen K, Weigel TJ, et al. 2011. Motivation to change among residential treatment patients with an eating disorder: assessment of the multidimensionality of motivation and its relation to treatment outcome. *The International journal of eating disorders* 44: 340-8

Deurenberg P et al: The impact of body build on the relationship between body mass index and percent body fat. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 1999;23(5):537-542.

Donini LM et al: Obesity and Eating Disorders. Indications for the different levels of care. An Italian Expert Consensus Document. *Eating Weight Disord*.2010; 15(1-2).

Donini LM, Brunani A, Sirtori A, Savina C, Tempera S, Cuzzolaro M, Spera G, Cimolin V, Precilios H, Raggi A, Capodaglio P. Assessing disability in morbidly obese individuals: the Italian Society of Obesity test for obesity-related disabilities. *Disabil Rehabil*. 2011;33(25-26):2509-18

Donovan, M.S. et al. J.W. (Eds.), 2007. *How People Learn; Bridging Research and Practice*, Committee on Learning Research and Educational Practice, Commission on Behavioral and Social Sciences and Education, National Research Council, National Academy Press, Washington DC.

Eating disorder AED REPORT 2010

Enten RS, Golan M. 2009. Parenting styles and eating disorder pathology. *Appetite* 52: 784-7

Foster G. D. Wadden T. A. Swain R. M., Stunkard A. The Eating Inventory in obese women *J. International journal of obesity* 1998, vol. 22, n°8, pp. 778-785

Garfinkel P et al: *Anorexia nervosa: a multidimensional perspective*. New York: Brunner/Mazel. 1982.

Garner David M, Olmstead Marion P, Janet Polivy, Eating Disorder Inventory (EDI) *International Journal of Eating Disorders, Volume 2, Issue 2, pages 15-34*, Spring 1986, Article first published online: 13 Feb 2006

Garner David M., Garfinkel Paul E. et al, 1982. Eating Attitudes Test EAT-26 : Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12, 871-878

Grilo CM, Pagano ME, Stout RL, Markowitz JC, Ansell EB, et al. 2012. Stressful life events predict eating disorder relapse following remission: six-year prospective outcomes. *The International journal of eating disorders* 45: 185-92

Hay P, Buttner P, Mond J, Paxton SJ, Rodgers B, et al. 2010. Quality of life, course and predictors of outcomes in community women with EDNOS and common eating disorders. *European eating disorders review : the journal of the Eating Disorders Association* 18: 281-95

Hay PP, Bacaltchuk J, Stefano S, Kashyap P. 2009. Psychological treatments for bulimia nervosa and bingeing. *Cochrane Database Syst Rev*: CD000562

Keys A, et al: *The biology of human starvation*. Minneapolis: University of Minnesota Press; 1950.

Lock J. 2002. Treating adolescents with eating disorders in the family context. Empirical and theoretical considerations. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America* 11: 331-42

Morgan HG, Hayward AE et all. Clinical assessment of anorexia nervosa. The Morgan-Russell outcome assessment schedule; *Br J Psychiatry*. 1988 Mar;152:367-71 National Institutes of Health. *Clinical guidelines on the identification, evaluation and treatment of overweight and obesity in adults. The evidence report. Obesity Research* 1998;6(2):51S-209S

National Heart Lung and Blood Institute, (NHLBI), North American Association for the Study of Obesity, (NAASO). *Practical Guide to the identification, evaluation and treatment of overweight and obesity in adults*. Bethesda: National Institutes of Health; 2000.

National Institute for Health and Clinical excellence (NICE); 2006.

OMS-ICD-10-DCR, 1993.

Stunkard AJ, Messick S. Three Factor Eating Questionnaire Scale *Journal of Psychosomatic Research* 1985;29(1):71-83.

WHO. *International Classification of Functioning, Disability and Health*, 2001. World Health Organization. Switzerland:Geneva; 2001

11.a. Il Razionale per i Criteri di Appropriatezza e Congruità. Aspetti organizzativi dei 5 livelli di cura

Donini+Rovera, DiFlaviano, Zini

a. Introduzione

i. Definizione di appropriatezza e congruità

ii. Quesiti: elenco delle domande a cui si tenterà di rispondere

quali sono i criteri di appropriatezza e congruità proposti nelle diverse realtà regionali per l'accesso alle cure ?

quali sono i limiti ed i condizionamenti in termini di accesso alle cure legati ai criteri di appropriatezza/congruità ?

qual'è l'impatto sull'organizzazione del lavoro legato ai criteri di appropriatezza e congruità ?

i. Definizione di appropriatezza e congruità

Secondo il dizionario della lingua italiana DE Voto-Oli è "appropriato" ciò che risulta adeguato (ad esempio a una circostanza), preciso (ad esempio in risposta a determinati bisogni), calzante (soprattutto con riferimento a espressioni verbali o linguistiche), opportuno. In generale, al centro del concetto risiede dunque l'idea che un'espressione verbale o un comportamento, ma anche un'azione, una scelta, una decisione, sia appropriata quando risulti "adatta, conveniente, giusta" per la situazione in cui si verifica. Il concetto di appropriatezza che si è andato sviluppando nell'ambito dei servizi e dell'assistenza sanitaria" trova ovvie radici in questi significati; in termini più specifici, una cura può considerarsi appropriata quando sia associata a un beneficio netto o, più precisamente, quando è in grado di massimizzare il beneficio e minimizzare il rischio al quale un paziente va incontro quando accede a determinate prestazioni o servizi. Il Servizio Sanitario Nazionale garantisce la tutela della salute dei cittadini, e pertanto lo Stato e le Regioni dedicano una parte consistente delle risorse pubbliche per realizzare e mantenere i servizi, le attività e le prestazioni che contribuiscono al conseguimento di tale obiettivo, unitamente a interventi indiretti verso altri fattori importanti, come i comportamenti dei singoli cittadini.

