

# **PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI ASSISTENZIALI PER I DISTURBI DELLA NUTRIZIONE, ALIMENTAZIONE E OBESITA'**

**ASREM – REGIONE MOLISE**

## Sommario

Scopo	pag. 4
Acronimi	pag. 5
Inquadramento patologia DNA e OB	pag. 9
<b>Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali per il paziente con Anoressia e Bulimia</b>	pag.16
Ragionamento Clinico e definizione complessità assistenziale	pag.17
Ragionamento Clinico Percorso a Bassa complessità assistenziale	pag.20
Percorso a Media complessità assistenziale	pag.24
Percorso ad Alta complessità assistenziale	pag.24
Percorso clinico del paziente in Regime Ospedaliero (HCA)	pag 24
Percorso Lilla	Pag 26
Flow – chart organizzativa PDTA paziente con anoressia e bulimia - Pratiche Cliniche	pag.29
Percorso Bassa Complessità Assistenziale (BCA) - Pratiche Cliniche	pag.33
Attività di supporto al PDTA	pag.41
Indicatori di struttura, processo ed esito	pag.42
<b>Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali per il paziente con DAI</b>	pag.43
Ragionamento Clinico e definizione complessità assistenziale	pag.44
Ragionamento Clinico Percorso a Bassa complessità assistenziale	pag.47
Percorso a Media complessità assistenziale	pag.50
Percorso ad Alta complessità assistenziale	pag. 50
Percorso Ospedaliero	Pag. 52
Percorso Bassa Complessità Assistenziale (BCA) - Pratiche Cliniche	pag.56
Attività di supporto al PDTA	pag.61
Indicatori di struttura, processo ed esito	pag.62

## Scopo

Scopo del presente percorso clinico-assistenziale è quello di migliorare l'assistenza al paziente con Disturbo della Nutrizione, dell'Alimentazione e Obesità, promuovendo la sicurezza, ottimizzando le risorse e integrando le diverse competenze cliniche e organizzativo-gestionali.

I DNA e l'Obesità rappresentano, come confermato dalla Survey epidemiologica del Ministero della Salute sui DNA del Febbraio 2022, un'emergenza sanitaria che necessita di un trattamento adeguato, tempestivo e multidisciplinare, pertanto il fine ultimo del presente percorso è quello di definire specificatamente tutte le singole fasi del processo di presa in carico complessiva del paziente e il suo avviamento ai previsti percorsi a bassa, media e alta complessità assistenziale ed infine alle attività di follow up successive alle dimissioni.

La Survey epidemiologica ha confermato l'aumento del 30% dei DNA durante l'emergenza da Covid 19.

La realizzazione di un percorso specifico di assistenza per DNA e Obesità intende elevare la qualità dell'offerta per il trattamento dei Disturbi dell'alimentazione e del ruolo della nostra Azienda con un percorso specifico che vada a rispondere ad un bisogno di salute emergente e complesso.

Secondo le indicazioni delle Linee Guida Internazionali, Nazionali, il percorso per il trattamento dei DNA e dell'Obesità, deve prevedere una completa articolazione assistenziale di diversa intensità:

- Trattamento Ambulatoriale, regime a Bassa Complessità Assistenziale
- Trattamento Semiresidenziale, regime a Media Complessità Assistenziale
- Trattamento Residenziale, regime ad Alta Complessità Assistenziale
- Trattamento Ospedaliero, regime ad Alta Complessità Assistenziale

La Regione Molise è attualmente priva di strutture adibite al trattamento dei DNA. Nel 2023, grazie ad un progetto ministeriale, è stato individuato il Centro di Salute Mentale (CSM) di Termoli come centro pilota per l'attivazione di trattamenti ambulatoriali inerenti i DNA. In tale occasione, sono state attribuite e formate le seguenti figure: due psicologi, un nutrizionista, un medico internista per 10 ore settimana. Tutte le altre figure presenti nel CSM sono state formate, la formazione è stata estesa a tutto il Dipartimento di Salute Mentale (DSM). L'associazione "Incontrarsi" è stata mappata a livello ministeriale come associazione presente su territorio per famigliari di utenti affetti da DNA.

A giugno 2023 si è riunito per la prima volta in regione il Tavolo Tecnico formato da ASREM, IRCS Neuromed e l'Università del Molise.

A livello locale si è individuato nell'Ospedale di Termoli il centro di riferimento regionale ove orientare le diagnosi ed avviare i progetti terapeutici individualizzati. La letteratura scientifica riconosce all'unanimità i DNA come disturbi mentali e dunque la regia inerente la costruzione del progetto terapeutico individualizzato è attribuita ai CSM.

I CSM rispondono a trattamenti di bassa complessità, il CSM pilota nell'ambito dei DNA è quello di Termoli fornito, grazie al progetto, di un videat nutrizionale. I trattamenti di Alta Complessità mirati ad affrontare l'urgenza internistica dettata dall'aggravarsi del disagio mentale mancano ad oggi di un reparto di riferimento. Data l'esperienza pilota del CSM di Termoli si è individuato il reparto di Medicina Interna di Termoli nonché l'ospedale San Timoteo di Termoli come strutture pilota nell'implementare l'assistenza ai DNA. Il presente PDTA propone il reparto di Medicina Interna di Termoli come riferimento per la gestione dell'Alta Complessità Assistenziale ovvero la gestione delle complicanze internistiche. Le urgenze suicidarie e psicopatologiche inerenti i DNA sono di competenza degli SPDC. In particolare, lo SPDC di Termoli (potenziato nelle risorse e posti letto) potrà essere il reparto capo fila nella gestione di questo tipo di urgenza psicopatologica accogliendo anche adolescenti. Gli ambulatori saranno attivati presso i tre CSM Territoriali.

La NPI sarà coinvolta per pazienti di età 0 -18. Nel Basso Molise, il CSM di Termoli, sempre in stretta collaborazione con la NPI, potrà prendere in carico pazienti in età Adolescenziale.

Tutti i Pronto Soccorso dovranno munirsi di un percorso Lilla ove è incluso un videat psichiatrico/psicologico ed internistico.

Tale organizzazione è applicata a tutta la popolazione di età compresa tra 12 e 65 anni. L'impianto organizzativo è volto ad un maggior integrazione tra Ospedale (Area Internistica) e Dipartimento di Salute Mentale. L'impianto da tempo esistente all'interno del DSM, già dotato dei professionisti della Salute Mentale, permette di valorizzare le attività territoriali in modo ecologico ed efficiente.

## Acronimi

<b>ACA</b>	Alta Complessità Assistenziale
<b>AGREE</b>	Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation
<b>AN</b>	Anoressia Nervosa
<b>AO</b>	Azienda Ospedaliera
<b>APA</b>	American Psychiatric Association
<b>BCA</b>	Bassa Complessità Assistenziale
<b>BED</b>	Binge Eating Disorders
<b>BES</b>	Binge Eating Scale
<b>BI</b>	Body Image
<b>BIA</b>	Bioimpedenziometria
<b>BMI</b>	Body Mass Index
<b>BN</b>	Bulimia Nervosa
<b>BSQ</b>	Body Shape Questionarie
<b>BUT</b>	Body Uneasiness Test
<b>CBT</b>	Cognitive Behavioral Therapy
<b>CC</b>	Consensus Conference
<b>CSM</b>	Centro di Salute Mentale
<b>DA</b>	Direzione Amministrativa
<b>DAI</b>	Disturbo da Alimentazione Incontrollata
<b>DCA</b>	Disturbo Comportamento Alimentare
<b>DNA</b>	Disturbo della Nutrizione e dell'Alimentazione
<b>DH</b>	Day Hospital
<b>DG</b>	Direzione Generale
<b>DMT</b>	Danza Movimento Terapia
<b>DOC</b>	Disturbo Ossessivo Compulsivo
<b>DSM</b>	Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders
<b>DPTS</b>	Disturbo Post-Traumatico da Stress
<b>DSP</b>	Disease-Specific-Pathway
<b>EA</b>	Eating Disorders
<b>EAT</b>	Eating Attitude Test
<b>EBM</b>	Evidence Best Medicine
<b>EBP</b>	Evidence Best Practice
<b>ECG</b>	Ecocardiogramma
<b>EDI</b>	Eating Disorder Inventory
<b>FBT</b>	Family-Based Treatment
<b>HCCP</b>	Hazard Analysis and Critical Controls Points
<b>ICD</b>	International Classification of Diseases
<b>IMC</b>	Indice Massa Corporea
<b>ISS</b>	Istituto Superiore di Sanità
<b>MCA</b>	Media Complessità Assistenziale
<b>MMPI</b>	Minnesota Multiphasic Personality Inventory
<b>MACI</b>	Millon Adolescent Clinical Inventory
<b>MMG</b>	Medici di Medicina Generale

<b>NICE</b>	National Institute for Health and Clinical Excellence
<b>NPI</b>	Neuropsichiatria Infantile
<b>NOSFED</b>	Non Other Specified Eating and Feeding Disorders
<b>OCSE</b>	Organizzazione per la Co-operazione e lo Sviluppo in Europa
<b>ODT</b>	One Day Treatment
<b>OMS</b>	Organizzazione Mondiale della Sanità
<b>OSFED</b>	Other Specified Eating and Feeding Disorders
<b>PDTA</b>	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale
<b>PLS</b>	Pediatri di Libera Scelta
<b>PZ</b>	Paziente
<b>SCL</b>	Symptom CheckList
<b>SIO</b>	Società Italiana Obesità
<b>SIP</b>	Società Italiana Psichiatria
<b>SISDCA</b>	Società italiana per lo Studio dei Disturbi del Comportamento Alimentare
<b>SNG</b>	Sondino naso-gastrico
<b>SNLG</b>	Sistema Nazionale Linee Guida
<b>SSN</b>	Servizio Sanitario Nazionale
<b>SNG</b>	Sondino naso-gastrico
<b>SPDC</b>	Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura
<b>UO</b>	Unità Operativa
<b>UOS</b>	Unità Operativa Semplice
<b>UOC</b>	Unità Operativa Complessa
<b>UOSD</b>	Unità Operativa Semplice Dipartimentale
<b>USL</b>	Unità Sanitaria Locale
<b>WHO</b>	World Health Organization
<b>WHOQOL</b>	WHO Quality of Life

<b>NICE</b>	National Institute for Health and Clinical Excellence
<b>NIH</b>	National Institutes of Health
<b>NPI</b>	Neuropsichiatria Infantile
<b>NRS</b>	Non Randomised Studies
<b>OMS</b>	Organizzazione Mondiale della Sanità
<b>ONU</b>	Organizzazione Nazioni Unite
<b>PDTA</b>	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale
<b>PLS</b>	Pediatri di Libera Scelta
<b>PZ</b>	Paziente
<b>SIMPIA</b>	Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza
<b>SCID</b>	Structured Clinical interview for DSM Disorders
<b>SCL</b>	Symptom CheckList
<b>SDO</b>	Scheda di Dimissione Ospedaliera
<b>SIO</b>	Società Italiana Obesità
<b>SIP</b>	Società Italiana Psichiatria
<b>SISDCA</b>	Società italiana per lo Studio dei Disturbi del Comportamento Alimentare
<b>SNLG</b>	Sistema Nazionale Linee Guida
<b>SNG</b>	Sondino Naso-gastrico
<b>SSN</b>	Servizio Sanitario Nazionale
<b>SPDC</b>	Servizio psichiatrico Diagnosi e Cura
<b>UO</b>	Unità Operativa
<b>UOS</b>	Unità Operativa Semplice
<b>UOC</b>	Unità Operativa Complessa
<b>UOSD</b>	Unità Operativa Semplice Dipartimentale
<b>WHO</b>	World Health Organisation
<b>WHOQOL</b>	WHO Quality of Life

### Procedure aziendali

<b>Procedure</b>
HACCP Capitolato della Ristorazione e procedura somministrazione pasti
Controllo farmaci/procedure infermieristiche
Procedura somministrazione pasti
Procedure per la gestione Covid-19
Documento Sicurezza della ASL in cui sono inseriti i Centri DNA
Procedure specifiche BIA

## **Inquadramento patologia DNA**

I disturbi alimentari, di cui anoressia e bulimia nervosa sono le manifestazioni più note e frequenti, sono diventati nell'ultimo ventennio una vera e propria emergenza di salute mentale per gli effetti devastanti che hanno sulla salute e sulla vita di adolescenti e giovani adulti.

Negli Stati Uniti, le associazioni mediche che si occupano di disturbi alimentari non esitano a definirli una vera e propria epidemia che attraversa tutti gli strati sociali e le diverse etnie. Se non trattati in tempi e con metodi adeguati, i disturbi alimentari possono diventare una condizione permanente e nei casi gravi portare alla morte, che solitamente avviene per suicidio o per arresto cardiaco. Secondo l'*American Psychiatric Association*, sono la prima causa di morte per malattia mentale nei paesi occidentali. Uno studio pubblicato sulla rivista inglese *The Lancet* indica che la ricerca sui trattamenti è molto più avanzata nel caso della bulimia nervosa, dove sono stati svolti più di cinquanta studi e trial e una gestione secondo pratiche basate sull'evidenza è possibile.

Minore attenzione, invece, si sarebbe dedicata finora a ricerche sui possibili trattamenti di anoressia nervosa e delle altre forme di disordine alimentare. Anoressia e bulimia sono malattie complesse, determinate da condizioni di disagio psicologico ed emotivo, che quindi richiedono un trattamento sia del problema alimentare in sé che della sua natura psichica.

L'obiettivo è quello di portare il paziente, attraverso terapie mirate a modificare i comportamenti e l'attitudine, a adottare soluzioni di gestione dei propri stress emotivi che non siano dannose per la propria salute e a ristabilire un equilibrato comportamento alimentare.

Possono manifestarsi in persone di diverse età, sesso, provenienza sociale, ma sono solitamente più comuni in giovani donne in età compresa tra i 15 e i 25 anni. Al centro del disordine alimentare, che si manifesta come malattia complessa, risultante dall'interazione di molteplici fattori biologici, genetici, ambientali, sociali, psicologici e psichiatrici, c'è comunque da parte del paziente una ossessiva sopravvalutazione dell'importanza della propria forma fisica, del proprio peso e corpo e una necessità di stabilire un controllo su di esso.

Tra le ragioni che portano allo sviluppo di comportamenti anoressici e bulimici, si evidenziano, oltre a una componente di familiarità (studi transgenerazionali e sui gemelli hanno dimostrato che i disturbi alimentari si manifestano con più probabilità tra i parenti di una persona già malata, soprattutto se si tratta della madre), l'influenza negativa da parte di altri componenti familiari e sociali, la sensazione di essere sottoposti a un eccesso di pressione e di aspettativa, o al contrario di essere fortemente trascurati dai propri genitori, il sentirsi oggetto di derisione per la propria forma fisica o di non poter raggiungere i risultati desiderati per problemi di peso e apparenza.

Per alcune persone, si tratta di una tendenza autodistruttiva che le porta ad alterare il proprio comportamento alimentare o ad abusare di alcol o droghe. L'anoressia e la bulimia però possono anche dipendere dal fatto che l'individuo subisca situazioni particolarmente traumatiche, come ad esempio violenze sessuali, drammi familiari, comportamenti abusivi da parte di familiari o di persone esterne, difficoltà ad essere accettati socialmente e nella propria famiglia.

Uno dei motivi per cui una ragazza inizia a sottoporsi a una dieta eccessiva è la necessità di corrispondere a un canone estetico che premia la magrezza, anche nei suoi eccessi.

Secondo molti psichiatri, infatti, l'attuale propensione a prediligere un modello di bellezza femminile che esalta la magrezza ha conseguenze devastanti sui comportamenti alimentari di molte adolescenti.

L'Obesità e il Disturbo da Alimentazione Incontrollata sono patologie caratterizzate da eccesso ponderale e correlate ad aumentato rischio di patologie croniche quali patologie cardiovascolari (ipertensione arteriosa, coronaropatie), malattie a carico del sistema muscolo-scheletrico, malattie respiratorie e metaboliche (diabete mellito di tipo 2, dislipidemie, ecc) alcuni tipi di cancro (corpo dell'utero, colon e mammella) ([www.epicentro.iss.it](http://www.epicentro.iss.it)). In Europa il sovrappeso e l'obesità sono responsabili di circa l'80% dei casi di diabete tipo 2, del 55% dei casi di ipertensione arteriosa e del 35% dei casi di cardiopatia ischemica; tutto ciò si traduce in 1 milione di morti l'anno e 12 milioni di malati l'anno (Linee guida SIO 2016/17). Sono patologie croniche, con una patogenesi complessa caratterizzate da un significativo aumento della morbilità con ripercussioni gravi sulla qualità di vita legate, in particolare, alle disabilità. Alcuni studi dimostrano che l'obesità provoca un aumento del rischio di sviluppo di disabilità gravi (Chen H., 2008) a prescindere dalla presenza di comorbilità (Alley D.E., 2007), inoltre riduce la possibilità di recupero di una disabilità severa (Rejeski W.J., 2008; Donini L.M., Cuzzolaro M., Spera G. et al., 2010). La raccomandazione di ridurre il peso corporeo quando elevato è,

quindi, prioritaria ed è fondata sull'evidenza della relazione che lega l'obesità ad una minore aspettativa di vita (Linee guida SIO 2016/17). Tali disturbi sono caratterizzati anche da un significativo disagio psicologico ed emotivo e richiedono quindi necessariamente un trattamento multidimensionale. Il trattamento a lungo termine, infatti, prevede un approccio integrato, che utilizzi gli strumenti a disposizione in modo complementare, avvalendosi di competenze professionali diverse, le quali condividano il medesimo obiettivo terapeutico (Linee guida SIO 2016/17): portare il paziente, attraverso terapie mirate, a riconoscere gli aspetti che contribuiscono al mantenimento dello stato morboso e a comprendere i passi necessari al cambiamento per acquisire una progressiva autoefficacia nel controllo del proprio peso corporeo e dell'alimentazione e lavorare a livello psichico per elaborare e modificare quelli che sono i principali pensieri e vissuti disfunzionali e patologici. Si tratta di patologie che possono manifestarsi in persone di diverse età, sesso, provenienza sociale, ma il DAI è generalmente più comune tra i 35 e i 40 anni di età. Da tutti gli studi condotti emerge che il DAI è più diffuso della Bulimia Nervosa nella popolazione generale, interessando principalmente le donne (rapporto M/F:1/2), anche se la differenza di genere non è molto marcata (Striegel-Moore et al., 2001; Grilo, 2002; Striegel-Moore, Franko, 2001; Peterson et al., 2009).