In tale situazione, di particolare importanza è il concetto di appropriatezza, stante esprimere la misura dell'adeguatezza delle azioni intraprese per trattare uno specifico stato patologico, secondo criteri di efficacia ed efficienza che coniugano l'aspetto sanitario a quello economico. Con l'appropriatezza, quindi, si valutano insieme gli standard clinici e quelli economici, con l'intento di individuare gli interventi nell'ambito di criteri il più possibile certi.

Si tratta evidentemente di un concetto dinamico, condizionato dall'evoluzione della domanda (a sua volta legata al modificarsi, per esempio, del profilo delle patologie note, al comparire di malattie nuove, al progresso tecnologico) e dalla variabilità della disponibilità della spesa sanitaria, soggetta alle mutazioni dell'economia mondiale e nazionale.

Il significato di appropriatezza ha rappresentato il filo conduttore dei principali documenti di programmazione sanitaria e la normativa sui Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) (www.salute.gov.it), dove si legge che "le prestazioni che fanno parte dell'assistenza erogata non possono essere considerate essenziali, se non sono appropriate". In generale, si può affermare che un intervento sanitario è appropriato quando è di efficacia provata da variabili livelli di evidenza, e prescritto appropriatamente al paziente, nel momento giusto e per un'adeguata durata, e gli effetti sfavorevoli sono accettabili rispetto ai benefici.

L'appropriatezza professionale deve inoltre coniugarsi a un'appropriatezza organizzativa ed economica, intesa come utilizzazione della giusta quantità di risorse professionali e logistiche, inclusi le componenti tecnologiche, gli adeguati indicatori qualitativi e quantitativi e gli strumenti. In altre parole, l'appropriatezza professionale

(o clinica) garantisce che i benefici per il paziente superino significativamente gli eventuali rischi o svantaggi, sulla base delle evidenze scientifiche disponibili. A sua volta, l'appropriatezza organizzativa (o economica) consente che le modalità di erogazione della prestazione (es. ambulatoriale o ricovero diurno o ordinario) utilizzino il giusto e l'adeguato impiego di risorse economiche, a parità di sicurezza ed efficacia terapeutica. Così che un trattamento (p.e. ricovero in acuto H24) possa risultare appropriato clinicamente ma non appropriato economicamente perché lo stesso beneficio il paziente poteva ottenerlo ad un livello di assistenza meno intenso (p.e. day hospital).

Inoltre, nella storia naturale di qualunque condizione o trattamento, è possibile fissare un punto prima del quale è inappropriato intervenire o fornire un servizio e, analogamente, è possibile fissare un punto oltre il quale un servizio diventa inappropriato, in gran parte a causa della perdita di benefici in quella determinata fase di malattia o di bisogno di assistenza.

La congruità definisce invece l' adeguatezza dell'intervento diagnostico, terapeutico o riabilitativo, cioè l'impiego di strumenti e strategie risulta adeguato al tipo di problematica nel corso di un trattamento appropriato (p.e. in un ricovero appropriato in acuto per dolore precordiale persistente, non è congruo effettuare una anche una Radiografia dell'anca; durante un programma di riabilitazione nutrizionale non è congruo la revisione chirurgica di piaga da decubito; in corso di ricovero per chirurgia bariatrica è congruo effettuare una indagine radioscopica addominale post operatoria).

ii. Quesiti: elenco delle domande a cui si tenterà di rispondere quali sono i criteri di appropriatezza e congruità proposti nelle diverse realtà regionali per l'accesso alle cure ?

Nel corso del 2009 un gruppo di esperti sotto l'egida delle principali società scientifiche in ambito nutrizionale (SIO, SISDCA) ha emanato un documento di Consenso (L. Donini et Al. 2010) sui criteri di appropriatezza dei differenti livelli di trattamento dei Disturbi della Alimentazione e della obesità. Il documento di Consenso suggerisce una rete di assistenza organizzata in 5 livelli di cura: primo livello: medicina di base e SIAN; secondo livello: ambulatorio specialistico in rete interdisciplinare (aree internisticometabolico-nutrizionale e psicologico-psichiatrica); terzo livello: day hospital (diagnostico/terapeutico-riabilitativo), day service, centro diurno (terapeutico-riabilitativo); quarto livello: riabilitazione intensiva residenziale (cod. 56 o ex art. 26) o riabilitazione psichiatrica (incluse le comunità terapeutico-riabilitative); quinto livello: ricoveri H24 (ricovero ordinario). Sono state proposte due schede, una per la valutazione dei DA e una per l'Obesità, validate da uno studio multicentrico (Donini LM et Al., 2011). La scheda per i disturbi della alimentazione (SSA-RMNP-DA) mediante la valutazione della diagnosi (DSM IV R, della comorbilità medica e psichiatrica, e dei precedenti trattamenti, calcola un punteggio che se superiore o uguale a 20 definisce appropriato il trattamento riabilitativo intensivo residenziale. La scheda di appropriatezza per l'obesità (SSA-RMNP-O) tiene conto della classe di peso, della comorbilità medica, della presenza di altri fattori che incrementano la morbilità e dei precedenti trattamenti. Il calcolo del punteggio è più articolato, infatti valori superiori 25, indica appropriatezza per la riabilitazione intensiva residenziale, valori compresi tra 20 e 25 indicano appropriatezza per la riabilitazione semiresidenziale (DH-R) mentre punteggi inferiori a 20 indicano il trattamento ambulatoriale specialistico multidisciplinare.