Per quanto riguarda l'Obesità gli studi indicano che è molto frequente nella popolazione adulta, anche se è in aumento l'incidenza dell'obesità infantile rappresentando un forte fattore predisponente per lo sviluppo di sovrappeso o obesità in età adulta con il conseguente rischio di sviluppare tutte le patologie organiche legate all'obesità stessa. Secondo i dati Istat la stima provvisoria per il 2020 attesta che circa 6/10 uomini sono in eccesso ponderale con un picco di prevalenza tra i 65 e i 74 anni. Quando si parla di grande obesità (BMI>35), invece, le donne risultano maggiormente colpite.

Non è possibile identificare un solo fattore responsabile dell'insorgenza di un problema alimentare, piuttosto è necessario considerare un insieme di fattori: la patogenesi dell'obesità e del DAI è, infatti, multifattoriale, legata all'interazione circolare, nel corso della vita, di fattori predisponenti genetici, fattori ambientali (familiari, lavorativi, micro- e macro-sociali), abitudini alimentari scorrette, ridotto dispendio energetico, alterazioni metaboliche. L'esposizione a un'alimentazione scadente, a un ambiente obesogeno o a stress può causare modificazioni epigenetiche che hanno effetti trascrizionali e fenotipici che potrebbero aumentare il rischio a lungo termine di sviluppare i disturbi dell'alimentazione (Conferenza Nazionale di Consenso sui Disturbi del Comportamento Alimentare, Istituto Superiore di Sanità, Roma, 24-25 ottobre 2012). Vari studi sul Dai hanno concentrato la loro attenzione su due possibili fattori di rischio: le diete ipocaloriche che innescano il circolo vizioso restrizione-disinibizione e le difficoltà di regolazione delle tensioni emotive (Munsch S. et al., 2008) che possono indurre all'uso compulsivo dell'atto alimentare come strumento di sedazione (emotional eating) (Linee Guida SIO/ADI 2016/17). Negli individui con obesità in associazione al disturbo alimentare le condizioni psicopatologiche risultano in media più compromesse di quelle degli individui con obesità senza DAI tanto da indurre a ritenere il DAI soprattutto un marker di psicopatologia (Livello di prova III, Forza della raccomandazione A, Linee Guida SIO/ADI 2016/17). Gli obesi-DAI, inoltre, vanno incontro a maggiori fluttuazioni di peso (weight cycling) e il controllo orale è vissuto in modo più conflittuale poiché collegato alla paura di ingrassare. In ultimo, il dato forse più rilevante che distingue i casi di obesità-DAI è la comorbilità psichiatrica, molto maggiore rispetto ai casi non associati al DAI, tanto che alcuni studiosi ritengono che questo comportamento alimentare disturbato andrebbe inteso soprattutto come un marker di psicopatologia e non come una sindrome specifica (Javaras K.N., Pope H.G. et al., 2008; Linee Guida SIO/ADI 2016/17).

### **Effetti fisici e psicologici dei DNA**

Gli effetti dei disordini alimentari sono molto pesanti, sia sotto il profilo fisico che quello psicologico. Dal punto di vista fisico, gli effetti della malnutrizione comportano ulcere intestinali e danni permanenti ai tessuti dell'apparato digerente, disidratazione, danneggiamento di gengive e denti, seri danni cardiaci, al fegato e ai reni, problemi al sistema nervoso, con difficoltà di concentrazione e di memorizzazione, danni al sistema osseo, con accresciuta probabilità di fratture e di osteoporosi, blocco della crescita, emorragie interne, ipotermia e ghiandole ingrossate. Le ripercussioni psicologiche, invece, comportano depressione, basso livello di autostima, senso di vergogna e colpa, difficoltà a mantenere relazioni sociali e familiari, sbalzi di umore, tendenza a comportamenti manichei e maniacali, propensione al perfezionismo.

Dal punto di vista fisico nel caso particolare del DAI valgono come indicatori somatici di gravità quelli relativi alla condizione di obesità e alle patologie e disabilità ad essa correlate (diabete di tipo 2, ipertensione arteriosa, dislipidemia, malattie coronariche e cerebrovascolari etc.). Da ricordare, però, che il Dai risulta associato a un maggior rischio per la salute indipendentemente dal valore di IMC (Indice di Massa Corporea).

Per quanto riguarda la comorbidità dei DNA con altri disturbi psichiatrici, dalla letteratura disponibile si può osservare che in particolare, per quanto riguarda i disturbi d'ansia considerati negli studi (DOC, DPTS, ansia sociale, ansia generalizzata, disturbo di panico e agorafobia), questi sono più frequenti nei soggetti con DNA che nella popolazione generale (Swinbourn J.M., Touyz S.W., 2007; Conferenza Nazionale di Consenso sui Disturbi del Comportamento Alimentare, Istituto Superiore di Sanità, Roma, 24-25 ottobre 2012); altre comorbidità si osservano con i disturbi dell'umore, l'uso e l'abuso di alcool e sostanze, il disturbo bipolare e i disturbi di personalità (disturbo borderline, istrionico, narcisistico, evitante di personalità).

Gli obesi con DAI mostrano una prevalenza life-time più alta di episodi depressivi maggiori, disturbo da attacchi di panico, disturbi dissociativi (isterici) e disturbi di personalità (in particolare, disturbo borderline di personalità e disturbo di personalità evitante). La qualità della vita è particolarmente compromessa (Masheb R.M., Grilo C.M., 2004). In questi ultimi anni è stata avanzata l'ipotesi che i soggetti obesi affetti da DAI abbiano nella loro storia una più frequente presenza di abusi fisici e sessuali, intra ed extra-familiari (Becker D.F., Grilo C.M., 2011). Il dato è stato collegato alla maggiore incidenza di disturbi dissociativi e depressivi fra gli obesi con DAI. (Linee guida SIO 2016/17).

A tal riguardo, oltre alle ben note complicanze mediche dell'obesità, emerge il fatto che tale condizione risulta molto spesso associata a un ridotto benessere psico-fisico, a disturbi delle condotte alimentari (in particolare binge eating disorder e night eating syndrome), a bassa stima di sé e a depressione, conseguenze anche dello stigma sociale che colpisce chi è affetto da questa patologia (Kim J.Y., Oh D.J. et al., 2007; Chen E.Y., Bocchieri-Ricciardi L.E. et al., 2007).

Recentemente tale fenomeno è stato definito come l'ultimo pregiudizio sociale per le negative conseguenze psicologiche e comportamentali sui pazienti obesi (Ashmore J.A., 2008; Donini L.M., Cuzzolaro M., Spera G. et al. 2010).

### **Sintomi e caratteristiche**

I DNA comprendono numerose condizioni diverse. Le più note e comuni sono Anoressia Nervosa, Bulimia nervosa, NOSFED/OSFED, ARFID, DAI.

#### **Anoressia nervosa**

Una persona diventa anoressica quando, riducendo o interrompendo la propria consueta alimentazione, scende sotto l'85% del peso normale per la propria età, sesso e altezza. L'anoressia è conseguente al rifiuto ad assumere cibo, determinato da una intensa paura di acquistare peso o diventare grassi, anche quando si è sottopeso.

Spesso, una persona anoressica comincia con l'evitare tutti i cibi ritenuti grassi e a concentrarsi su alimenti 'sani' e poco calorici, con una attenzione ossessiva al contenuto calorico e alla composizione dei cibi e alla bilancia. Frequentemente i pasti vengono evitati o consumati con estrema lentezza, rimuginando a lungo su ogni boccone ingerito.

Il corpo viene percepito e vissuto in modo alterato, con un eccesso di attenzione alla forma e con il rifiuto frequente ad ammettere la gravità della attuale condizione di sottopeso. Diagnosticare l'anoressia non è sempre semplice in soggetti molto giovani, perché i cambiamenti fisici che accompagnano l'adolescenza e che comportano squilibri di peso e altezza possono mascherarne le prime fasi. Nei bambini, è più comune che l'anoressia si manifesti attraverso altri sintomi, come la nausea e la sensazione di fame.

Nelle ragazze, invece, uno dei sintomi più classici è l'interruzione del ciclo mestruale per almeno tre mesi successivi, sintomo che però non si applica a giovani adolescenti che ancora non abbiano avuto il menarca o, al contrario, alle ragazze che prendono la pillola anticoncezionale. L'anoressia si manifesta in due modi:

- Con restrizioni, determinata dalla riduzione costante della quantità di alimenti ingeriti.
- Con abbuffate e successiva eliminazione: alimentazione compulsiva seguita da vomito autoindotto, uso inappropriato di pillole lassative e diuretiche, iperattività fisica per perdere peso.

La persona anoressica diventa così ossessionata dal cibo che la propria vita finisce con l'essere totalmente incentrata sulla questione alimentare, impedendo di provare interesse e entusiasmo verso qualsiasi altra cosa.

### **Bulimia Nervosa**

Una persona bulimica si abbuffa in modo molto diverso da quello che avviene quando normalmente si mangia troppo. Le caratteristiche tipiche del comportamento bulimico sono:

- Ingestione di una quantità eccessiva di cibo, a volte per un totale di diverse migliaia di calorie, in un arco di tempo molto stretto, per esempio nel giro di due ore, e solitamente di nascosto da altri
- La sensazione di non poter smettere di mangiare e di non poter controllare il proprio comportamento
- L'abbuffata è preceduta e seguita da uno stress emotivo molto forte

Dopo aver mangiato in modo così eccessivo, la persona bulimica generalmente si sente in colpa e tende a punirsi vomitando, ingerendo pillole diuretiche e lassativi con l'intento di dimagrire. Se questo comportamento diventa ripetitivo, ad esempio si manifesta due volte alla settimana per tre mesi, si è di fronte a un chiaro segnale di disordine alimentare. Raramente, i pazienti bulimici non si infliggono alcuna punizione. A lungo andare, un soggetto bulimico entra in una fase di depressione e di disgusto verso se stesso e cerca di occultare il proprio comportamento agli altri, anche se la propria forma e apparenza fisica finiscono con il diventare una ossessione permanente e con l'avere forti ripercussioni sulla propria autostima.

Una persona bulimica può essere di peso normale, sottopeso o sovrappeso, diversamente da una anoressica che è sempre sottopeso. Inoltre, il peso di un soggetto bulimico può variare enormemente e oscillare, fatto che può essere utilizzato come sintomo dell'esistenza di un disordine alimentare. Oltre all'anoressia e alla bulimia, esiste anche un genere di *disordine alimentare non definito*.

Non tutti i casi sono infatti esattamente descrivibili nell'arco dei sintomi tipici di anoressia e bulimia.

Alcuni soggetti, ad esempio, iniziano con una forma di anoressia ma poi, incapaci di mantenere il basso peso, scivolano verso comportamenti bulimici.

Secondo l'*American Psychiatric Association*, la metà dei pazienti anoressici finiscono con l'avere anche sintomi di bulimia, e in qualche caso i pazienti bulimici sviluppano comportamenti anoressici.

In questi ultimi anni i Disturbi del Comportamento Alimentare hanno subito un notevole incremento, tale da rappresentare un fenomeno di allarme sociale per i paesi del mondo occidentale e quindi anche per l'Italia. Ogni 100 ragazze in età adolescenziale, 10 soffrono di qualche disturbo del comportamento alimentare, 1-2 delle forme più gravi come l'anoressia e la bulimia, le altre delle manifestazioni cliniche transitorie e incomplete.

I dati epidemiologici comuni a tutte le ricerche internazionali riguardanti la prevalenza per l'età e il sesso della popolazione colpita dal disturbo ci indicano un rapporto femmine-maschi di 9 a 1. ed un aumento dell'incidenza della patologia bulimica rispetto a quella anoressica.

Uno degli studi più estesi effettuato in Inghilterra da Turnbull (1996) che ha svolto un'indagine su una popolazione di 4 milioni di individui, attraverso la collaborazione di medici generici (Inghilterra e Galles), sottolinea come vi sia un netto interessamento del sesso femminile rispetto a quello maschile e come il disturbo bulimico abbia una più elevata età d'insorgenza rispetto al disturbo anoressico.

### **Disturbo dell'Alimentazione Non Altrimenti specificato (OSFED e NOSFED)**

Questa categoria diagnostica si applica alle manifestazioni in cui i sintomi caratteristici di un disturbo alimentare, che causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento globale, sociale e lavorativo o in altre aree importanti del soggetto, predominano ma non soddisfano pienamente i criteri diagnostici per uno qualsiasi dei disturbi della classe diagnostica dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione.

Attualmente secondo la classificazione del DSM 5 vengono inclusi due tipi di disturbi dell'alimentazione e della nutrizione che corrispondono, pur differenziandosi, ai disturbi dell'alimentazione non altrimenti specificati (EDNOS) del precedente DSM-IV-TR:

- Disturbo della nutrizione e dell'alimentazione con altra specificazione (Osfed)
- Disturbo della nutrizione e dell'alimentazione senza specificazione (Nosfed)

La categoria Osfed è utilizzata in situazioni in cui il clinico sceglie di comunicare la ragione specifica per cui la manifestazione non soddisfa i criteri per nessuno specifico disturbo della nutrizione e dell'alimentazione. Questo viene fatto registrando "disturbo della nutrizione e dell'alimentazione con altra specificazione" seguito dalla

ragione specifica. Esempi di manifestazioni comprendono i seguenti: Anoressia Nervosa Atipica, Bulimia Nervosa (a bassa frequenza e/o di durata limitata), Disturbo da condotta di eliminazione.

La categoria Nosfed è utilizzata in situazioni in cui il clinico sceglie di non specificare la ragione per cui i criteri per uno specifico disturbo della nutrizione e dell'alimentazione non sono soddisfatti e comprende le manifestazioni in cui ci sono informazioni insufficienti per porre diagnosi più specifica (per es. in contesti di pronto soccorso)

### **Disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo (Avoidant restrictive food intake disorder – ARFID)**

La maggiore categoria diagnostica di questo disturbo, che può essere riscontrato anche negli adulti, è l'evitamento o la restrizione dell'assunzione di cibo che si manifesta attraverso un persistente fallimento di soddisfare le necessità nutrizionali e/o energetiche appropriate. Sono presenti: significativa perdita di peso o fallimento di raggiungere l'aumento di peso atteso o inadeguata crescita nei bambini; deficit nutrizionale significativo; funzionamento dipendente dalla nutrizione enterale o da supplementi nutrizionali orali; marcata interferenza con il funzionamento psicosociale.

Nel caso dei disturbi maggiori, Anoressia e Bulimia, quando appaiono nelle bambine o preadolescenti, il quadro clinico si caratterizza per sfumature distinte dall'adulto; ad esempio, l'insoddisfazione per le forme corporee e la paura di ingrassare sono raramente verbalizzate in maniera esplicita come nell'adolescente e frequentemente addirittura assenti, come d'altra parte l'ossessione per un peso ideale. La riduzione del peso può manifestarsi in un consistente rallentamento o in un blocco della crescita. Segnali importanti e fondamentali per una diagnosi precoce divengono allora quei comportamenti cui nell'adulto si attribuisce minore importanza: il modo in cui i bambini mangiano, spesso molto lentamente, escludendo alcuni alimenti, bevendo molta acqua e sminuzzando il cibo in pezzi piccolissimi; l'iperattività fisica, un uso frequente del bagno specie dopo i pasti e soprattutto il cambiamento psicologico che sopravviene, man mano che aumenta la perdita di peso, espresso con sbalzi d'umore e con un'insofferenza ed una irrequietezza che non facevano parte delle caratteristiche precedenti del bambino.

Alle caratteristiche dell'adulto affetto da Anoressia e Bulimia si aggiungono nel bambino vissuti di vergogna, bassa autostima e bisogno di controllo. Comportamenti autodistruttivi, spesso molto intensi e lesivi, possono essere presenti anche in questa fascia d'età e, sebbene i comportamenti bulimici e i meccanismi di eliminazione in genere abbiano una prevalenza molto ridotta, esiste anche in questi giovani pazienti un "continuum" tra i due disturbi e la frequente transizione da un disturbo all'altro.

Altri disturbi della nutrizione presenti nell'infanzia, caratterizzati da comportamenti alimentari alterati, in assenza di alterazioni percettive della propria immagine corporea e preoccupazioni per il peso e le forme corporee, sono la Disfagia funzionale e il Disturbo da alimentazione selettiva (DAS).

La Disfagia Funzionale consiste in una difficoltà a deglutire cibo per paura di vomitare o di soffocare, in assenza di cause organiche: spesso questi bambini hanno visto qualcuno vomitare, fare fatica a deglutire o quasi soffocare, cosa che ha prodotto in loro ansie e paure profonde molto diverse da quelle alla base dell'Anoressia Nervosa, ma altrettanto difficili da trattare.

Nel caso dell'Alimentazione Selettiva, invece, il bambino sceglie in maniera molto selettiva i cibi che assume, spesso limitati a quattro-cinque categorie alimentari, selezionate anche in base a categorie non organolettiche come il colore. I bambini con DAS non vogliono provare cibi nuovi e di fronte a un alimento sconosciuto possono reagire con disgusto, a volte perfino con conati di vomito; spesso vivono il momento del pasto con molta ansia, soprattutto quando si trovano a dover consumare in luoghi diversi da casa, come a scuola o al ristorante. Per alcuni bambini l'alimentazione selettiva si inserisce in un modello più complesso di comportamento: non amano cambiare la loro routine e trovano difficile tollerare volti e posti nuovi.

Dal punto di vista fisico spesso questi bambini hanno curve di crescita ottimali, un'altezza ed un peso normali, non presentano preoccupazioni per il peso o le forme corporee, non percepiscono in maniera distorta il loro corpo. Il problema più manifesto è rappresentato dal disagio sociale e da vissuti di vergogna, che diventano ancora più evidenti quando aumentano le occasioni di convivialità e le relazioni affettive, amicali e sociali in genere, dato che la modalità alimentare selettiva impedisce loro di partecipare a feste o trascorrere la notte con amici.

In letteratura si riportano inoltre altri due quadri clinici particolarmente gravi: il Disturbo Emotivo di Evitamento del Cibo (*Food Avoidance Emotional Disorder – FAED*) che presenta un quadro clinico molto simile a quello

dell'Anoressia per la gravità della perdita di peso e delle conseguenze mediche, caratterizzato da un marcato evitamento del cibo; l'attitudine a non mangiare può essere dovuta a vere e proprie fobie e ossessioni o a quadri di depressione. L'altro disturbo è chiamato Sindrome da Rifiuto Pervasivo e consiste in un rifiuto ostinato a prendersi cura di sé, mangiare, bere, parlare, camminare; si tratta di un disturbo ad esordio molto precoce che si manifesta raramente nella forma completa, appartiene ad un gruppo di patologie psichiche certamente più rare, post traumatico da stress grave, forme di psicosi infantili.

In quasi tutti i disturbi si registra la presenza di un'elevata frequenza di comorbidità con i disturbi dell'umore che possono essere sia interpretati come un effetto della malnutrizione, sia avere un'importanza prospettica vista la presenza di dati clinici che confermano l'evoluzione di disordini alimentari precoci in disturbi dell'umore, in fasi successive della vita.

L'assenza di un sistema di classificazione condiviso e di un meccanismo standardizzato per determinare la presenza e il tipo di disturbo alimentare tra i bambini rende difficile il confronto tra i risultati degli studi sull'epidemiologia e le risposte al trattamento. Disturbi della nutrizione nell'infanzia sono stati riportati in una percentuale pari a 1-5% dei bambini ricoverati in ospedali pediatrici e tra 4-14% nei bambini nei servizi ambulatoriali.

Uno dei pochi studi che hanno analizzato la prevalenza del disturbo della nutrizione dell'infanzia e della prima fanciullezza, facendo riferimento però ai criteri del DSM-IV-TR, in un campione di 234 bambini inseriti in un programma ospedaliero per la valutazione e il trattamento dei problemi alimentari, ha dimostrato che solo 19 (8%) di questi soddisfacevano i criteri diagnostici, lasciando così senza diagnosi la maggior parte dei bambini inviati per un intervento per problemi alimentari.

Più del 50% dei genitori riporta un comportamento alimentare difficoltoso e più del 20% ne riporta più di uno, in bambini di età compresa tra 9 mesi e 7 anni. Una percentuale compresa tra 14 e 20% dei genitori di bambini in età prescolare (2-5 anni) riferisce che i figli appaiono spesso o sempre selettivi nelle loro scelte alimentari.

Dati più numerosi derivati da diversi studi sembrano infine indicare la presenza di problemi della nutrizione compresa tra 6 e 25-45% dei bambini, ma l'affidabilità dei tassi di incidenza e di prevalenza è compromessa dall'estrema variabilità delle definizioni utilizzate, dovuta alla mancanza di criteri diagnostici più precisi e di una classificazione diagnostica generale più articolata.

Per quanto riguarda l'incidenza complessiva dei DCA in età evolutiva, un ampio studio britannico (Nicholls, Lynn et al., 2011) fornisce una stima (fino ai 13 anni) di 3.01 casi nuovi ogni 1000.000 ed evidenzia come vi sia una chiara relazione tra incidenza e aumento dell'età. Non sono stati identificati casi di DCA sotto i 5 anni d'età.

Per quanto riguarda la componente di genere è stato rilevato che la frequenza dei disturbi alimentari nel sesso maschile è più elevata in età evolutiva rispetto a quella adulta; la percentuale di pazienti maschi decresce con l'aumentare dell'età (Gonzales, Kohn et al., 2007).

### **Disturbo da Alimentazione Incontrollata**

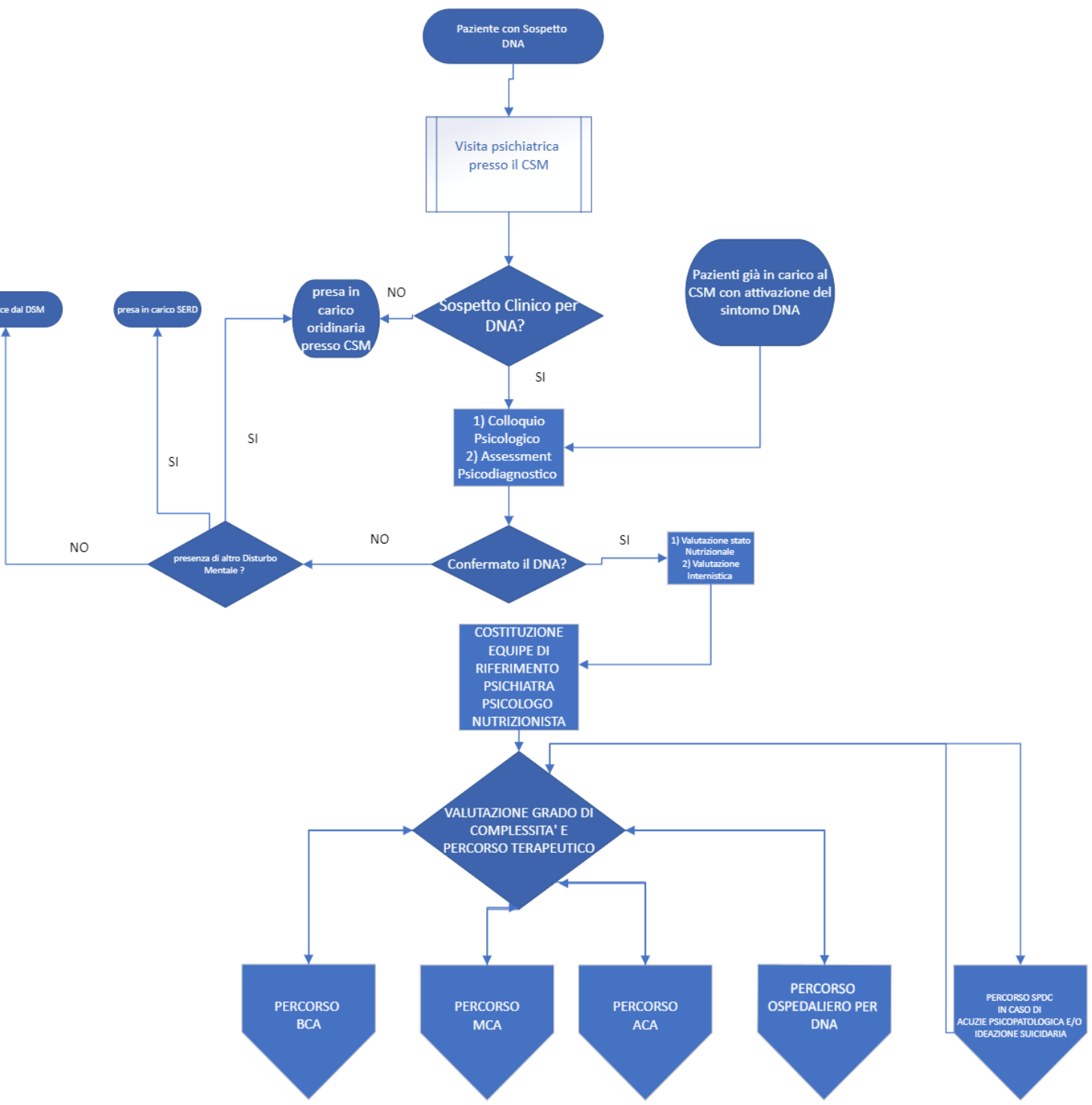
Il Disturbo da Alimentazione Incontrollata è un disturbo alimentare molto frequente caratterizzato da episodi ricorrenti di abbuffate alimentari, senza l'utilizzo regolare di inappropriati comportamenti compensatori (farmaci, vomito autoindotto, iperattività fisica). Un'abbuffata è definita dalla capacità di mangiare, in un periodo di tempo circoscritto (per esempio nell'arco di due ore), una quantità di cibo che è indiscutibilmente maggiore di quella che la maggior parte delle persone mangerebbe nello stesso periodo di tempo in circostanze simili associata con la sensazione di mancanza di controllo sull'atto di mangiare durante l'episodio (per esempio sentire di non poter smettere di mangiare o di non poter controllare cosa o quanto si sta mangiando).

Tale situazione è seguita da una spiacevole sensazione di pienezza, disgusto, sofferenza, disagio e senso di colpa; i soggetti mangiano grandi quantità di cibo pur non sentendo la fame ed in genere consumano l'abbuffata in solitudine a causa dell'imbarazzo conseguente alle quantità di cibo ingerite. Le abbuffate compulsive avvengono, in media, almeno una volta la settimana per almeno tre mesi (DSM-5).

# **PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALI PER IL PAZIENTE CON ANORESSIA E BULIMIA**

## Flow Chart A: Ragionamento Clinico e definizione della complessità assistenziale

Atto: DEC.COMSAN 2025/126 del 29-07-2025  
 Servizio proponente: DS.04 LIVELLI MASSIMI  
 Copia Del Documento Firmato Digitalmente



## **Presenza di contatto con la rete dei servizi DNA e triage**

**Presenza di contatto con il CSM da parte di famiglie e pazienti o da MMG, PLS e specialisti territoriali o ospedalieri tramite il numero del Servizio.**

### **Compilazione di una scheda del paziente da parte degli operatori rispondenti**

Gli operatori raccolgono su apposita scheda le informazioni iniziali sulla anamnesi del paziente.

### **Triage delle schede da parte del Responsabile della Rete DNA**

I dirigenti medici o psicologi, individuati come referenti per l'ambulatorio DNA svolge un primo triage delle schede telefoniche.

## **Prime Visite**

### **Chiamata telefonica di convocazione alla prima visita entro 15 GG**

I pazienti vengono accolti in accesso diretto presso il CSM di competenza territoriale art.3 comma C del Decreto Legge n.73 del 07/06/24 (GU 178 del 31/07/24)

### **Prima Visita del potenziale paziente**

[Visita svolta da parte: Psicologo; Dietista/Nutrizionista e, ove necessario, da Medico Internista-Endocrinologo e/o Psichiatra].

### **Criteri di triage del paziente potenziale in base all'esito della prima visita:**

#### Criteri di inclusione:

*Condizioni Cliniche:* BMI uguale o maggiore di **13,00 kg/m<sup>2</sup>(ACA)**, **>15,5 Kg/ m<sup>2</sup>(MCA)**, **> 16,00 kg/m<sup>2</sup>(BCA)**  
assenza di gravi complicanze cliniche;

*Compliance:* compliance anche parziale al trattamento del paziente e della famiglia.

#### Criteri di esclusione:

BMI < **13 kg/m<sup>2</sup>** (in tal caso il paziente è avviato al ricovero ospedaliero internistico per stabilizzare le condizioni cliniche)

*Criteri di trasferimento:* qualora il paziente presenti condizioni cliniche previste nei criteri di esclusione possa essere proposto il trasferimento presso altre strutture con livello di complessità assistenziale adeguato al profilo del paziente.

## **Visite specialistiche obbligatorie**

### Visita psicologica

La valutazione psicologica è necessaria per un primo inquadramento diagnostico e per valutare lo stato psicologico del paziente e la motivazione al trattamento. Viene somministrata la seguente batteria di test psicometrici: SCL-90, EDI3, BUT, WHOQOL)

### Videat da parte del Dietologo/Dietista

La valutazione nutrizionale è necessaria per un primo inquadramento diagnostico e per una valutazione

dello stato nutrizionale. Si rilevano le condizioni antropometriche (peso, altezza, BMI) e si valutano le condizioni fisiche nutrizionali. Presso ogni CSM è necessaria la presenza di un dietista che accolga il paziente e che sia parte integrante della equipe del CSM

#### Visita Psichiatrica

Indaga aspetti clinici relativi il sintomo alimentare ma anche sintomi in comorbidità. Tracciare i core-symptoms tipici del caso clinico è utile ad inquadrare il caso clinico nella sua complessità ed unicità

#### **Visite mediche specialistiche**

Si effettuano ulteriori approfondimenti specialistici nei casi di grave complessità clinica del paziente per integrare la prima valutazione ed indagare eventuali condizioni che comprometterebbero il normale svolgimento del percorso terapeutico.

#### Visita Internistica/Endocrinologica

#### **Briefing prima visita e restituzione finale**

A conclusione delle visite si effettua un meeting del Board Multidisciplinare dopo il briefing tra i professionisti coinvolti per la definizione dell'eventuale diagnosi di DNA (in base ai criteri diagnostici del DSM-5) e l'individuazione del percorso terapeutico più idoneo e si formula una proposta di intervento terapeutico riabilitativo al paziente (se minorenne ai genitori o chi ne fa le veci).

In caso di assenso al trattamento, si inserisce il paziente nella lista di attesa del livello di trattamento proposto e, se proveniente da fuori regione, si fornisce al paziente o alla famiglia la documentazione cartacea per l'autorizzazione al ricovero.

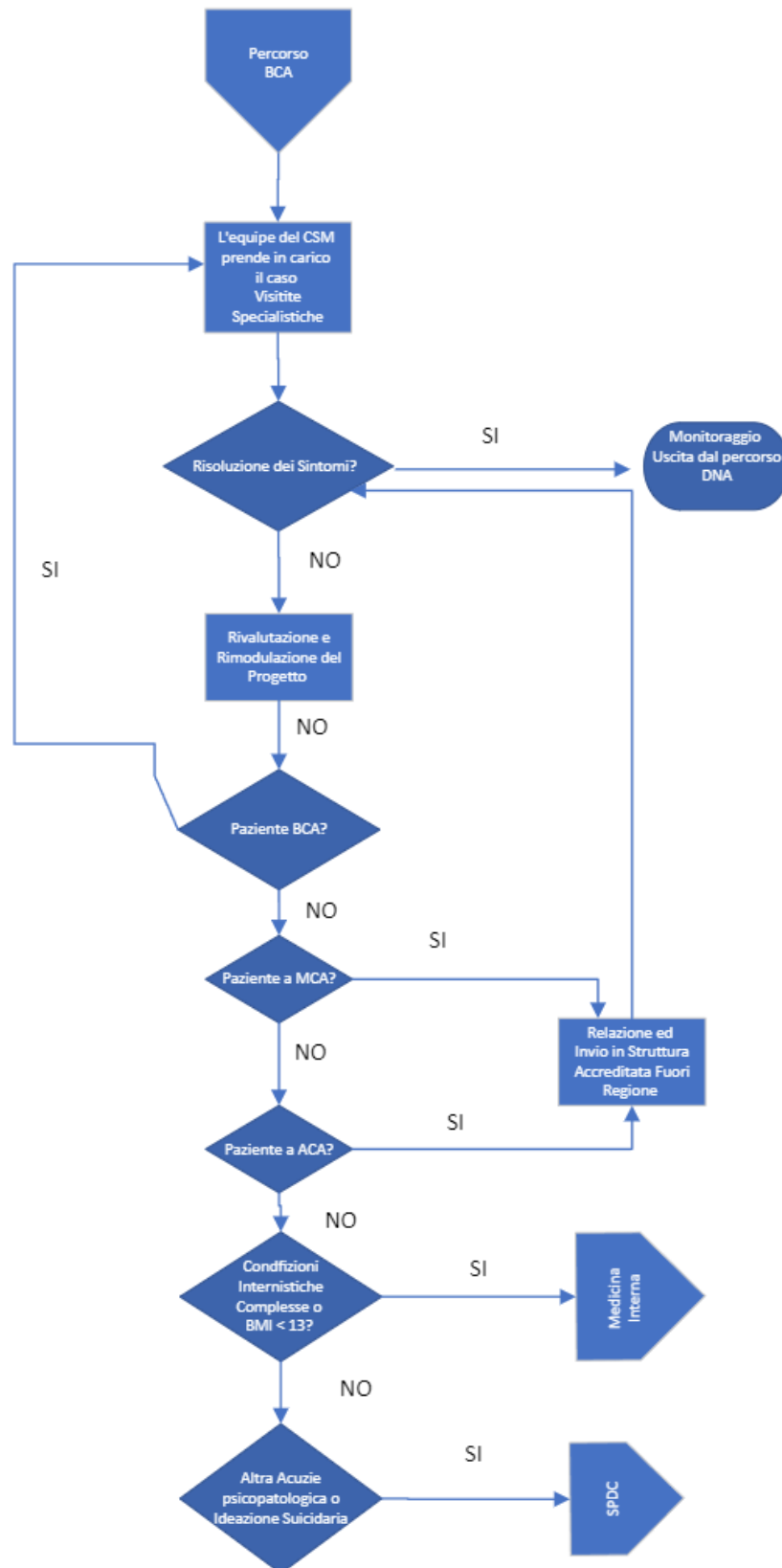
Si redige una lettera di esito della valutazione (diagnosi e proposta terapeutica) destinata al medico curante.

### **A3. Definizione dell'intensità del percorso e inserimento in lista di attesa**

In base agli esiti della prima Visita il paziente viene inserito in una delle Liste di attesa per i diversi livelli di trattamento del PDTA AN/BN, ovvero:

- Lista di attesa del regime BCA, Bassa Complessità Assistenziale
- Lista di attesa del regime MCA, Media Complessità Assistenziale
- Lista di attesa del regime ACA, Alta Complessità Assistenziale.