Come già indicato nella Consensus SIO-SISDCA 2010 fanno parte della rete assistenziale e riabilitativa anche i ricoveri H24. Un ricovero ordinario di una settimana può infatti precedere il percorso riabilitativo potendo avvenire a seguito di evento acuto o essere programmato sulla base del livello di comorbosità e di rischio clinico (SSA-RMNP-O \geq 30). Tale ricovero è finalizzato alla stabilizzazione delle condizioni cliniche e ad una valutazione multidimensionale interdisciplinare che può consentire un più efficace percorso riabilitativo successivo.

L'unica regione Italiana che al momento ha recepito, modificandolo, il documento di consenso SIO-SISDCA è quella Veneta (DGR N° 94 del 31-01-2012 e Dec. N° 99 del 09-07-1012), che ha realizzato una rete assistenziale, almeno teoricamente, organizzata in Hub e Spoke. La scheda di appropriatezza per la riabilitazione dei disturbi della alimentazione non basa però la valutazione su di un determinato punteggio ma sulla presenza di uno più dei seguenti criteri clinici: mancata risposta a trattamenti di livello inferiore, rischio fisico o psichiatrico che rende inappropriato il trattamento ambulatoriale, difficoltà psicosociali che ostacolano il trattamento ambulatoriale.

Nel caso della obesità la scheda di valutazione è abbastanza simile a quella originale SIO-SISDCA, ma la regione Veneto ha voluto facilitare l'accesso ai pazienti di età inferiore a 45 anni a cui viene attribuito il punteggio positivo di 10 mentre a quelli di età superiore a 65 vengono sottratti 3 punti. Inoltre viene considerato appropriato il ricovero in riabilitazione intensiva quando il punteggio è uguale o superiore a 21.

Nelle altre regioni la regolamentazione è inesistente o comunque incompleta. La regione Umbria (LGRU 2001) afferma che "per stabilire il protocollo di trattamento più appropriato alla situazione clinica è molto importante una corretta diagnosi del tipo e della gravità del disturbo presente nel paziente. Questo permetterà di definire la strategia terapeutica e di valutare se il trattamento potrà essere

effettuato presso una struttura ambulatoriale, una struttura residenziale o semiresidenziale, o se esistono le condizioni per un ricovero ospedaliero. La terapia ambulatoriale rimane l'approccio di elezione ai DCA, per ragioni cliniche ed anche economiche. L'approccio terapeutico ambulatoriale ai DCA deve prevedere in tutti i casi l'utilizzazione combinata e contemporanea del trattamento nutrizionale e psicoterapeutico rivolto alla paziente ed un trattamento di supporto o terapeutico per i familiari. Nella pratica clinica, uno dei criteri più utilizzati, per passare ad un livello di cura più intenso, è la mancata risposta al livello di trattamento in atto".I criteri di selezione delle pazienti per l'accesso ad una struttura residenziale o semiresidenziale sono quelli indicati nelle Linee Guida dell'APA (2000)che tengono comunque conto di aspetti medici e psicosociali. Nessuna menzione viene fatta per l'obesità fatta eccezione per i casi di DAI.

Nella Regione Emilia Romagna nel 2009 il Tavolo Regionale DCA ha pubblicato le linee di indirizzo tecnico, anche esse indicano in una organizzazione in rete dei servizi per il trattamento dei DCA.

In relazione all'appropriatezza per 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 al ripristino di uno stato nutrizionale sano e di comportamenti alimentari fisiologici e salutari, alla interruzione dei comportamenti compensatori, alla educazione psicologica in merito alla possibilità di modificare i comportamenti alterati di nutrizione, alla identificazione e gestione degli aspetti psicologici e relazionali della malattia e infine all'identificazione ed al trattamento delle condizioni di comorbidità". La regione Toscana con delibera 657 del 17-9-2007 ha approvato "linee di indirizzo in tema di sorveglianza nutrizionale, prevenzione e promozione di sani stili di vita e percorso assistenziale del soggetto obeso", con la previsione di attivazione di una rete di servizi territoriali, ospedalieri e di centri di elevata specializzazione caratterizzata dalla presenza di tutte le discipline coinvolte nella diagnosi e nella terapia dell'obesità e delle sue complicanze. E' prevista la condivisione tra le diverse categorie professionali dei programmi di trattamento in modo da garantire la continuità terapeutico-assistenziale e l'ottimizzazione delle risorse, attraverso i seguenti livelli di intervento: Ambito territoriale (medici di medicina generale, pediatri di famiglia,centri ambulatoriali di riferimento); Ambito ospedaliero: (possibilità di ricovero in regime di day hospital o di ricovero ordinario,disponibilità di molteplici strumenti terapeutici inclusa la chirurgia bariatrica,accesso facilitato ai centri di elevata specializzazione per il trattamento delle gravi obesità,possibilità di accesso alle strutture di riabilitazione dell'obesità).

La Delibera prevede,affinché il trattamento dell'obesità risulti efficace, sia in termini di risultati che di mantenimento degli stessi, è necessario affiancare all'intervento medico inteso in senso stretto un intervento educativo che consenta al soggetto di comprendere le cause del problema e di mettere in atto nella vita di tutti i giorni i comportamenti idonei a raggiungere gli obiettivi prefissati. Il mantenimento di un sufficiente livello di esercizio motorio viene considerato il momento primario della rieducazione, da affiancare alla riabilitazione nutrizionale e comportamentale.

A tal fine vengono istituiti dei centri di rieducazione e riabilitazione del paziente obeso che utilizzano l'opera di personale qualificato, attraverso idonee convenzioni stipulate dalle Aziende Ospedaliere. Viene definito che il programma terapeutico debba prevedere lo svolgimento di un'attività fisica personalizzata, intesa come riabilitazione e rieducazione in piscina, in palestra ed in percorsi esterni accanto all'attuazione di interventi di rieducazione e riabilitazione nutrizionale di gruppo volti al recupero del controllo alimentare, all'apprendimento di nuovi stili comportamentali e di modalità più funzionali di gestione della propria alimentazione, nonché di incontri psicoeducativi di gruppo volti al miglioramento della compliance al trattamento, al recupero dell'autostima e all'acquisizione di capacità di problem solving.

Quali sono i limiti ed i condizionamenti in termini di accesso alle cure legati ai criteri di appropriatezza/congruità ?

La situazione assistenziale attuale a livello nazionale non appare, complessivamente, soddisfacente, sia per la disomogeneità delle prestazioni erogate che per l'inadeguatezza delle risorse disponibili rispetto alle necessità assistenziali. In particolare, sono carenti strutture idonee per il trattamento terapeutico e riabilitativo in regime di residenzialità e semiresidenzialità.

Le indicazioni nazionali relativamente alla assistenza per le patologie nutrizionali risalgono alla raccomandazioni del Ministero della Sanità del 1998 e dalle Linee Guida LIGIO del 1999.

Pertanto il trattamento delle patologie nutrizionali trova risposta quasi esclusivamente in seguito ad eventi acuti (Insufficienza respiratoria in un paziente obeso, sincope in paziente con anoressia nervosa, gravi aritmie in paziente con bulimia nervosa, ecc.) o per la terapia chirurgica della obesità. Il ricovero ordinario può quindi avvenire in unità di medicina interna e, in alcuni casi (autolesionismo in paziente con bulimia nervosa, episodio dissociativo in anoressia nervosa, ecc.), in Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura. Nei reparti internistici il paziente obeso viene trattato per il suo evento acuto e dimesso, spesso senza neppure la menzione della obesità nella Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO), con la semplice indicazione al calo ponderale. I pazienti con disturbo della alimentazione vengono presi in carico con difficoltà sia per la manifesta resistenza al trattamento del paziente che per la impreparazione del personale non formato all'uso.

Il trattamento ospedaliero delle patologie nutrizionali dovrebbe avere il ruolo di prevenzione secondaria, cioè di protezione del paziente da eventi acuti di scompenso e di prevenzione delle disabilità, quindi rispettare i tempi e i modi della medicina riabilitativa. Attualmente il ricovero in medicina riabilitativa (Cod 56) in genere avviene dopo un ricovero ordinario, quando le condizioni cliniche del paziente sono stabilizzate ma esso necessita ancora di interventi che per intensità, coinvolgimento di professionalità e durata, non siano realizzabili in altro ambiente (es. Ambulatorio, riabilitazione estensiva). Quindi il ricovero in medicina riabilitativa prevede la quasi obbligatorietà dell'evento acuto, evento che quando si manifesta in patologie croniche come l'obesità e disturbi della alimentazione, o indirizzano a setting riabilitativi di altra specializzazione (Es.: nel caso dell'obesità complicata da IMA ed eventuale intervento cardiocirurgico, la riabilitazione post acuzie sarà di tipo cardiologico), oppure non si verificano nel momento in cui il paziente è disponibile e motivato all'intervento riabilitativo specifico (Es.: nel caso di un ricovero ordinario per aritmie e collasso in paziente con anoressia nervosa con abbuffate e condotte di eliminazione, difficilmente trova la paziente pronta e motivata al percorso di riabilitazione psiconutrizionale). La regione Veneto con le due norme sopra ricordate ha definito la possibilità del ricovero in medicina riabilitativa (Cod 56) per Disturbi della alimentazione e obesità indipendentemente dall'evento acuto.