## Flow Chart B: Ragionamento Clinico Percorso a Bassa Complessità Assistenziale (BCA)



## Percorso a Territoriale Bassa Complessità Assistenziale (BCA)

Il percorso a bassa complessità assistenziale viene svolto presso i 3 Centri di Salute Mentale (Centro Pilota CSM di Termoli)

Gli obiettivi del trattamento territoriale riguardano la riduzione o la risoluzione della sintomatologia sul piano sia psiconutrizionale che dell'immagine corporea; la ristrutturazione della sfera cognitiva, con l'abbandono di modalità di pensiero disfunzionali; l'acquisizione di nuove modalità relazionali (familiari e sociali), l'aumento dei livelli di autostima e il raggiungimento di una nuova definizione identitaria, non fondata sul sintomo.

Il percorso territoriale BCA permette al paziente di accedere alle cure senza separarsi dal proprio ambiente di origine e riduce il rischio che egli debba ricorrere al ricovero ospedaliero o residenziale; permette inoltre di offrirgli uno spazio motivazionale in cui possa sviluppare una alleanza terapeutica solida e una maggiore compliance al trattamento, anche in vista dell'inserimento in percorsi a più alta complessità assistenziale (Hay e altri, 2009).

Per quanto riguarda gli obiettivi, a livello nutrizionale, gli obiettivi a breve, medio e lungo termine sono diversi a seconda della patologia in questione<sup>1</sup>:

	<b>Breve termine (1-6 settimane)</b>	<b>Medio termine (3-6 mesi)</b>	<b>Lungo termine (6-12 mesi)</b>
<b>Anoressia Nervosa</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Arresto perdita peso</li> <li>▪ Interruzione del digiuno/assestamento</li> <li>▪ Interruzione del semidigiuno</li> <li>▪ Interruzione uso diuretici/lassativi/iperattività</li> <li>▪ Interruzione condotte dispomaniche</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Recupero del peso corporeo</li> <li>▪ Riequilibrio pattern nutrizionale</li> <li>▪ Ripristino percezioni sensoriali di fame e sazietà</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Recupero del “set point”</li> <li>▪ Normalizzazione composizione corporea</li> <li>▪ Adeguato pattern alimentare (aumento variabilità tipologica cibi assunti e loro qualità)</li> </ul>
<b>Bulimia Nervosa</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Strutturazione dei pasti</li> <li>▪ Riduzione delle restrizioni</li> <li>▪ Interruzione delle condotte dispomaniche</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Riduzione abbuffate compulsive</li> <li>▪ Riduzione/interruzione metodi di compenso</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Normalizzazione del peso e della composizione corporea</li> <li>▪ Adeguato pattern alimentare (aumento variabilità tipologica cibi assunti e loro qualità)</li> </ul>

### BCA Anoressia/Bulimia. Presa in carico – Accoglienza

#### Presenza in carico

Il referente territoriale per i DNA, in caso di un programma BCA, valuta i casi in entrata e propone l'attribuzione dei case manager per il paziente: uno psicologo e un dietista/nutrizionista. L'assegnazione avviene durante le riunioni dell'équipe terapeutica.

## **Accoglienza**

Lo psicologo fa firmare il consenso informato, il consenso al trattamento dei dati personali e raccoglie tutta la modulistica necessaria all'apertura della cartella clinica. Se il paziente è minorenne i moduli del consenso al trattamento vengono firmati dai genitori.

## **Trattamenti e rivalutazione del paziente in BCA**

### **Trattamenti Specialistici:**

Colloquio dietologico, dietistico/nutrizionale: Si effettua un colloquio clinico individuale quindicinale.

Colloqui psicologici individuali: Si effettua un colloquio clinico individuale quindicinale.

Visita Psichiatrica: Si effettua una visita psichiatrica almeno ogni tre mesi

Psicologo e Dietista/nutrizionista effettuano dei briefing settimanali per valutare l'andamento del paziente e partecipano alle riunioni dell'équipe ambulatoriale.

Lo psichiatra è incluso nella équipe e monitora gli aspetti psicopatologici specifici e presenti in comorbidità al fine di garantire una presa in carico globale

### **Visite mediche specialistiche**

[Visita svolta da, ove necessario, medico internista/endocrinologo].

#### **Criteri per la richiesta di visite specialistiche:**

##### Per visita internistica:

- Presenza o sospetto di allergie alimentari;
- Difficoltà digestive;
- Prescrizione analisi cliniche;
- Necessità di visita medica per malessere riferito dal paziente.

### **Attività di gruppo Ambulatorio NPI**

La NPI di Campobasso prende in carico le famiglie ed i bambini dai 3 ai 18 anni di età affetti da DNA. La presa in carico è a BCA e rispetto gli stessi criteri di quanto descritto per BCA. Per i trattamenti a MCA e ACA i pazienti sono inviati fuori regioni.

Per i pazienti dai 16 anni in poi per il territorio del Basso Molise interviene il CSM di Termoli. Tale scelta è dettata da esigenze e necessità logistiche e tipiche degli aspetti demografici della regione.

### **Rivalutazione multidisciplinare del paziente BCA nelle riunioni di équipe per DNA**

I terapeuti (Psicologo e Dietista/Nutrizionista) riferiscono in merito all'andamento del percorso terapeutico del paziente loro assegnato e alla compliance al trattamento. Il Dietologo della UOSD Centro Nutrizione Artificiale potrà collegarsi anche da remoto

Sul piano nutrizionale sono valutati:

- L'andamento del peso;
- La riduzione delle condotte di compenso;
- Le modalità di gestione dei pasti (a casa, in autonomia, situazioni sociali);
- La frequenza e la modalità delle ricadute.

Un calo di peso cospicuo o nessuna modifica del peso dopo 6 mesi dall'inizio del trattamento con un BMI < 15,5 kg/m<sup>2</sup>, nessun miglioramento nella gestione dei pasti e ricadute frequenti conducono ad ipotizzare l'inserimento del paziente in un percorso a più alta intensità assistenziale (regime MCA o ACA).

Per contro il raggiungimento di un BMI 18,5 kg/m<sup>2</sup>, la remissione del sintomo alimentare e il miglioramento nella capacità di gestione dei pasti permettono di far propendere verso la dimissione.

Sul piano psicologico, sono valutate le evoluzioni delle dinamiche individuali, familiari e sociali e l'andamento scolastico o lavorativo. In base alle osservazioni effettuate si propone la ridefinizione del progetto terapeutico e l'eventuale dimissione.

Durante le riunioni dell'équipe territoriali del CSM può essere svolta anche una supervisione sui casi trattati dal punto di vista psichiatrico nella riunione di équipe:

- Su eventuali tentativi di suicidio o sullo sviluppo di una ideazione suicidaria;
- Sul protrarsi di condotte autolesive;
- Sulle difficoltà di adesione al percorso terapeutico (ripetute trasgressioni al contratto terapeutico)

### **B3. Dimissione – Follow up – Supervisione e audit clinico**

Il trattamento territoriale specifico BCA ha una durata di 24 mesi.

In caso si osservi le circostanze di seguito schematizzate il paziente potrà essere dimesso o monitorato come di consueto nel CSM di competenza territoriale.

- BMI > 18,5 kg/m<sup>2</sup>;
- Riduzione o remissione dell'ideazione ossessiva sul cibo, il peso e le forme corporee;
- Miglioramento delle relazioni familiari, sociali e affettive;
- Recupero delle capacità lavorative o scolastiche

Nel caso in cui si osservi un aggravamento delle condizioni di salute del paziente e della sintomatologia espressa si potrà effettuare:

- Attivazione di un regime territoriale di trattamento a Media o Alta Complessità Assistenziale
- Ospedalizzazione.

Può anche accadere che il paziente sia dimesso dopo avere abbandonato spontaneamente il percorso (Drop out).

#### **Follow Up nel regime BCA (1,3,6,12 mesi)**

Supervisione e Audit Clinico con la partecipazione di tutti gli operatori delle équipe della Rete DNA e/o CSM. Il Follow-up è condiviso periodicamente nella Board Meeting

## ACA

La struttura GEA Medica di Isernia è individuata come Centro Accreditato Regionale per l'Alta Intensità per i DNA nella Regione Molise. Riferimento normativo: Delibera della Regione Molise n. 113 del 5 maggio 2020. L'invio in struttura avviene tramite il DSM ed in particolare tramite il CSM che struttura il progetto terapeutico individualizzato.

## MCA

Al fine di ottimizzare i percorsi per DNA ed incentivare il reinserimento sociale si condivide che gli attuali Centri Diurni Psichiatrici vengano potenziati con 5 posti di semi-residenza per attuare percorsi specifici compresa la somministrazione del pasto. Per tale condizione i Centri diurni potranno prendere in carico pazienti dai 16 anni in poi.

## Percorso clinico del paziente in Regime Ospedaliero (HCA)

I reparti di Medicina Interna e Pediatria degli ospedali di Campobasso, Isernia e Termoli coadiuvati dalla SSD Alimentazione Artificiale destinano un posto letto dedicato per pazienti affetti da DNA.

I reparti di Medicina Interna saranno dotati di personale ciclicamente formato per la gestione multidisciplinare di questi pazienti.

L'invio avviene tramite la rete per DNA (CSM e/o Dipartimento di Salute Mentale) o tramite il percorso Lilla dei Pronto Soccorso. Il ricovero è disposto previa visita internistica e psichiatrica.

La necessità di trattamento può sorgere a causa di gravi problemi fisici o di una comorbidità psichiatrica acuta. Questi trattamenti sono temporanei e mirano a stabilizzare il paziente, permettendo un'uscita dalla fase critica. Anche durante un ricovero in un reparto internistico, è fondamentale garantire un supporto psicoterapeutico e nutrizionale specializzato per DNA, insieme a percorsi di rete che consentano la continuazione della terapia in un contesto riabilitativo.

Gli elementi che indicano la necessità di ospedalizzazione secondo l'APA includono:

- Alto rischio attuale legato alle condizioni fisiche del paziente (in particolare il peso e lo stato cardiaco).
- Stabilità medica raggiungibile solo tramite terapie per fleboclisi, alimentazione con sondino gastrico, o la necessità di esami di laboratorio giornalieri.
- Presenza di comportamenti e sintomi gravemente rischiosi che richiedono un monitoraggio ospedaliero per prevenire una destabilizzazione medica grave.
- Grave disturbo da dipendenza da sostanze in comorbidità.
- Intenzioni o piani suicidari, o altri fattori che indicano un alto rischio di suicidio.

## Indicazioni mediche per l'ospedalizzazione negli adulti e adolescenti (over 14):

- Peso inferiore all'85% del peso ideale per il paziente.
- Pressione sanguigna < 90/60 mm Hg.
- Glucosio < 60 mg/dl.
- Potassio < 3 mEq/L.
- Squilibrio elettrolitico.
- Temperatura corporea < 36°C.
- Disidratazione.

- Compromissione epatica, renale e cardiovascolare.
- Diabete non controllato.

Durante il ricovero viene garantita (richiedendo consulenza alla Salute Mentale)

- Consulenza da parte della equipe curante territoriale che ha in carico il caso di DNA
- Consulenza e presa in carico nell'arco di 24 ore del caso di DNA
- Videat psichiatrico quotidiano
- Consulenza psicologica a giorni alterni
- Consulenza nutrizionale da Dietologo/Dietista/Nutrizionista giorni alterni
- Il programma terapeutico individualizzato sarà avviato durante la degenza con definizione del programma terapeutico più adeguato per quel caso.

I pazienti affetti da acuzie psicopatologiche in comorbidity con DNA sono ricoverabili presso gli SPDC regionali. Gli invii avvengono tramite la rete per DNA (CSM e/o Dipartimento di Salute Mentale) o tramite il percorso Lilla dei Pronto Soccorso. Il ricovero è disposto previa visita internistica e psichiatrica.

- Consulenza da parte della equipe curante territoriale che ha in carico il caso di DNA
- Consulenza e presa in carico nell'arco di 24 ore del caso di DNA
- Videat internistico quotidiano
- Consulenza psicologica a giorni alterni
- Videat Nutrizione Clinica da parte del Dietista/Dietologo viene stabilito dal setting clinico e su base individuale. Il programma terapeutico individualizzato sarà avviato durante la degenza con definizione del programma terapeutico più adeguato a quel caso.

Alle Dimissioni dai reparti è indicato se l'invio è per il percorso BCA, MCA, ACA

#### DH Internistici

I DH internistici sono volti ad effettuare rapidamente i principali controlli laboratoristici del caso e rivisitare la terapia medica internistica nei casi di malnutrizione per i quali non è indicato o non è indispensabile il ricovero ordinario. L'invio è concertato tra la rete DNA e l'internista di riferimento per i DNA

#### **Indicazioni mediche per l'ospedalizzazione nei bambini e adolescenti (under 14):**

- Peso inferiore all'85% del peso ideale per il paziente o perdita di peso improvvisa dovuta al rifiuto di cibo.
- Frequenza cardiaca < 40 bpm.
- Ipotensione ortostatica (incremento della frequenza cardiaca di 20 bpm o diminuzione della pressione arteriosa di oltre 10-20 mm Hg passando dalla posizione supina a quella eretta).
- Pressione arteriosa < 80/50 mm Hg.
- Ipotassiemia, ipofosfatemia o ipomagnesiemia.

Il ricovero per la fascia pediatrica è inviata a strutture fuori regione.

## Percorso Lilla in Pronto Soccorso

Principali comportamenti dei Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione che causano complicanze Fisiche. Ai fini di una corretta valutazione è importante, oltre all'acquisizione di informazioni anamnestiche, la raccolta di dati sul percorso terapeutico già eventualmente intrapreso, con particolare riferimento a figure sanitarie che conoscono il paziente e possono essere un'importante fonte di informazioni e approfondimenti.

Ambiti critici per la raccolta anamnestica:

- Peso corporeo e modalità e tempistica della perdita di peso
- Frequenza delle mestruazioni
- Preoccupazioni per il proprio peso, la forma del corpo e il controllo dell'alimentazione
- Paura d'ingrassare in una condizione di sottopeso
- Restrizione alimentare calorica persistente caratterizzata da adozione di regole dietetiche estreme e rigide (es. saltare i pasti, ridurre le porzioni, evitare specifici alimenti, contare le calorie, limitare o evitare l'alimentazione sociale), restrizione alimentare calorica marcata, digiuno, vegetarianesimo e veganesimo allo scopo di perdere peso e/o di modificare la forma del corpo
- Riduzione o eccesso di apporto idrico
- Episodi di abbuffata (oggettivi e soggettivi) e altre abitudini alimentari (per es. masticare e sputare il cibo, ruminare, adottare specifici rituali alimentari, spiluccare): frequenza
- Vomito autoindotto (frequenza nelle ultime 4 settimane) • Uso improprio di lassativi (tipo e frequenza nelle ultime 4 settimane)
- Uso improprio di diuretici, ormoni tiroidei, psicostimolanti, farmaci dimagranti e supplementi nutrizionali che favoriscono la perdita di peso, abuso di caffè e di bevande con dolcificanti artificiali. (frequenza nelle ultime 4 settimane)
- Autolesionismo
- Esercizio fisico eccessivo
- Assunzione di liquidi (per es. acqua, alcol, altro)
- Fumo e uso improprio di sostanze psicoattive
- Rialimentazione troppo rapida
- Assunzione di materiale non commestibile (Pica)
- Ideazione suicidaria

I sintomi e i comportamenti sopradescritti possono essere diversamente associati fra di loro e tale associazione può determinare un aumento del rischio di complicanze.

È indicata una consulenza psichiatrica in PS ai fini di valutare l'indicazione al ricovero urgente in ambiente psichiatrico (es. in presenza di grave depressione e rischio suicidario).

Le indicazioni al ricovero urgente in ambiente ospedaliero vengono valutate anche in relazione alla disponibilità nell'ambito del territorio di servizi specialistici per i Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione che siano in grado di erogare trattamenti intensivi a livello ambulatoriale, di day-hospital e di riabilitazione extraospedaliera e ospedaliera. Nei casi a rischio alto il ricovero ospedaliero è indicato. Nei casi a rischio altissimo il ricovero è sempre indicato e riguarda esplicitamente il trattamento medico in acuzie.

### Indici di gravità dello stato del paziente

Peso corporeo: l'IMC risulta essere un indice importante per la valutazione della gravità dello scadimento dello stato nutrizionale anche se non va considerato come parametro unico e sufficiente

per definire la gravità del paziente. In particolare, viene definito un rischio moderato se IMC 13,5 kg/m<sup>2</sup>, rischio alto per ICM < 3° percentile -> 1° percentile di crescita per età e sesso, rischio alto per ICM < 1° percentile.

Modalità di perdita di peso: da considerare critico un rapido calo ponderale (ad es. 1 kg per settimana per almeno 6 settimane o perdita >10% del peso abituale in 2-3 mesi) o costante calo ponderale negli ultimi 3 mesi. Dovrebbero inoltre essere presi in considerazione per la loro gravità rapidi cali ponderali come aggravamento di un quadro già persistente, quindi in soggetti con uno stato di salute già molto compromesso, ma anche rapida e intensa perdita di peso in soggetti precedentemente in sovrappeso o obesi. La malnutrizione acuta è comunque un'emergenza medica. È associata a rischio altissimo una condizione di digiuno per 5 o più giorni consecutivi in un soggetto adulto, oppure un apporto nutrizionale estremamente ridotto per 2 giorni consecutivi in un soggetto di età inferiore a 18 anni. Pressione arteriosa: rischio alto se PA sistolica 10 mmHg in ortostatismo o incremento FC di 10 bpm. Da considerare come indicatori di rischio i valori pressori in ortostatismo (ipotensione ortostatica), in particolare rischio altissimo sia per il soggetto adulto che in età evolutiva per calo in ortostatismo di 20mmHg di PA sistolica e/o calo di 10mmHg di PA diastolica entro i 3 minuti al passaggio da clino ad ortostatismo, o incremento di 20bpm. Valutare il sintomo vertigini posturali e la storia di episodi sincopali.

Frequenza cardiaca: rischio alto se frequenza >110 bpm; rischio altissimo se frequenza < 40 bpm oppure se frequenza > 120 bpm; da valutare la presenza di tachicardia posturale (rischio alto per aumento di 10 battiti in ortostatismo, altissimo per aumento di 20 battiti o più).