In altre regioni la mancanza di queste norme determinano sovente ricoveri ordinari inappropriati (quindi con scheda SSA-RMNP-O ≥ 30 con un punteggio inferiore a 30) finalizzati all'avvio del ricovero in medicina riabilitativa. Altra criticità è rappresentata dai limiti soglia della durata del ricovero in medicina riabilitativa. Fino allo scorso ottobre la soglia era stabilita per MDC 10 (Malattie e disturbi Metabolici, endocrini e nutrizionali) in sessanta giorni, oltre tale limite la tariffa di rimborso del SSN veniva abbattuta.

Con D.M. del 18.10.2012 tale limite soglia è stato portato a 30 giorni. Tempi sicuramente non adeguati agli obiettivi minimi del progetto individuale di riabilitazione di pazienti affetti da queste patologie.

Qual'è l'impatto sull'organizzazione del lavoro legato ai criteri di appropriatezza e congruità ?

Le conseguenze del mancato recepimento delle norme di appropriatezza definite dalla Consensus SIO-SISDCA da parte delle maggior parte delle regioni, e la necessità di utilizzare per queste patologie norme stabilite per altre patologie, si manifestano con difficoltà per i pazienti che necessitano di cure nel trovare risposte congrue da parte del SSN. Abbiamo già detto del rischio di ricoveri ordinari inappropriati per aggirare l'impossibilità al ricovero diretto in medicina riabilitativa, ma diventa inappropriato anche un ricovero in medicina riabilitativa che sia limitato a 30 giorni, perchè inefficace e inefficiente per il raggiungimento degli obiettivi del programma riabilitativo individuale.

Tali difficoltà spesso portano a perpetuare per mesi e a volte per anni trattamenti ambulatoriali, quando hanno già dimostrato la loro inefficacia. D'altro canto non è raro osservare in aree dove è disponibile e regolamentato il ricovero in medicina riabilitativa o in DH riabilitativo, fare eccessivamente ricorso a queste procedure per mancanza di strutture ambulatoriali dedicate o per inefficacia clinica ed organizzativa di quelli esistenti.

Spesso poi pur esistendo sul territorio strutture dei vari livelli organizzativi descritti e auspicati dal documento di consenso, questi non risultano collegati in rete.

b. Stato dell'arte

- i. Modalità di applicazione di criteri di appropriatezza e congruità nell'organizzazione di servizi sanitari
- ii. Esperienze desunte dalla letteratura e dalle normative
- iii. Modalità di applicazione di criteri di appropriatezza e congruità nell'organizzazione di servizi sanitari

i. La modalità di applicazione dei criteri di appropriatezza rispecchiamo le disomogeneità nazionale e la mancanza del recepimento delle linee di indirizzo dettate dalla Consensus. La necessità di cura da parte dei pazienti trova spesso i medici di medicina generale impreparati. D'altro canto la presenza sul territorio nazionale di ambulatori specialistici per Obesità e DCA non sempre è conosciuta e l'organizzazione non è adeguata alla richiesta. Tranne in alcune fortunate realtà, la indispensabile multidisciplinarietà è realizzata solo in modo teorico, con specialisti mutuati da altri servizi, già sovraccarichi di impegni. Il paziente che riesce ad accedere ad un centro specialistico è possibile che si trovi a vagare da un servizio all'altro alla affannosa ricerca della necessaria multidimensionalità dell'intervento.

In altri casi l'intervento è realizzato con una così ampia diluizione dei tempi da rendere lo stesso incongruo e inappropriato.

L'accesso poi a livelli assistenziale di livello più elevato (DH, Riabilitazione residenziale) rasenta spesso modalità paradossali, ciò induce il paziente e i suoi familiari a cercare l'accesso alle cure in condizioni critiche ciò comporta spesso il ricorso al pronto soccorso che decide, il più delle volte, per ricoveri ordinari presso unità operative di medicina o servizi di psichiatria. Ad esempio la anoressia nervosa è comunemente associata a gravi disabilità fisiche, psicologiche e sociali, alti livelli di mortalità (Centro di Coordinamento Nazionale per la Salute Mentale, 2004) e un carico di costi significativi (Striegel-Moore et al, 2000; Simon et al, 2005). I giovani con anoressia nervosa sono spesso ricoverati in ospedale per il trattamento. Questo è dannoso per la vita scolastica, familiare e sociale, inoltre il regime di ricovero è una scelta costosa e le prove a sostegno della sua efficacia sono scarsi (Romeo et al, 2005). Il ricorso al trattamento specializzato di intensità decrescente, che preveda il ricorso alla riabilitazione residenziale seguita dal Day Hospital e successivamente dalla psicoterapia ambulatoriale dimostra di essere molto conveniente relativamente al costo sostenuto per ogni anno di vita salvata (Crow S J, Nyman J A. 2004). In alcune realtà i centri di riabilitazione residenziale sono extraospedalieri e sono organizzati secondo le norme dettate dalla Legge 833 del 1978 (Ex art 26). L'accesso in queste strutture deve essere preventivamente autorizzato dal terzo pagante che coincide con il distretto sanitario di base (DSB). In questo ambiente la riabilitazione è intesa come intervento applicabile nell'ambito neuromotorio ed al massimo cardiorespiratorio. D'altronde la riabilitazione, secondo quanto recentemente riportato nei risultati di un tavolo Tecnico del Ministero della salute, per l'86% interessa queste specialità. La riabilitazione nutrizionale viene quindi disconosciuta se non emarginata, in particolare il soggetto obeso si trova a vivere una condizione quasi di ostilità dal punto di vista medico, educativo e occupazionale, che è correlato al grado di obesità. Il fenomeno della stigmatizzazione si associa a un aumento dello stato depressivo e a una riduzione della stima di sé, più evidente nelle donne con utilizzo di meccanismi di difesa primitivi, immaturi e scarsamente adattivi (es. rimozione, negazione, proiezione e scissione) che comportano una maggiore distorsione della realtà. L'emarginazione sociale e la discriminazione lavorativa fanno parte della stigmatizzazione. L'essere obeso o a volte anche semplicemente sovrappeso può costituire criterio di esclusione nel contesto dell'assunzione lavorativa o della partecipazione a concorsi pubblici. Contrariamente ai portatori di handicap, ritenuti dalla società "non colpevoli" della loro condizione e quindi ovviamente giustificati e aiutati, la persona obesa viene ritenuta "responsabile" e come tale viene penalizzata nell'accesso alle cure.