ECG: 50% delle morti in pazienti con anoressia nervosa ha un'eziologia cardiaca, incluse torsione di punta e morte improvvisa. Da considerarsi indicatore di gravità qualsiasi aritmia incluso il prolungamento del QTc, alterazioni aspecifiche del tratto ST o anomalie dell'onda T, inclusa l'inversione, o onde T bifasiche. Pazienti con polso aritmico e/o QTc > 450 ms sono ad alto rischio. Il rischio è elevato per valori di QTc ≤ 470 ms nei maschi e QTc ≤ 480 ms nelle femmine, il rischio è elevatissimo per QTc > 500 ms, Le più comuni cause di allungamento del QT sono l'ipokaliemia, l'ipomagnesemia, l'assunzione di farmaci come gli SSRI e gli antidepressivi triciclici.

Glicemia: rischio alto per valori inferiori a 3.5 mmol/L (60 mg/dl); rischio altissimo per valori inferiori a 2.5 mmol/L (45 mg/dl).

Alterazioni idroelettrolitiche: la frequenza elevata di comportamenti di eliminazione come vomito autoindotto, uso improprio di lassativi, diuretici e clisteri aumenta significativamente il rischio di alterazioni dell'equilibrio idro-elettrolitico (es. ipokaliemia) e delle associate complicanze cardiache e renali. Va sempre osservato lo stato di idratazione, sia per le possibili perdite idriche collegate alle condotte di eliminazione, sia perché la restrizione dell'acqua può essere un sintomo del disturbo. La disidratazione è critica per tutti i soggetti, ma particolarmente grave in età pediatrica. Le alterazioni elettrolitiche rappresentano sempre un quadro da considerarsi gravissimo quando associate ad alterazioni metaboliche acute come l'ipoglicemia, l'ipoalbuminemia e bassi livelli di pre-albumina. Per quanto riguarda i livelli dei diversi elettroliti vengono riportati diversi gradi di rischio, anche se valori anche di poco sottosoglia devono essere considerati un indicatore negativo. Le alterazioni di K, Mg, P si associano a rischio altissimo se presenti alterazioni dell'ECG (da considerare in particolare il valore del QTc).

- Na. Rischio alto per valori < 130 mmol/L o >145 mmol/L; rischio altissimo per valori <125 mmol/L o > 160 mmol/L
- K. Rischio alto per valori < 3,5 mmol/L; rischio altissimo per valori <2,5 mmol/L
- Mg. Rischio alto per valori <0.7 mmol/L; rischio altissimo per valori <0.5 mmol/L
- P. Rischio alto se valori <0.8 mmol/L; rischio altissimo per valori <0.3 mmol/L

**Percorso Lilla. Check List riassuntiva, riportante le principali cause di rischio clinico, per l'approccio al paziente grave affetto da Anoressia Nervosa, Bulimia Nervosa o Altri Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione che accede alle cure d'emergenza Modificato da Paul Robinson & William Rhys Jones, MARSIPAN: management of really sick patients with anorexia nervosa, BJPsych Advances, 2018**

Evidenze di significativi fattori di rischio	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ICM &lt;13 kg/m<sup>2</sup> nei pazienti adulti (età superiore ai 18 anni) oppure &lt;70% del BMI mediano secondo i percentili pediatrici, in caso di paziente di età inferiore ai 18 anni</li> <li>● Perdita recente di oltre 1 kg di peso corporeo per un periodo di almeno 2 settimane 9 consecutive</li> <li>● Anamnesi positiva recente per alimentazione scarsa o assente per un periodo di almeno 5 giorni consecutivi</li> <li>● Digiuno (rifiuto di assumere cibo) oppure introito giornaliero &lt;500 kcal per un periodo di 2 giorni o più, in paziente con età inferiore ai 18 anni</li> <li>● Vomito autoindotto abituale e ricorrente o altre condotte di eliminazione (uso improprio di lassativi, diuretici)</li> <li>● Frequenza cardiaca &lt;40 bpm</li> <li>● Bassi valori di pressione arteriosa sistemica. Franco riscontro di ipotensione ortostatica (crollo della pressione arteriosa sistolica di 20mmHg e/o della pressione arteriosa diastolica di 10mmHg entro 3 minuti dal passaggio da clino- ad ortostatismo. Presenza di vertigini posturali</li> <li>● Temperatura corporea &lt;35 ° C</li> <li>● Na &lt;130mmol/L</li> <li>● K &lt;3.0mmol/L</li> <li>● Transaminasi elevate</li> <li>● Glicemia a digiuno &lt;3 mmol/L</li> <li>● Aumento di urea o creatinina</li> <li>● Anomalie ECG: ad es. bradicardia; QTc&gt; 450ms</li> </ul>
--	--

<b>Criteri di ammissione al ricovero ospedaliero. Modificata da RANZCP Guidelines 2014</b>	
Peso corporeo	ICM < 12 kg/m <sup>2</sup>
Pressione arteriosa sistolica	PAS < 80 mmHg
Ipotensione ortostatica	Diminuzione della PAS > 20 mmHg al passaggio da clino- ad ortostatismo
Frequenza cardiaca	FC ≤ 40 bpm oppure > 120 bpm; oppure tachicardia posturale (incremento di FC > 20 bpm rispetto al basale, al passaggio da clino- ad ortostatismo)
Temperatura corporea	T < 35° C o estremità fredde/acrocianosi

ECG	Qualsiasi aritmia, incluso allungamento del QTc, alterazioni aspecifiche del tratto ST, anomalie dell'onda T (compresa inversione dell'onda T e onde T bifasiche)
Glicemia plasmatica	Glicemia a digiuno < 2,5 mmol/L (45 mg/dl)
Sodio	Na < 125 mmol/L
Potassio	K < 3,0 mmol/L
Magnesio	Inferiore al range di normalità
Fosfato	Inferiore al range di normalità
eGFR	eGFR < 60 ml/min /1,73m <sup>2</sup> oppure rapido calo (diminuzione ≥ 25% in 1 settimana)
Albumina	Albumina plasmatica < 30 g/L
Enzimi epatici (AST, ALT)	Marcatamente elevati (AST o ALT > 500 U/L)
Neutrofili	< 1,0 x 10 <sup>9</sup> /L

## Note Flow – chart organizzativa PDTA del paziente con Anoressia e Bulimia - Pratiche Cliniche (P)

### P1. Presa di contatto con la rete dei servizi DNA e Triage

Operatore sanitario	Procedura/evento (cosa fa il professionista)
Medico di Medicina Generale Pediatra di Libera Scelta Specialista territoriale Specialista ospedaliero Servizi di altre ASL Pazienti e familiari	Contatto con il CSM
<b>Documentazione prodotta:</b>	Accesso diretto presso CSM di competenza territoriale
<b>Obiettivi/traguardi sanitari</b>	Affidamento a Servizio Specializzato
<b>Rischi correlati</b>	Nessuno.
<b>Tempi:</b>	I tempi vanno a seconda del soggetto richiedente

### Compilazione scheda – Intervista

<i>Operatore sanitario</i>	<i>Procedura/evento (cosa fa il professionista)</i>
Operatore rispondente	Compilazione di una scheda telefonica del paziente su format predefinito
<b>Documentazione prodotta:</b>	Scheda telefonica
<b>Obiettivi/traguardi sanitari:</b>	Raccogliere informazioni sul profilo patologico e sociale del paziente potenziale
<b>Rischi correlati</b>	Nessuno.
<b>Tempo:</b>	20 minuti

### Triage delle schede telefoniche

<b>Operatore sanitario</b>	<b>Procedura/evento (cosa fa il professionista)</b>
Responsabile Rete Servizi DNA Operatore del Centro	Accesso Diretto presso CSM
<b>Documentazione prodotta:</b>	In caso di contatto telefonico è necessaria la valutazione dei pazienti sulle schede informative compilate dall'operatore rispondente Report esito telefonate, agenda 1° visite
<b>Obiettivi/traguardi sanitari:</b>	Generazione di un elenco dei potenziali pazienti Gestione della lista dei potenziali pazienti e dell'agenda delle 1° visite
<b>Rischi correlati</b>	Nessuno
<b>Tempo</b>	Entro 15 giorni dalla compilazione della scheda di prima valutazione

### Prime visite

#### Visite specialistiche

<i>Operatore sanitario</i>	<i>Procedura/evento (cosa fa il professionista)</i>
Psicologo	Raccoglie i dati anagrafici, compila i moduli della privacy (se minorenni firmati dai genitori); effettua un colloquio anamnestico; somministra una batteria di test (SCL 90-R, EDI 3, WHOQOL); effettua un briefing con il dietista per la definizione dell'eventuale diagnosi di DNA (in base ai criteri diagnostici proposti dal DSM-5) e individua il percorso terapeutico più idoneo; formula una proposta di intervento terapeutico riabilitativo al paziente (se minorenni ai genitori o chi ne fa le veci); inserisce il paziente in lista d'attesa e fornisce la documentazione cartacea per l'autorizzazione al ricovero ove necessaria oppure fornisce le indicazioni per l'eventuale invio presso altri servizi.
Dietologo/Dietista/Nutrizionista	Effettua un colloquio anamnestico (anamnesi fisiologica, anamnesi patologica, abitudini alimentari attuali, valutazione intake idrico e calorico giornaliero e del dispendio energetico, anamnesi patologica familiare, valutazione della compliance e della motivazione al trattamento), rilevazione del peso, dell'altezza e calcolo BMI; effettua un briefing con psichiatra e psicologo per la definizione dell'eventuale diagnosi di DNA (in base ai criteri diagnostici proposti dal DSM-5) e individua il percorso terapeutico più idoneo; stila una lettera di esito della valutazione (diagnosi e proposta terapeutica) destinata al medico curante.

<b>Documentazione prodotta:</b>	Referto prima visita Cartella clinica
<b>Obiettivi/traguardi sanitari:</b>	Inquadramento diagnostico e individuazione del percorso terapeutico
<b>Rischi correlati:</b>	Aggressività auto-eterodiretta, abbandono del percorso
<b>Tempo:</b>	Le visite si svolgono il primo giorno d'ingresso nel PDTA e durano almeno 60 minuti ciascuna

### Visite mediche specialistiche

<i>Operatore sanitario</i>	<i>Procedura/evento (cosa fa il professionista)</i>
Medico Psichiatra	Effettua una valutazione psichiatrica con eventuale prescrizione di trattamento farmacologico.
Medico Internista/ Endocrinologo	Su richiesta effettua un'anamnesi medica personale e familiare del paziente; valuta le condizioni fisiche del paziente attraverso l'esame obiettivo; prende visione dei referti clinici richiesti
<b>Documentazione prodotta</b>	Cartella clinica
<b>Obiettivi/traguardi sanitari</b>	Inquadramento diagnostico e individuazione di un percorso terapeutico.
<b>Rischi correlati</b>	Aggressività auto-eterodiretta, abbandono del percorso.
<b>Tempo</b>	Durata 60 minuti per ciascuna visita

### Briefing prima visita e restituzione finale

<b>Operatore sanitario</b>	<b>Procedura/evento (cosa fa il professionista)</b>
Psicologo, Dietologo Dietista/Nutrizionista, Specialisti coinvolti	Effettuano un briefing per la definizione dell'eventuale diagnosi di DCA (in base ai criteri diagnostici proposti dal DSM-5) e l'individuazione del percorso terapeutico più idoneo.
Documentazione prodotta	Lettera prima visita, referto in cartella clinica
Obiettivi/traguardi sanitari	Condivisione delle informazioni estrapolate in prima visita per la formulazione di una diagnosi e di un trattamento idoneo.
Rischi correlati	Nessuno
Tempo	Nella stessa giornata della prima valutazione In casi complessi la restituzione avviene entro 15 giorni dalla prima valutazione Tempo per la restituzione: 15- 30 minuti

### P3. Definizione dell'intensità del percorso e inserimento in lista di attesa

<i>Operatore sanitario</i>	<i>Procedura/evento (cosa fa il professionista)</i>
Coordinatore, infermiere	Generazione e gestione della Lista di Attesa
<b>Documentazione prodotta</b>	Moduli di autorizzazione e generazione della Lista di Attesa per differenti livelli di complessità
<b>Obiettivi/traguardi sanitari:</b>	Gestione della lista dei potenziali pazienti.
<b>Rischi correlati</b>	Nessuno.
<b>Tempo</b>	Contemporaneamente alla restituzione della prima visita

### Percorso Bassa Complessità Assistenziale (BCA) - Pratiche Cliniche

[CSM di Termoli (centro pilota), CSM di Campobasso, CSM di Isernia, NPI Campobasso]  
 (Durata del PDTA BCA: 24 mesi)

### Presa in carico - Accoglienza – Visite specialistiche

#### Presa in carico

<b>Operatore sanitario</b>	<b>Procedura/evento (cosa fa il professionista)</b>
Responsabile del servizio	Attribuzione delle micro équipe (psicologo, dietista/nutrizionista) e attribuzione case manager
<b>Documentazione prodotta</b>	Foglio di assegnazione terapeutica e verbali delle riunioni di équipe
<b>Obiettivi/traguardi sanitari</b>	Assegnazione dei pazienti ai terapeuti di riferimento.
<b>Rischi correlati</b>	Nessuno.
<b>Tempo</b>	Viene definita in una riunione di équipe precedente alla presa in carico del paziente.

#### Accoglienza paziente

<b>Operatore sanitario</b>	<b>Procedura/evento (cosa fa il professionista)</b>
Psicologo	Compila la scheda anagrafica, fa firmare il consenso informato e il consenso al trattamento dei dati personali, raccoglie la documentazione clinica richiesta e spiega l'organizzazione del percorso ambulatoriale.
<b>Documentazione prodotta</b>	Cartella clinica (Scheda anagrafica, consenso informato, analisi cliniche , diario clinico)
<b>Obiettivi/traguardi sanitari</b>	Formalizzazione procedure di accoglienza
<b>Rischi correlati</b>	Aggressività auto-eterodiretta, abbandono del percorso
<b>Tempo</b>	Il primo giorno e dura 50 minuti

### Accoglienza familiari

Operatore sanitario	Procedura/evento (cosa fa il professionista)
Assistente Sociale Coordinatore Operatori Associazione "Incontrarsi"	Incontrano i genitori o familiari dei pazienti, accolgono le loro domande, le loro paure e i loro dubbi sul percorso che dovrà affrontare e viene spiegato loro l'importanza della loro presenza durante il percorso attraverso gli incontri individuali con il counselor/terapeuta familiare e la partecipazione alle riunioni che l'Associazione stessa organizza per garantire un sostegno alle famiglie. Vengono inoltre illustrate le varie attività che l'Associazione svolge in collaborazione con i CSM e NPI (seminari di pedagogia genitoriale, progetti di prevenzione nelle scuole rivolti ad insegnanti e ragazzi, gestione della Casa di Pandora, etc.)
<b>Documentazione prodotta</b>	Modulo micro èquipe. Documenti della Associazione
<b>Obiettivi/traguardi sanitari</b>	Responsabilizzazione dei familiari dei pazienti sui percorsi terapeutici
<b>Rischi correlati</b>	Nessuno
<b>Tempo</b>	L'accoglienza viene svolta il giorno del ricovero e dura 30 minuti

### Visite Specialistiche

Operatore sanitario	Procedura/evento (cosa fa il professionista)
Dietologo/Dietista	Effettua un colloquio anamnestico, valuta la compliance e della motivazione al trattamento; rileva i parametri antropometrici (peso, altezza, BMI) ed effettua BIA.
Psicologo	Effettua colloquio anamnestico e somministra una batteria di test (SCL 90 R, EDI 3, WHOQOL, BUT, BSQ, MMPI) .
<b>Documentazione prodotta</b>	Referti in Cartella Clinica, schema di raccolta dati sul peso, test psicodiagnostici, diario clinico
<b>Obiettivi/traguardi sanitari</b>	Inserimento del paziente nel percorso terapeutico di BCA
<b>Rischi correlati</b>	Aggressività auto-eterodiretta, abbandono del percorso.
<b>Tempo</b>	Effettuate nel primo incontro e durano 50 minuti ciascuna

### Visite mediche specialistiche

Operatore sanitario	Procedura/evento (cosa fa il professionista)
Medico Psichiatra	Effettua una valutazione psichiatrica e prescrive se necessario una terapia farmacologica.
Medico Internista e Endocrinologo	Effettua un'anamnesi personale e familiare del paziente: valuta le condizioni cliniche del paziente attraverso l'esame obiettivo. Prende visione dei referti clinici
<b>Documentazione prodotta</b>	Referto visita in Cartella Clinica (Mod.08 PSQ PCA 01).
<b>Obiettivi/traguardi sanitari:</b>	Riscontro di eventuali diagnosi psichiatriche e prescrizione di terapie psicofarmacologiche Inquadramento diagnostico dello stato fisico del paziente ed eventuale prescrizione farmacologica

<b>Rischi correlati</b>	Aggressività auto-eterodiretta, abbandono del percorso
<b>Tempo</b>	Le visite vengono svolte entro 15 giorni dall'ingresso in BCA e durano 50 minuti. Inoltre in base al decorso del paziente possono essere ripetute.

## Trattamenti– Rivalutazione paziente

### Videat Nutrizionale ogni 15 giorni

<b>Operatore sanitario</b>	<b>Procedura/evento (cosa fa il professionista)</b>
Dietologo/Dietista	Effettua colloqui clinici ogni 15 giorni
<b>Documentazione prodotta</b>	Referti in cartella clinica, diario alimentare, grafico del peso, stampa esame BIA
<b>Obiettivi/traguardi sanitari</b>	Valutazione, monitoraggio dell'andamento nutrizionale, ristrutturazione dei pensieri disfunzionali circa peso, corpo, cibo, rinforzo della motivazione al trattamento, sostegno al percorso di cura; regressione del sintomo alimentare. Analisi della composizione corporea.
<b>Rischi correlati</b>	Aggressività auto-eterodiretta, abbandono del percorso
<b>Tempo</b>	Le visite vengono svolte ogni 15 giorni per tutta la durata del percorso BCA e durano 60 minuti. Referto BIA secondo valutazione del Dietologo

### Colloquio psicologico ogni 15 giorni

<i>Operatore sanitario</i>	<i>Procedura/evento (cosa fa il professionista)</i>
Psicologo	Effettua colloqui psicoterapici quindicinali
<b>Documentazione prodotta</b>	Referti in Cartella Clinica, esiti dei test somministrati (SCL 90 - R, EDI 3, MMPI, WHOQOL, BUT, BSQ)
<b>Obiettivi/traguardi sanitari</b>	Indagine dei fattori scatenanti, perpetuanti e precipitanti il disturbo, valutazione della ideazione ossessiva, valutazione della strutture difensive, valutazione del funzionamento sociale, valutazione della psicodinamica delle relazioni intra ed inter-familiari e affettive, lavoro sulla dispercezione corporea, valutazione della compliance al trattamento sia del paziente che della famiglia.
<b>Rischi correlati</b>	Aggressività auto-eterodiretta, abbandono del percorso
<b>Tempo</b>	Le visite vengono svolte ogni 15 giorni per tutta la durata del percorso BCA e durano 60 minuti.

### Trattamenti della NPI

Gruppo terapeutico specifico ideato per i bambini dai 3-8 anni e le loro famiglie, che presentano questo disturbo alimentare. Ha una durata di 8 incontri e frequenza settimanale.

### Presa in carico ARFID

<b>Operatore sanitario</b>	<b>Procedura/evento (cosa fa il professionista)</b>
Micro-équipe Gruppo ARFID: Dietologo, Dietista/Nutrizionista, Neuropsichiatra infantile e Psicologo	Il gruppo di bambini e le loro famiglie vengono prese in carico da una micro-equipe multidisciplinare costituita da Neuropsichiatra Infantile, Medico Nutrizionista, Psicologo, Dietista Stabilisce contatti con i Servizi e gli specialisti di provenienza

	L'equipe può richiedere ulteriori approfondimenti specialistici individuali nei casi di grave complessità clinica per indagare eventuali condizioni che risultano difficilmente gestibili nel percorso di gruppo.
Documentazione prodotta	Apertura cartella clinica.
Obiettivi/traguardi sanitari	Si traccia un primo profilo del paziente
Rischi correlati	Nessuno
Tempo	Entro 4/6 mesi dalla prima valutazione

### Accettazione ARFID

Operatore sanitario	Procedura/evento (cosa fa il professionista)
Infermiere coordinatore	Convocazione delle famiglia nella data di inizio del percorso Informazione rispetto alle caratteristiche del gruppo Contatto con il PLS o MMG per condivisione del percorso terapeutico da intraprendere Ritiro delle impegnative pagate
Documentazione prodotta	Compilazione cartella clinica (Mod.14 PSQ PCA 01).
Obiettivi/traguardi sanitari	Prima accoglienza e accettazione del paziente
Rischi correlati	Drop out
Tempo	Entro 4/6 mesi dalla prima valutazione

### Incontri con i genitori NPI

Operatore sanitario	Procedura/evento (cosa fa il professionista)
Micro-equipe Gruppo ARFID: Dietologo, Dietista/Nutrizionista, Neuropsichiatra infantile e Psicologo	Due incontri all'inizio e alla fine del percorso di tipo psico-nutrizionale
Documentazione prodotta	Referti in cartella clinica.
Obiettivi/traguardi sanitari	Informare i familiari rispetto alle caratteristiche del disturbo, aiutarli nella gestione a casa delle problematiche connesse, cercando di lavorare insieme sui significati simbolici del cibo e fornendo delle strategie psico-educative da poter mettere in atto quotidianamente.
Rischi correlati	Aggressività auto-eterodiretta, drop-out
Tempo	Due incontri a inizio e fine percorso Tempo del gruppo: 60/90 minuti

### Gruppi psico-nutrizionali NPI

Operatore sanitario	Procedura/evento (cosa fa il professionista)
Micro-equipe Gruppo ARFID: Dietologo, Dietista/Nutrizionista, Neuropsichiatra	Compresenza e interazione parte psicologica/parte nutrizionale giochi e simulazioni con il cibo Osservazione della relazione genitore/bambino

infantile e Psicologo	
Documentazione prodotta	Referti in Cartella Clinica, diario alimentare, materiali prodotti nelle attività di gruppo.
Obiettivi/traguardi sanitari	Riappropriazione di un funzionale rapporto con il cibo e l'alimentazione e un miglioramento delle interazioni familiari.
Rischi correlati	Aggressività auto-eterodiretta, drop-out
Tempo	Dal primo giorno e per tutte le settimane del trattamento Tempo del gruppo: 60/90 minuti

### Valutazione a fine percorso NPI ed eventuale invio

Operatore sanitario	Procedura/evento (cosa fa il professionista)
Micro-equipe Gruppo Arfid: Dietologo, Dietista/Nutrizionista, Neuropsichiatra infantile e Psicologo	Conclusione positiva con diminuzione dell'ansia rispetto al cibo e all'alimentazione, miglioramento dei rapporti affettivi e familiari; Drop out, abbandono del percorso; Dimissione verso Servizi Territoriali (NPI) se necessario; Segnalazione ai servizi socio-sanitari se c'è una situazione compromessa dal punto di vista sociale e familiare.
Documentazione prodotta	Cartella Clinica e relazione se necessario per i servizi di riferimento per il paziente.
Obiettivi/traguardi sanitari	Valutazione del profilo paziente e dimissione
Rischi correlati	Nessuno
Tempo	Alla fine del percorso terapeutico di gruppo

### Rivalutazione del paziente BCA

Operatore sanitario	Procedura/evento (cosa fa il professionista)
Equipe Multidisciplinare	Il paziente viene rivalutato in base a: Compliance e motivazione al trattamento. Andamento del peso. Monitoraggio condotte di compenso. Gestione dei pasti (a casa, in autonomia, situazioni sociali), Frequenza e modalità delle ricadute (si ipotizza invio regime a maggiore complessità). Evoluzione del percorso psicologico, evidenziando gli aspetti individuali, familiari, relazionali, sociali, scolastici. Ridefinizione del progetto terapeutico e l'eventuale dimissione
Documentazione prodotta:	Verbali delle riunioni di équipe
Obiettivi/traguardi sanitari:	Aggiornamento profilo paziente e rivalutazione percorso terapeutico
Tempo	La riunione di équipe è settimanale e dura 60 minuti.

### Dimissione - Audit Clinico

### Dimissione del paziente BCA

Operatore sanitario	Procedura/evento (cosa fa il professionista)
Dietologo, Dietista/ Nutrizionista	Dimissione del paziente per Drop out. Gestione dimissione a fronte di <b>BMI &gt; 18,5 kg/m<sup>2</sup></b> , assenza di ossessività verso peso e corpo, rapporti sociali e familiari recuperati.
Psicologo	Gestione dimissione con passaggio a regime a Media o Alta Complessità Assistenziale se il paziente presenta un peggioramento delle condizioni cliniche e psichiche Gestione dimissione e affidamento a Servizi Territoriali psichiatrici (CSM o NPI), se necessario. Gestione dimissione e ricovero in Ospedale a fronte aggravamento condizioni fisiche.
<b>Documentazione prodotta</b>	Cartella Clinica e Lettera di dimissione
<b>Obiettivi/traguardi sanitari</b>	Dimissione o invio ad altri livelli di trattamento
<b>Rischi correlati</b>	Nessuno
<b>Tempo</b>	La dimissione del paziente viene discussa in riunioni di equipe alla fine del percorso BCA e dura 50 minuti

### Follow Up

Dopo 1, 3, 6 e 12 mesi dalla fine del trattamento ambulatoriale sono previsti due colloqui di Follow Up nel quale la micro-equipe dell'ambulatorio effettua una valutazione multidisciplinare del paziente per verificare i risultati e l'andamento delle condizioni psico-nutrizionali dopo la dimissione dal percorso.

Operatore sanitario	Procedura/evento (cosa fa il professionista)
Dietologo, Dietista/ Nutrizionista	Colloquio clinico, visita con verifica peso, BMI e BIA
Psicologo	Colloquio clinico e somministrazione test
<b>Documentazione prodotta</b>	Cartella Clinica e referti test, scheda monitoraggio peso e referto BIA
<b>Obiettivi/traguardi i sanitari</b>	Valutazione dell'andamento del paziente al di fuori del percorso terapeutico in BCA
<b>Rischi correlati</b>	Nessuno
<b>Tempo</b>	Viene attivato in modo programmato dopo la dimissione del paziente a 1,3,6 e 12 mesi. La visita dura 50 minuti.

### Supervisione scientifica e Audit Clinico in regime BCA

Operatore sanitario	Procedura/evento (cosa fa il professionista)
Tutti gli operatori della Rete dei Servizi DNA	Supervisione su casi clinici e sulle dinamiche del gruppo di lavoro ;presentazione di un caso clinico da parte degli operatori coinvolti direttamente nel trattamento (una volta al mese con la partecipazione di tutti gli operatori della Rete DNA).
Supervisore esperto	Ricostruzione da parte del supervisore della storia individuale e familiare del paziente; analisi del transfert e controtransfert dell'equipe terapeutica.
<b>Documentazione</b>	Report incontro

<b>prodotta</b>	
<b>Obiettivi/traguardi sanitari</b>	Ipotesi di un progetto terapeutico condiviso tra il supervisore e il gruppo dei terapeuti
<b>Tempo</b>	Si svolge ogni mese, durata 4 ore

### Accoglienza familiari

<b>Operatore sanitario</b>	<b>Procedura/evento (cosa fa il professionista)</b>
Coordinatore Operatori Associazione "Incontrarsi"	Incontrano i genitori o familiari dei pazienti, accolgono le loro domande, le loro paure e i loro dubbi sul percorso che dovrà affrontare e viene spiegato loro l'importanza della loro presenza durante il percorso attraverso gli incontri individuali con il counselor/terapeuta familiare e la partecipazione alle riunioni del sabato mattina che l'Associazione stessa organizza per garantire un sostegno alle famiglie. Vengono inoltre illustrate le varie attività che l'Associazione svolge in collaborazione con i Centri DCA (seminari di pedagogia genitoriale, progetti di prevenzione nelle scuole rivolti ad insegnanti e ragazzi, gestione della Casa di Pandora, etc.)
<b>Documentazione prodotta</b>	Modulo micro équipe. Documenti della Associazione
<b>Obiettivi/traguardi sanitari</b>	Responsabilizzazione dei familiari dei pazienti sui percorsi terapeutici
<b>Rischi correlati</b>	Nessuno
<b>Tempo</b>	L'accoglienza viene svolta il giorno del ricovero e dura 30 minuti

### Visite Specialistiche

<b>Operatore sanitario</b>	<b>Procedura/evento (cosa fa il professionista)</b>
Psicologo Dietologo, Dietista/Nutrizionista	Colloquio anamnestico Consegna la batteria di test psicometrici (SCL-90, EDI-2, WHOQOL). Firma contratto terapeutico con il paziente Rilevazione del peso, altezza e calcolo BMI. Effettua, interpreta e restituisce al paziente l'esito della Bioimpedenziometria Valutazione della presenza di condotte di compenso Spiega il regolamento della terapia nutrizionale. Effettua la pianificazione del Menù con il paziente.
<b>Documentazione prodotta:</b>	Cartella clinica, test psicometrici, contratto terapeutico (SCL-90-R, EDI-3, BUT, MILLON, MMPI-A, MMPI), scheda monitoraggio del peso, referto BIA
<b>Obiettivi/traguardi sanitari:</b>	Accogliere e motivare il paziente all'inizio del percorso terapeutico
<b>Rischi correlati</b>	Aggressività auto-eterodiretta, abbandono del percorso
<b>Tempo</b>	Le visite si svolgono il giorno del ricovero e durano 50 minuti ciascuna

### Visite Mediche Specialistiche

Operatore sanitario	Procedura/evento (cosa fa il professionista)
Medico Psichiatra Dietologo	Su richiesta effettua una valutazione psichiatrica con eventuale prescrizione di trattamento farmacologico o conferma di quello in atto se presente Effettua un'anamnesi personale e familiare del paziente Valuta le condizioni fisiche del paziente attraverso l'esame obiettivo Prende visione dei referti clinici richiesti
<b>Documentazione prodotta</b>	Referti in Cartella clinica
<b>Obiettivi/traguardi sanitari:</b>	Valutazione del profilo psichiatrico del paziente e definizione di eventuali terapie farmacologiche Valutazione condizioni cliniche del paziente e prescrizione di un'eventuale terapia
<b>Rischi correlati</b>	Aggressività auto-eterodiretta, abbandono del percorso
<b>Tempo</b>	La visita medico nutrizionale si svolge il giorno dell'ingresso e dura 30 minuti. La visita psichiatrica viene effettuata entro la prima settimana di ricovero e dura 30 minuti

### Attività di supporto al PDTA

#### Coordinamento organizzativo

Operatore sanitario	Procedura/evento (cosa fa il professionista)
Assistente sociale coordinatrice	Programmazione attività settimanali Organizzazione/gestione turnazione personale Gestione relazioni con uffici aziendali, Cooperativa Polis ed ETAB Rendicontazione prestazioni e presenze in BCA, MCA, ACA finalizzata alla fatturazione Flusso SISM Relazioni e contatti interaziendali Rapporti con i servizi territoriali coinvolti nel progetto di cura (servizi DNA territorio nazionale, NPI, CSM, Servizi Sociali, Ospedali) Coordinamento delle micro-equipe
<b>Documentazione prodotta</b>	Planner settimanale attività, turni mensili operatori, relazioni, cartella clinica,
<b>Obiettivi/traguardi sanitari</b>	Gestire l'organizzazione interna del personale della struttura e in relazione alla struttura Aziendale. Gestire rapporti con i servizi territoriali
<b>Tempo</b>	5 giorni a settimana

#### Gestione amministrativa

Operatore sanitario	Procedura/evento (cosa fa il professionista)
Amministrativa	Apertura e successiva archiviazione cartelle cliniche Registrazione presenze pazienti ricoverati Controllo autorizzazioni di ricovero ed eventuali richieste di prolungamento Protocollo aziendale Erogato Report trimestrale presenze Dati SICOGE

	Contatti con Asl territoriali per comunicazioni di ingresso e dimissione Gestione procedura richiesta cartelle cliniche Gestione ISESWEB
Documentazione prodotta	Documenti gestione amministrativa
Obiettivi/traguardi sanitari	Documenti amministrativi della struttura
<b>Rischi correlati</b>	Nessuno
Tempo	Tempi amministrativi

### PDTA DNA – Indicatori di Struttura, Processo ed Esito

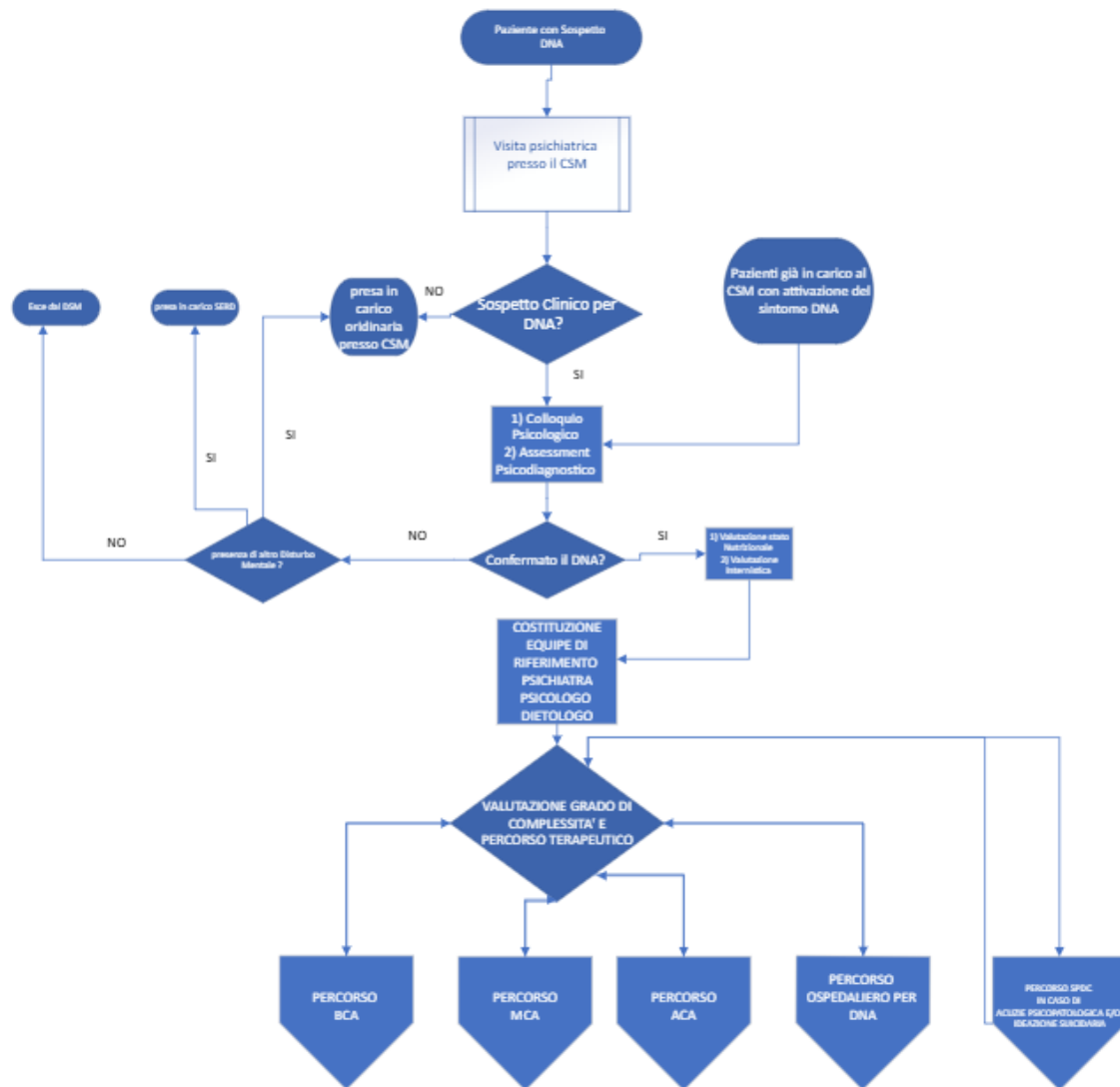
<i>Numero</i>	<i>Indicatori di struttura</i>	<i>Fonte (Si intende la Fonte dati)</i>	<i>Standard Riferimento (storico)</i>
1	Numero dei casi inviati dai MMG e dei PLS per il sospetto di DNA	Scheda Prima Visita	
2	Adesione dichiarata dei servizi della Rete dei Servizi DNA al PDTA DNA	Documentazione interna Rete Servizi DNA	
3	Inserimento formale nei piani di attività dei servizi della Rete dei Servizi DNA del PDTA DNA	Documentazione ASREM	
4	Esistenza di criteri appropriati per il ricovero ospedaliero	Documentazione ASREM	
5	Incidenza singole professionalità specifiche/su totale professionalità presenti nelle UOS DNA	Documentazione ASREM	
	<i>Indicatori di processo</i>		
6	Numero pazienti DNA trattati in maniera integrata in BCA/numero pazienti che accedono al servizio	Scheda Prima Visita	
7	Numero pazienti inviati dal Servizio per DNA – percorso MCA (percorso fuori regione)	Cartella Clinica	
8	Numero pazienti inviati dal Servizio per DNA - percorso ACA	Cartella Clinica	
9	Pazienti attualmente presi in carico	Cartella Clinica/ASTER	
10	Ore complessive di riunioni di rete (per singoli operatori)	Verbali Riunioni	