c. Discussione

- i. Vantaggi e svantaggi legati all'adozione di criteri di appropriatezza e congruità nell'organizzazione di servizi sanitari
- ii. Riorganizzazione del lavoro in funzione di criteri di appropriatezza e congruità
- iii. Applicabilità ai DAO dei criteri di appropriatezza e congruità

i. Vantaggi e svantaggi legati all'adozione di criteri di appropriatezza e congruità all'organizzazione di servizi sanitari

L'adozione di criteri di appropriatezza (A) e congruità nella diagnosi e terapia, oltre ad essere di norma vantaggiosa costituisce oggi un requisito imprescindibile di buone pratiche cliniche. Compare infatti per la prima volta in documenti

istituzionali nella Raccomandazione 17/1997 del Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa, come "componente della qualità dell'assistenza sanitaria"; è stata poi inserita nei Piani Sanitari Nazionali (SSN) e nella normativa sanitaria (Patto per la Salute 2010).

L'A. è condizione per il "governo clinico", che comprende a sua volta aspetti sia clinici che organizzativi. L'A. clinico-professionale riguarda l'uso di interventi, procedure e percorsi dotati di evidenza di efficacia e con un rapporto costo-benefici favorevole per il paziente, utilizzati con indicazioni appropriate, con adeguate competenze e secondo standard riconosciuti, misurati con indicatori di esito e di processo; oggi presuppone inoltre il ruolo centrale del paziente in scelte consapevoli guidate dai suoi valori e degli aspetti relazionali (A. deontologica). Essa in definitiva riguarda la ricerca del "bene" per il paziente. L'A. organizzativa e gestionale ci riporta al contesto sociale e culturale e particolarmente all'allocazione delle risorse, con particolare riferimento al setting assistenziale e ai professionisti coinvolti; essa è pertanto condizione per garantire i principi di universalità e di equità di erogazione dei servizi da parte del SSN oggi appesantito da spese crescenti e risorse finite, ma è anche strumento di traduzione concreta di appropriate indicazioni cliniche in buoni processi di cura. Strumento di diffusione delle evidenze sono le Linee Guida (LG) e le Raccomandazioni degli esperti.

I vantaggi legati all'adozione di criteri di A. nella diagnosi e terapia dei DAO riguardano alcuni frequenti punti critici: la disomogeneità delle cure erogate, l'accesso ai sistemi curanti; l'utilizzo regolare di strategie diagnostiche e terapeutiche strutturate, efficaci e basate sulle evidenze; la continuità delle cure nelle diverse fasi di malattia: acuzie, stabilizzazione, traslazione transdiagnostica, guarigione/miglioramento, andamento protratto, cronicizzazione, riacutizzazione, residue problematiche psicopatologiche di asse I o di asse II secondo il sistema classificativo (DSM-IV e DSM-5).

Critici sono anche i modelli organizzativi di cura oggi disponibili in Italia: ambulatori mono- o plurispecialistici, che spesso assicurano terapie focalizzate sul DAO, ma non trattamenti interdisciplinari nè continuità nelle fasi più acute di malattia; il modello della "rete" dei servizi sanitari pubblici, che spesso garantisce l'intercettazione estesa dei pazienti in sedi di prossimità e continuità di cure per psicopatologie concomitanti, ma raramente fornisce servizi specializzati e intensivi per i DAO, atti a prevenire il rischio di cronicizzazione della patologia; il modello "a core", secondo il quale la terapia dei DAO avviene in "Ville" dislocate disomogeneamente nel territorio, specializzate nella cura intensiva del DAO, ma frequentemente in difficoltà a garantire la continuità delle cure pre e post-ricovero. L'organizzazione di modelli appropriati di cura deve invece garantire sia l'approccio focalizzato, intensivo e competente del DAO, sia la continuità delle cure e della complicità.

L'adozione di LG non è scevra da svantaggi, in particolare il rischio di standardizzare i trattamenti, a scapito della loro individualizzazione; tale svantaggio può però essere ovviato da una buona formulazione diagnostica, che consente di distinguere fra disturbi (che possono essere trattati con protocolli standardizzati) e pazienti (trattati secondo la FC individualizzata), con un competente approccio clinico in equipe (Person e Tompkins 1997).

ii. Riorganizzazione del lavoro in funzione di criteri di appropriatezza e congruità e applicabilità ai DAO.