	<i>Indicatori di esito</i>		
14	Riduzione dei casi di drop-out per il livello BCA per DNA - NOSFED/OSFED*	Foglio ambulatorio BCA	Riduzione storico anno precedente

17	Miglioramento dei comportamenti alimentari disfunzionali dall'ingresso in trattamento	Test psicometrici/Cartella Clinica	
18	Miglioramento del tono dell'umore dall'ingresso in trattamento	Test Psicometrici	
19	Riduzione della terapia farmacologica dall'ingresso in trattamento	Cartella Clinica	
20	Miglioramento della qualità della vita dall'ingresso in trattamento	Test psicometrici/Cartella Clinica	
21	Miglioramento della composizione corporea dall'ingresso in trattamento	Referto Nutrizionista	
22	Miglioramento delle capacità motorie dall'ingresso in trattamento	Cartella Clinica	
25	Aumento dei casi con aumento ponderale in BCA (in linea con i dati della letteratura internazionale)	Cartella Clinica	Aumento storico anno precedente

**PERCORSI DIAGNOSTICO  
TERAPEUTICO ASSISTENZIALI  
del paziente con  
DISTURBO  
DA ALIMENTAZIONE  
INCONTROLLATA**

## Ragionamento Clinico e definizione della complessità assistenziale



## **Presenza di contatto della Rete dei Servizi DNA e Triage schede telefoniche**

**Primo contatto con i Centri DNA da parte dei pazienti, dei familiari, dei MMG, dei PLS, specialisti territoriali, ospedalieri o rivolgendosi direttamente alla struttura**

### **Compilazione di una scheda del paziente da parte degli operatori rispondenti**

Gli operatori raccolgono su un'apposita scheda le informazioni preliminari sull'anamnesi personale, cercando di fare un primo profilo patologico e sociale del paziente potenziale.

### **Triage delle schede telefonica da parte del Direttore della Rete DNA**

## **Prime Visite**

Prima visita in accesso diretto presso il CSM - art.3 comma C del Decreto Legge n.73 del 07/06/24 (GU 178 del 31/07/24)

### **1° visita del potenziale paziente**

La prima visita è svolta dal dietologo, dietista/nutrizionista e dallo psicologo al fine di analizzare tutti gli aspetti della persona, sia quelli riguardanti le abitudini e il comportamento alimentare sia quelli psicologici e relazionali. Se necessario viene richiesta una valutazione del medico internista-endocrinologo, dello psichiatra o del fisioterapista per approfondire eventuali problematiche mediche o fisiche che potrebbero compromettere la buona riuscita del trattamento proposto.

#### ***Criteri di triage in base all'esito della prima visita del paziente potenziale:***

***Criteri di inclusione:*** BMI < 45 kg/m<sup>2</sup>, condizione medica non eccessivamente compromessa, condizione psicologica ben compensata, sufficiente disponibilità al trattamento, assenza di ideazione suicidaria, assenza di altre dipendenze in atto.

***Criteri di esclusione:*** BMI > 45 kg/m<sup>2</sup> in assenza di significativi criteri di inclusione (alta motivazione, autosufficienza etc.), condizioni mediche compromesse come grave insufficienza respiratoria, cardio-circolatoria, epato-renale o altre patologie che invaliderebbero il normale svolgimento del programma, diagnosi di AN o BN con sottopeso/normopeso, totale impossibilità a svolgere attività fisica per gravi problemi di deambulazione (verso specialista anche ospedaliero o altra struttura), non autosufficienza negli atti della vita quotidiana, assenza totale di motivazione al trattamento.

***Criteri di trasferimento:*** qualora il paziente presenti condizioni cliniche previste nei criteri di esclusione può essere proposto il trasferimento presso altre strutture con livello di complessità assistenziale adeguato al profilo del paziente.

**NB:** Qualora le condizioni mediche e fisiche si stabilizzassero mostrando un miglioramento, potrà essere effettuata nuova rivalutazione del caso.

### **Visite specialistiche**

Si valutano gli aspetti psico-nutrizionali del paziente al fine di una corretta diagnosi e dell'individuazione del percorso terapeutico più idoneo

***Visita psicologica*** : La valutazione psicologica è necessaria per un primo inquadramento diagnostico e per valutare lo stato psicologico del paziente e la motivazione al trattamento. Viene somministrata alla prima visita la seguente batteria di test psicometrici SCL\_90-R, BES, WHOQOL, BUT, BSQ, MILLON - MACI, EDI-3).

Visita nutrizionale clinica: La valutazione nutrizionale è necessaria per un primo inquadramento diagnostico e per una valutazione dello stato nutrizionale. Si rilevano le misure antropometriche (peso, altezza, circonferenza addominale e BMI) e si valutano le condizioni fisiche generali.

Visita Psichiatrica: La valutazione psichiatrica è effettuata a fini diagnostici per valutare gli aspetti di comorbidità

#### **Altre Visite specialistiche**

Si effettuano ulteriori approfondimenti specialistici nei casi di grave complessità clinica del paziente per integrare la prima valutazione ed indagare eventuali condizioni che comprometterebbero il normale svolgimento del percorso terapeutico:

Visita Intenistica-Endocrinologica

Visita fisioterapica

#### **Briefing prima visita e restituzione finale**

A conclusione delle visite si effettua un briefing tra i professionisti coinvolti, per la definizione della diagnosi (in base ai criteri diagnostici del DSM-5) e l'individuazione del percorso terapeutico più idoneo e si formula una proposta di intervento terapeutico riabilitativo al paziente (se minorenne ai genitori o chi ne fa le veci). In conclusione, si elabora una lettera di restituzione della prima visita con diagnosi e trattamento proposto, destinata agli specialisti invianti o al MMG/PLS.

In caso di consenso al trattamento, si inserisce il paziente nella lista di attesa del livello di trattamento proposto.

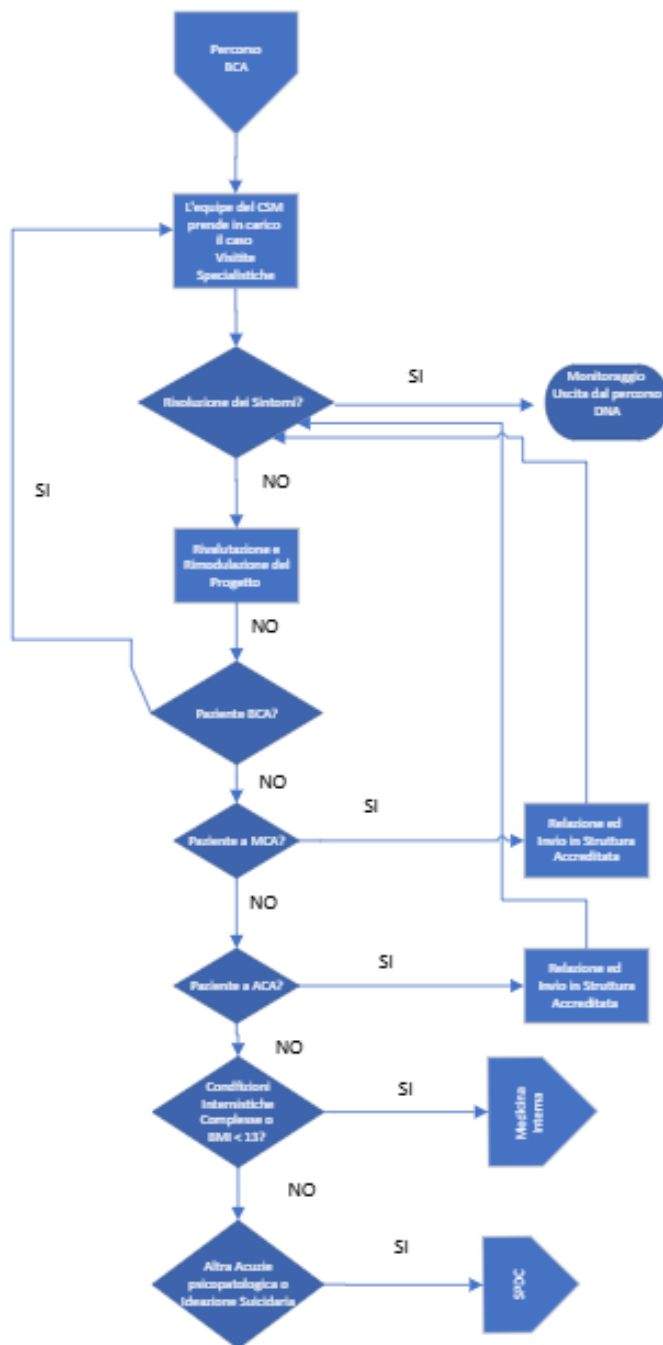
### **A3. Definizione dell'intensità del percorso e inserimento in lista di attesa**

**In base agli esiti della prima visita il paziente viene inserito in una delle liste di attesa per i diversi regimi del PDTA DAI e Obesità, ovvero:**

- Lista di attesa del regime BCA, Bassa Complessità Assistenziale;
- Lista di attesa del regime MCA, Media Complessità Assistenziale;
- Lista di attesa del regime ACA, Alta Complessità Assistenziale.

## Ragionamento Clinico BCA (Bassa Complessità Assistenziale):

### Legenda Flow Chart B: Ragionamento Clinico



## Percorso a Bassa Complessità Assistenziale (BCA)

L'obiettivo del trattamento ambulatoriale per pazienti con Disturbo da Alimentazione Incontrollata, è innanzitutto la riduzione della sintomatologia, questo diminuisce il rischio che il paziente debba ricorrere al ricovero ospedaliero o residenziale, ma permette anche allo stesso di affrontare il percorso terapeutico nelle migliori condizioni psicofisiche possibili e con una motivazione sufficiente (Hay e altri, 2009).

Il trattamento ambulatoriale è previsto presso i CSM di Campobasso, Termoli ed Isernia, per l'età infantile presso la NPI di Campobasso. In Basso Molise il CSM prende in carico pazienti dai 16 anni in poi. La presa in carico territoriale è deputata alla costruzione di un percorso individualizzato che contempli un'approccio multidisciplinare. Al fine di rendere più efficiente l'approccio si strutturano una volta a settimana un gruppo di trattano volto ad affrontare di volta in volta gli aspetti nutrizionali ed alimentari con l'aiuto di psicologi, nutrizionisti ed educatori. Il paziente viene inserito nel ciclo di terapia di gruppo, per un massimo di 15 persone, che prevede una giornata alla settimana per 15 settimane consecutive, dalle ore 9.00 alle ore 16.00 e successivi incontri di follow up dopo 3/6/9/12 mesi per valutare l'esito del trattamento. Il percorso di gruppo può essere integrato con la presa in carico da parte del CSM qualora vi sia una necessità di personalizzare la cura.

Obiettivi	Breve termine (1-4 settimane)	Medio termine (4-8 settimane)	Lungo termine (3-6 mesi)
<i>Psicologici</i> (Wilson et al., 2010)	Aumento della motivazione al cambiamento  Aumento della consapevolezza di malattia	Riduzione pensieri disfunzionali  Miglioramento delle competenze relazionali	Miglioramento delle condizioni di vita generali  Miglioramento del tono dell'umore e della qualità della vita  Recupero della funzionalità sociale, lavorativa o scolastica
<i>Nutrizionali</i>	Automonitoraggio e riduzione dei comportamenti alimentari disfunzionali  Utilizzo degli strumenti di auto-monitoraggio	Riduzione ponderale e miglioramento della composizione corporea  Eliminazione dei comportamenti disfunzionali	Normalizzazione del pattern alimentare  Autogestione dell'alimentazione a domicilio  Riduzione ponderale di circa il 5-10% del peso corporeo  Mantenimento risultati raggiunti
<i>Medici</i>	Riattivazione e pianificazione attività motoria	Miglioramento parametri clinici e di laboratorio	Miglioramento delle condizioni generali  Riduzione del rischio cardiovascolare  Mantenimento attività motoria  Stabilizzazione parametri clinici e di laboratorio

## **Presa in carico - Accoglienza**

### **Presa in carico**

Il paziente viene inserito nel ciclo di terapia di gruppo, che prevede una giornata alla settimana per 15 settimane consecutive, con successivo incontro di follow-up. La peculiarità è il lavoro in gruppo, in quanto determina un'azione reciproca tra gli individui coinvolti, un'interazione delle pluralità e la formazione di un legame profondo tra chi si trova a vivere la stessa fragilità emotiva rispetto a corpo e alimentazione.

### **Accoglienza**

L'operatore sociosanitario in turno accoglie il paziente nella prima giornata di trattamento e la psicologa consegna una batteria di test psicometrici (Millon, SCL 90-R, EDI 3, WHOQOL, BUT, BES, BSQ). Successivamente il dietologo, dietista/nutrizionista effettua un incontro di circa un'ora nel quale illustra le attività del Centro ed in particolare il percorso proposto rispetto alle finalità e agli obiettivi specifici al fine di una condivisione degli stessi.

## **B2. Trattamenti, rivalutazione del paziente**

### **Visita specialistica**

Visita nutrizionale clinica: Il dietologo, nutrizionista/dietista effettua ogni settimana il monitoraggio del peso e della circonferenza addominale di ciascun paziente ed un breve colloquio per analizzare insieme il comportamento alimentare e far emergere aspetti positivi ed eventuali criticità.

### **Altre Visite specialistiche**

Si effettuano durante la presa in carico ulteriori approfondimenti specialistici individuali nei casi di grave complessità clinica del paziente:

Visita psichiatrica

Visita Intenistica-Endocrinologica

Visita fisioterapica

### **Attività Terapeutiche BCA: One Day Treatment**

Gruppo psicologico

Gruppo psico-motivazionale nutrizionale

Gruppo consapevolezza corporea

Pasti assistiti

Attività motoria programmata

### **Rivalutazione multidisciplinare a metà e fine percorso (6° incontro-15° incontro)**

A metà e fine percorso è previsto un controllo individuale da parte della micro-equipe multidisciplinare e di eventuali specialisti coinvolti nella valutazione del paziente, nel quale vengono valutati i risultati raggiunti sia dal punto di vista nutrizionale che psicologico.

Tale rivalutazione può dare luogo a prosecuzione dell'intervento, ad interruzione del percorso o alla prosecuzione in altro livello di trattamento (MCA o ACA) o invio presso altra struttura/servizio (Reti territoriali o Ospedale).

## **Dimissione – Follow up – Supervisione e audit clinico**

*Criteri di dimissione:*

- Conclusione positiva con condizioni psico-fisiche in miglioramento,
- Gruppo Auto-Aiuto
- Drop out, abbandono del percorso.

- Dimissione verso Ospedale a fronte di un aggravamento delle condizioni fisiche.
- Dimissione verso Servizi Territoriali psichiatrici (CSM) se presenta una comorbilità psichiatrica che necessita di una valutazione specialistica e/o di una terapia farmacologica.
- Segnalazione ai servizi sociosanitari se c'è una situazione compromessa dal punto di vista sociale e familiare.
- Dimissione con passaggio a regime a Media o Alta Complessità Assistenziale se il paziente necessita ancora di incentivare o proseguire il lavoro svolto.

### **Follow Up nel regime BCA a 3, 6, 9, 12 mesi dalla dimissione da parte della micro-equipe del One Day Treatment**

### **Supervisione e Audit Clinico con la partecipazione di tutti gli operatori delle equipe della Rete DCA**

## **ACA**

La struttura GEA Medica di Isernia è individuata come Centro Accreditato Regionale per l'Alta Intensità per i DNA nella Regione Molise. Riferimento normativo: Delibera della Regione Molise n. 113 del 5 maggio 2020. Invio tramite DSM

## **MCA**

Invio fuori regione

## **Percorso Ospedaliero presso Medicina Interna Campobasso, Isernia e Termoli**

Ogni medicina interna dedica due posti letto per DNA

Il trattamento ospedaliero di pazienti con disturbo dell'alimentazione incontrollata (binge eating disorder) richiede un approccio integrato e multidisciplinare. Le linee guida di Maudsley offrono un protocollo per il trattamento dei disturbi alimentari e possono essere adattate per gestire pazienti con queste condizioni specifiche. Di seguito è riportato un protocollo di trattamento ospedaliero basato su queste linee guida:

### **Protocollo di Trattamento Ospedaliero**

#### **1. Valutazione Iniziale**

- Storia Medica e Psichiatrica:
  - Valutazione dettagliata della storia medica, psichiatrica e dietetica del paziente.
  - Identificazione di comorbidità mediche e psicologiche.
- Valutazione Nutrizionale:
  - Valutazione dello stato nutrizionale, delle abitudini alimentari e della composizione corporea.
- Esami di Laboratorio:

- Analisi del sangue per valutare i livelli di glucosio, lipidi, funzionalità epatica e renale, e altre indagini rilevanti.
- Valutazione Psicologica:
  - Valutazione del livello di ansia, depressione e altri disturbi psicologici.