Il problema riguarda alcune domande essenziali: quali modelli clinici e organizzativi meglio rispondono ai problemi attuali del paziente? Quale è il setting ideale per il trattamento del DAO del nostro paziente? Quali criteri consentono di modulare l'intensità dell'intervento? (Donini et al 2010).

Premessa è la condivisione del modello "bio-psico-sociale" o multidimensionale di interpretazione dei DAO, che presuppone interventi di tipo medico-biologico, psicoterapeutici e psico-educazionali e ambientali.

Ulteriore premessa è un modello di assessment diagnostico strutturato teoretico che, in accordo con le LG basate sulle evidenze (ADA 2006; APA 2006; NICE 2004), identifica diverse componenti: 1) il DAO nella sua complessità (nucleo psicopatologico specifico, comportamenti disfunzionali, fattori specifici di mantenimento, complicanze e co-patologie psichiatriche e mediche, 2) i sottostanti nuclei di pensiero e gli aspetti relazionali problematici e infine 3) il significato funzionale che lega il DAO stesso agli aspetti psichici e relazionali e ai fattori predisponenti e scatenanti, desumibili dalla storia di vita. Sulla base della formulazione diagnostica, è possibile strutturare interventi appropriati che affrontino in maniera strategica i problemi attivi, i fattori di mantenimento e le diverse fasi di malattia.

La recente Consensus Conference del 2012 relativa ai DAO presso l'Istituto Superiore di Sanità del Ministero della Salute (in press) ha evidenziato che la letteratura approfondisce a tutt'oggi singoli aspetti, ma non affronta in maniera soddisfacente i percorsi diagnostico-terapeutici dei DAO nel loro complesso. Inoltre, le LG disponibili (NICE 2004) descrivono alcuni aspetti organizzativi propri del SSN inglese, mentre non esistono sufficienti dati relativi al SSN italiano. Peraltro, l'accesso a cure appropriate risulta comunque inadeguato anche nei paesi anglosassoni (Hart et al 2011). Un interessante documento di consenso, elaborato recentemente da alcune Società Scientifiche: Società Italiana per l'Obesità (SIO) e Società Italiana per i Disturbi del Comportamento Alimentare (SISDCA), suggerisce alcuni criteri di appropriatezza organizzativa applicabili alla realtà italiana (Donini et al 2010).

Sulla scorta di queste premesse, sono ipotizzabili alcune indicazioni per una riorganizzazione dell'assistenza secondo criteri di appropriatezza. Innanzitutto, alla base del programma terapeutico e dei modelli organizzativi deve essere un buon assessment interdisciplinare strutturato, che consente di ipotizzare una strategia terapeutica e metodiche teoreticamente fondate, sulla base del problema attuale (acuzie medica o psichiatrica, possibilità di psicoterapia, complicanze e co-patologie, andamento protratto o cronicizzato). I criteri per l'indicazione terapeutica non sono diagnostici (diagnosi categoriale di DAO), ma relativi alla gravità clinica (stato di nutrizione, rischio cardiovascolare e endocrinologico, stato psichico, funzionalità motoria, indicatori somatici e psichici di gravità). I principi fondamentali alla base dei modelli organizzativi sono: 1) il "team approach" multidimensionale e interdisciplinare: il team è responsabile del caso clinico e garante della continuità e della coerenza dei trattamenti nelle diverse fasi di malattia; 2) i "setting assistenziali multipli", in contatto con i Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di libera scelta (PLS): primo livello: MMG e PLS; secondo livello: ambulatorio specialistico (ospedaliero e non) in rete interdisciplinare; terzo livello: day service, day hospital, centro diurno; quarto livello: riabilitazione intensiva residenziale; quinto livello: ricoveri H24, ordinari e d'emergenza.

Le LG e il documento di Consensus indicano criteri di appropriatezza per il passaggio dal livello ambulatoriale, elettivo in pazienti non scompensati e collaboranti (Gowers et al 2010), a quelli più intensivi, in funzione dei fattori di rischio biologico e psichico, della compliance, delle risorse disponibili e delle situazioni ambientali e se non si osservano segni di miglioramento dopo alcune settimane di cure ambulatoriali. I ricoveri ospedalieri in emergenza e i trattamenti sanitari obbligatori durano alcune settimane, con l'obiettivo di risolvere la fase critica e di indirizzare a trattamenti successivi, compresa la psicoterapia, individuale o familiare.

La letteratura fornisce inoltre le evidenze, in realtà tuttora sporadiche e su casistiche limitate, di interessanti modelli organizzativi alternativi, come terapie mediante telemedicina o di gruppo o autoguidati (Lanchester et al 2008; Peterson et al 2009).

d. Raccomandazioni

i. Per la pratica clinica

ii. Per la ricerca

In conclusione, anche per i DAO l'uso di criteri di appropriatezza clinica, sulla scorta di un assessment strutturato, è la base per un trattamento ragionato ed efficace dei DAO; l'appropriatezza organizzativa e gestionale consente di fondare il trattamento clinico su basi di fattibilità e di efficacia.

Le raccomandazioni per la pratica clinica riguardano alcuni principi: diffondere terapie focalizzate sui DAO, specifiche e intensive, oltre che integrate con la terapia dei fattori psicopatologici e relazionali; fondare il piano terapeutico (obiettivi, strategie, tecniche, temporizzazione degli interventi) sulla formulazione diagnostica strutturata; monitorare con regolarità la gravità clinica, biologica e psichica, che costituisce il criterio decisionale prioritario; trattare il DAO mediante un team interdisciplinare, che garantisca il monitoraggio e il trattamento regolare del rischio biologico, degli aspetti nutrizionali e di quelli psicoterapeutici; usare setting terapeutici a diversa intensità.

Le raccomandazioni per la ricerca riguardano in particolare: la valutazione di percorsi clinici complessivi, che garantiscano cure focalizzate e intensive e continuità terapeutica, in particolare nella realtà del SSN italiano; la valutazione di costi ed efficacia di diversi percorsi e setting; l'adozione regolare di modalità di assessment e terapia strutturata.

e. Sitografia

f. Bibliografia

1. American Dietetic Association (ADA). Position of the American Dietetic Association: nutrition intervention in the treatment of anorexia nervosa, bulimia nervosa and other eating disorders. *J Am Diet Assoc.* 2006; 106:2073-2082.
2. American Psychiatric Association (APA). Practice guideline for the treatment of patients with Eating Disorders. Third Edition. 2006.
3. Crow SJ, Nyman JA. The cost-effectiveness of anorexia nervosa treatment. *International Journal of Eating Disorders* 2004; 35(2): 155-160
4. Donini LM et al. Obesity and Eating Disorders. Indications for the different levels of care. An Italian Expert Consensus Document. *Eat Weight Disord.* 2010 Mar-Jun; 15(1-2 Suppl):1-31.
5. Donini LM et al. Assessing disability in morbidly obese individuals: the Italian Society of Obesity test for obesity-related disabilities. *Disability and Rehabilitation*, 2011; Early Online, 1-10
6. Falkner NH et al. Mistreatment due to weight: prevalence and sources of perceived mistreatment in women and men. *Obes Res.* 1999; 7(6):572-576
7. Gowers et al: A randomized controlled multicentre trial of treatments for adolescent anorexia nervosa including assessment of cost-effectiveness and patient acceptability – the TOUCAN trial. *Heath Techn Ass* 2010; 14:15: 1-95.
8. Hart et al: Unmet need for treatment in the eating disorders, A systematic review of eating disorder specific treatment seeking among community cases. *Clin Psychol Rev.* 2011; 31: 727-735.
9. Indicatori di appropriatezza organizzativa. Patto per la Salute 2010-2012. Ufficio VI della Direzione Generale del Ministero della Salute (2010) pag 1-11.
10. Lanchaster K et al: A randomized trial comparing the efficacy of cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa delivered via telemedicine versus face-to-face. *Behav Res Ther.* 2008; 46(5):581-592.
11. MINISTERO DELLA SANITÀ, Commissione di studio per l'assistenza ai pazienti affetti da anoressia e bulimia nervosa, in: *Annali della Sanità Pubblica.* (Nuova Serie), 1998, Vol III, fasc. 1, 2, 3, pp. 9-20.
12. National Collaborating Centre for Mental Health (2004) Core Interventions in the Treatment and Management of Anorexia Nervosa and Related Eating Disorders. *British Psychological Society & Gaskell.*
13. National Institute for Clinical Excellence (NICE). Eating disorders: Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders. *Clinical Guideline 9.* 2004. www.nice.org.uk/CG009NICEguideline
14. Persons JB and Tompkins MA. Cognitive-behavioral case formulation. In: Eells TD. *Handbook of psychotherapy case formulation.* Pag 68-88, The Guilford Press, New York, 1997.
15. Peterson et al. The efficacy of self-help group treatment and therapist-led group treatment for binge eating disorder. *Am J Psychiatry* 2009; 166:12-17.
16. Puhl RM, Brownell KD. Confronting and coping with weight stigma: an investigation of overweight and obese adults. *Obesity (Silver Spring).* 2006; 14(10):1802-1815
17. Regione dell'Umbria Direzione Regionale Sanità e Servizi Sociali, Linee Guida Regionali: *Disordini del Comportamento.* Collana I Quaderni. Maggio 2001
18. Regione Emilia Romagna, Direzione generale sanità e politiche sociali, Servizio salute mentale. Linee di indirizzo tecnico per la costruzione di percorsi clinici per persone affette da Disturbi del Comportamento Alimentare attuazione DGR 1298/09). Settembre 2009
19. Romeo R et al. Economic cost of severe antisocial behaviour in children and who pays it. *British Journal of Psychiatry.* 2006; 188: 547-553.
20. Simon J et al. The health service use and cost of eating disorders. *Psychological Medicine.* 2005; 35:1543-1551.
21. Striegel-Moore RH et al. One-year use and cost of inpatient and outpatient services among female and male patients with an eating disorder: evidence from a national database of health insurance claims. *International Journal of Eating Disorders.* 2000; 27: 381-389.