## 2. Pianificazione del Trattamento

- Obiettivi Terapeutici:
  - Stabilire obiettivi a breve e lungo termine per la perdita di peso e la gestione del binge eating.
  - Definire un piano di trattamento personalizzato.

## 3. Intervento Nutrizionale

- Dieta Personalizzata:
  - Creazione di un piano alimentare bilanciato e sostenibile, adattato alle esigenze del paziente.
  - Educazione alimentare per migliorare le abitudini alimentari e la consapevolezza dei segnali di fame e sazietà.
- Monitoraggio del Peso:
  - Controllo regolare del peso e della composizione corporea.

## 4. Intervento Medico

- Farmacoterapia:
  - Prescrizione di farmaci per la perdita di peso o per gestire i sintomi del binge eating, se necessario (es. orlistat, liraglutide, naltrexone-bupropione).
- Monitoraggio Medico:
  - Controlli regolari per monitorare la salute fisica e gli effetti dei farmaci.

## 6. Attività Fisica

- Piano di Esercizio Personalizzato:
  - Introduzione di un programma di esercizio fisico graduale e sostenibile, adattato alle capacità e preferenze del paziente.
- Monitoraggio dell'Attività:
  - Monitoraggio regolare dell'attività fisica e incoraggiamento della partecipazione attiva.

## 7. Educazione e Supporto

- Educazione Sanitaria:
  - Sessioni educative per migliorare la comprensione del disturbo dell'alimentazione e dell'obesità.

Il supporto psicologico ed il supporto alla famiglia nonché i check-up sono rinviati al CSM che garantisce nei casi di post-ospedalizzazione un follow-up e progetti terapeutici personalizzati. L'equipe del CSM dovrà poter contare sulle delle ore di servizio da parte del medico internista/endocrinologo, dietologo, dietista/nutrizionista, fisioterapista.

## Note Flow – chart organizzativa PDTA paziente con DAI - Pratiche Cliniche (P)

### Presenza di contatto con la Rete dei Servizi DNA e triage

<i>Operatore sanitario</i>	<i>Procedura/evento (cosa fa il professionista)</i>
MMG, PLS Specialista territoriale Specialista ospedaliero	Contatto Rete Servizio DNA
Servizi di altre ASL Servizi di altre Regioni	Contatto Rete Servizio DNA
pz o familiare	Contatto Rete Servizio DNA
<b>Documentazione prodotta</b>	Accesso Diretto
Obiettivi/traguardi sanitari	Affidamento a Servizio Specializzato
Rischi correlati	Nessuno
Tempo	Accesso diretto

### Compilazione scheda intervista telefonica

<i>Operatore sanitario</i>	<i>Procedura/evento (cosa fa il professionista)</i>
Operatore rispondente	Compilazione di una scheda del paziente su un format predefinito
Documentazione prodotta	Scheda del paziente su format predefinito
Obiettivi/traguardi sanitari	Raccogliere informazioni generali sul profilo patologico e sociale del paziente potenziale
Rischi correlati	Nessuno
Tempo	La scheda viene compilata al momento stesso del contatto con il paziente Tempo compilazione: 20 minuti

### Triage delle schede telefoniche

<i>Operatore sanitario</i>	<i>Procedura/evento (cosa fa il professionista)</i>
Responsabile Rete Servizi DNA	Valutazione profilo potenziali pazienti ed eventuale inserimento nella lista per la prima visita o invio ad altro Servizio
Operatore del Centro	Chiamata al paziente e comunicazione data prima visita Richiama il paziente 6 giorni prima della visita per chiedere conferma della presenza al fine di evitare assenze e poter inserire altri pazienti in lista di attesa per la visita o anticipare le situazioni più gravi.

Documentazione prodotta: Responsabile Rete Servizi DNA	Valutazione dei pazienti sulle schede informative compilate dall'operatore rispondente
Operatore del Centro	Report esito telefonate, agenda 1° visite
Obiettivi/traguardi sanitari: Responsabile Rete Servizi DNA	Generazione di un elenco dei potenziali pazienti
Operatore del Centro	Gestione della lista dei potenziali pazienti e dell'agenda delle 1° visite
Rischi correlati	Nessuno
Tempo	Entro 15 giorni dalla compilazione della scheda di prima valutazione

## Prime Visite

### 1° Visita del potenziale paziente in accesso diretto

#### Visite specialistiche

<i>Operatore sanitario</i>	<i>Procedura/evento (cosa fa il professionista)</i>
Psicologo	Effettua un colloquio anamnestico rispetto alla storia personale, familiare e sociale del paziente e valuta la motivazione al trattamento. Consegna la batteria di test psicometrici completa (Bes, But, Whoqol, Millon o MACI, Scl-90-R, EDI-3).
Dietologo, Dietista/Nutrizionista	Raccoglie l'anamnesi fisiologica, patologica (remota/prossima) ed alimentare del paziente, la storia del peso e del disturbo, il dispendio energetico ed eventuali comportamenti disfunzionali, si rilevano le misure antropometriche (peso, altezza e circonferenza vita), si raccolgono i risultati delle analisi richieste e si valuta la motivazione al trattamento.
Documentazione prodotta	Referto visita nella cartella clinica
Obiettivi/traguardi sanitari	Inquadramento diagnostico, valutazione della motivazione al trattamento, valutazione dello stato psico-nutrizionale
Rischi correlate	Aggressività auto-eterodiretta, drop-out
Tempo	Entrambe le visite vengono espletate nella stessa giornata Tempo ciascuna visita: 50 minuti

#### Altre Visite specialistiche

<i>Operatore sanitario</i>	<i>Procedura/evento (cosa fa il professionista)</i>
Medico psichiatra	Effettua una valutazione psichiatrica
Medico internista, endocrinologo	Effettua una valutazione medica approfondita
Fisioterapista	Effettua una valutazione fisioterapica
Documentazione prodotta	Refertano l'esito della valutazione nella cartella clinica

Obiettivi/traguardi sanitari: Medico Internista/Endocrinologo	Valutazione della presenza di gravi disturbi medici che comprometterebbero il percorso al Centro
Psichiatra	Valutazione della presenza di gravi disturbi psichiatrici che comprometterebbero il percorso al Centro
Fisioterapista	Valutazione della deambulazione e della capacità motoria
Rischi correlati	Aggressività auto-eterodiretta, drop-out
Tempo:	Entro 15 giorni dalla prima valutazione
Medico Internista/Endocrinologo Psichiatra	Tempo valutazione: 50 minuti
Fisioterapista	Tempo valutazione: 30 minuti

### Briefing 1° visita e restituzione finale

<i>Operatore sanitario</i>	<i>Procedura/evento (cosa fa il professionista)</i>
Psicologo, Dietologo Dietista/Nutrizionista, Specialisti coinvolti	Effettuano un briefing per la definizione dell'eventuale diagnosi di DNA (in base ai criteri diagnostici proposti dal DSM-5) e l'individuazione del percorso terapeutico più idoneo.
Documentazione prodotta	Lettera prima visita, referto in cartella clinica
Obiettivi/traguardi sanitari	Condivisione delle informazioni estrapolate in prima visita per la formulazione di una diagnosi e di un trattamento idoneo.
Rischi correlati	Nessuno
Tempo	Nella stessa giornata della prima valutazione In casi complessi la restituzione avviene entro 15 giorni dalla prima valutazione Tempo per la restituzione: 15- 30 minuti

### Definizione dell'intensità di Percorso e inserimento in lista d'attesa

<i>Operatore sanitario</i>	<i>Procedura/evento (cosa fa il professionista)</i>
Coordinatore	Generazione e gestione delle Lista di Attesa per i tre livelli di trattamento
Documentazione prodotta	Lista di Attesa per i tre livelli di trattamento
Obiettivi/traguardi sanitari	Generazione di un elenco di potenziali pazienti dall'esito delle prime visite
Rischi correlati	Nessuno
Tempo	Contemporaneamente alla restituzione della prima valutazione

## Percorso Bassa Complessità Assistenziale (BCA) - Pratiche Cliniche [CSM Campobasso, Isernia, Termoli] (Durata del PCA BCA: 15 settimane)

### Presa in carico - Accoglienza

#### Presa in carico

<i>Operatore sanitario</i>	<i>Procedura/evento (cosa fa il professionista)</i>
Micro-equipe (Psicologo, Dietologo, Dietista/Nutrizionista e Medico Endocrinologo, Educatore)	Il gruppo di pazienti viene preso in carico da una micro-equipe multidisciplinare
Documentazione prodotta	Apertura cartella clinica
Obiettivi/traguardi sanitari	Si traccia un primo profilo del paziente in relazione al case mix dei pazienti
Rischi correlati	Droup-out.
Tempo	Entro 3-6 mesi dalla prima valutazione

#### Accoglienza

<i>Operatore sanitario</i>	<i>Procedura/evento (cosa fa il professionista)</i>
OSS in turno	Compila la scheda anagrafica e comunica il regolamento della struttura che fa sottoscrivere al paziente.
Psicologa	Fa firmare il consenso informato, consegna la batteria di test psicometrici da compilare entro la prima giornata (Millon, SCL 90-R, EDI 3, WHOQOL, BUT, BES, BSQ)
Dietista	Effettua un incontro di gruppo nel quale presenta le attività del Centro e il percorso terapeutico proposto.
Documentazione prodotta: OSS	Scheda anagrafica, regolamento struttura
Psicologa	Consenso informato, acquisizione di una batteria di test psicometrici.
Dietologo, Dietista/Nutrizionista	Programma dettagliato della giornata e di tutti gli incontri del percorso. Foglio di presenza dei pazienti firmato dagli stessi.
Obiettivi/traguardi sanitari OSS /Psicologa	Formalizzazione procedure di accoglienza.
Dietologo, Dietista/Nutrizionista	Condivisione delle finalità e degli obiettivi specifici del percorso proposto
Rischi correlati Dietologo, Dietista/Nutrizionista	Drop-out

Tempo: OSS/ Psicologa	Il primo giorno del trattamento per il tempo necessario alla consegna e spiegazione del materiale ad ogni paziente
Dietologo, Dietista/Nutrizionista	Tempo del gruppo: 60 minuti

## Trattamenti, rivalutazione del paziente

### Visita specialistica

<i>Operatore sanitario</i>	<i>Procedura/evento (cosa fa il professionista)</i>
Dietologo, Dietista/Nutrizionista	Effettua un breve colloquio nutrizionale settimanale Riporta le informazioni rilevanti alla micro-equipe del programma di trattamento
Documentazione prodotta	Referto in cartella clinica, diario alimentare.
Obiettivi/traguardi sanitari	Monitoraggio andamento generale delle condizioni del paziente dal punto di vista nutrizionale
Rischi correlati	Aggressività auto-eterodiretta, drop-out
Tempo	Dal primo giorno e per tutte le settimane del trattamento Tempo della visita: 20 minuti per ciascun paziente

### Altre Visite specialistiche

<i>Operatore sanitario</i>	<i>Procedura/evento (cosa fa il professionista)</i>
Medico psichiatra	Su richiesta effettua un approfondimento dei sintomi psichiatrici e un controllo della terapia farmacologica in atto.
Medico internista, endocrinologo	Effettua una valutazione medica approfondita
Fisioterapista	Effettua una valutazione fisioterapica
Documentazione prodotta	Referto dell'esito della valutazione nella cartella clinica e produzione di eventuali ricette mediche
Obiettivi/traguardi sanitari: Medico Internista/Endocrinologo	Valutazione della presenza di gravi disturbi medici che comprometterebbero il percorso al Centro
Psichiatra	Valutazione della presenza di gravi disturbi psichiatrici che comprometterebbero il percorso al Centro
Fisioterapista	Valutazione della deambulazione e della capacità motoria
Rischi correlati: Medico Internista/Endocrinologo, Psichiatra, Fisioterapista	Aggressività auto-eterodiretta, drop-out

Tempo:	Entro 15 giorni dall'inizio del trattamento
Medico Internista/Endocrinologo Psichiatra	Tempo visita: 50 minuti
Fisioterapista	Tempo visita: 30 minuti

### Attività terapeutiche BCA di gruppo

<i>Operatore sanitario</i>	<i>Procedura/evento (cosa fa il professionista)</i>
Dietologo, Dietista/Nutrizionista	<u>Gruppo programmazione alimentare settimanale</u>  <u>Gruppi nutrizionali informativi, motivazionali ed esperienziali</u>
Documentazione prodotta	Foglio programmazione alimentare settimanale e materiali prodotti nelle attività di gruppo
Obiettivi/traguardi sanitari	Migliorare il sapere e il saper fare del paziente rispetto ai propri comportamenti alimentari e ai propri meccanismi biologici, per una migliore capacità di autogestione rispetto alla propria alimentazione.
Rischi correlati	Aggressività auto-eterodiretta, drop-out
Tempo	Dal primo giorno e per tutte le settimane del trattamento Tempo del gruppo:60 minuti

<i>Operatore sanitario</i>	<i>Procedura/evento (cosa fa il professionista)</i>
Psicologo	<u>Gruppo psicologico-motivazione</u>
Documentazione prodotta	Referti in Cartella Clinica, diario emotivo, materiali prodotti nelle attività di gruppo
Obiettivi/traguardi sanitari	Aumento della motivazione al cambiamento, aumento della consapevolezza di malattia, riduzione pensieri disfunzionali, miglioramento delle competenze relazionali, miglioramento delle condizioni di vita generali, miglioramento del tono dell'umore e della qualità della vita, recupero della funzionalità sociale, lavorativa o scolastica.
Rischi correlati	Aggressività auto-eterodiretta, drop-out
Tempo	Dal primo giorno e per tutte le settimane del trattamento Tempo del gruppo:60 minuti

<i>Operatore sanitario</i>	<i>Procedura/evento (cosa fa il professionista)</i>
Medico endocrinologo	<u>Gruppo nutrizionale - motivazione</u>
Documentazione prodotta	Referti in Cartella Clinica, materiali prodotti nelle attività di gruppo
Obiettivi/traguardi sanitari	Miglioramento delle condizioni di vita generali, miglioramento delle capacità di risoluzione dei problemi legati al disturbo alimentare e del peso.
Rischi correlati	Aggressività auto-eterodiretta, drop-out
Tempo	Dal primo giorno e per tutte le settimane del trattamento Tempo del gruppo:60 minuti

<i>Operatore sanitario</i>	<i>Procedura/evento (cosa fa il professionista)</i>
Educatore	<u>Gruppo consapevolezza corporea</u>

Documentazione prodotta	Referti in Cartella Clinica, materiali prodotti nelle attività di gruppo
Obiettivi/traguardi sanitari	Miglioramento della consapevolezza di sé, del proprio corpo e dei propri stati emotivi
Rischi correlati	Aggressività auto-eterodiretta, drop-out
Tempo	Dal primo giorno e per tutte le settimane del trattamento Tempo del gruppo: 60 minuti

### Pasti assistiti

<i>Operatore sanitario</i>	<i>Procedura/evento (cosa fa il professionista)</i>
Dietologo, Dietista/Nutrizionista	Effettua l'assistenza al pranzo e consuma il pasto insieme ai pazienti per pazienti ricoverati
OSS	Effettua l'assistenza alla merenda.
Documentazione prodotta:	
OSS	Compilazione quaderno delle consegne e del diario pasti condiviso con la dietista.
Obiettivi/traguardi sanitari: Dietista	Osservare e monitorare il comportamento alimentare, aiutare i pazienti a gestire l'ansia durante il pasto, rinforzando la motivazione alla cura, fungere da supporto e contenimento.
OSS	Monitorare il pasto e riportare eventuali comportamenti disfunzionali dei pazienti.
Rischi correlati	Aggressività auto-eterodiretta, drop-out
Tempo: Dietista OSS	Dal primo giorno e per tutte le settimane del trattamento Tempo del pranzo: 40 minuti Tempo della merenda: 20-30 minuti

### Attività motoria programmata

<i>Operatore sanitario</i>	<i>Procedura/evento (cosa fa il professionista)</i>
OSS	Accompagna i pazienti nella camminata esperienziale guidata
Documentazione prodotta	Riporta nel diario delle consegne eventuali problematiche riscontrate durante l'attività
Obiettivi/traguardi sanitari	Accompagnare, assistere e guidare i pazienti rispetto ai percorsi strutturati per l'attività motoria
Rischi correlati	Aggressività auto-eterodiretta, drop-out
Tempo	Dal primo giorno e per tutte le settimane del trattamento Tempo attività motoria: 30/60 minuti

### Rivalutazione multidisciplinare del paziente nel One Day Treatment (BCA) a metà e fine percorso (6° incontro-15° incontro)

<i>Operatore sanitario</i>	<i>Procedura/evento (cosa fa il professionista)</i>
Micro-equipe One Day Treatment	<ul style="list-style-type: none"> <li>Valuta l'evoluzione del percorso psico-nutrizionale e la compliance al trattamento</li> <li>Propone la ridefinizione del progetto terapeutico (invio MCA o ACA) o l'eventuale dimissione.</li> </ul>

Documentazione prodotta:	Referto in cartella Referto in cartella, referti esami, prescrizioni mediche
Obiettivi/traguardi sanitari	Aggiornamento profilo paziente e rivalutazione percorso terapeutico
Rischi correlati	Aggressività auto-eterodiretta, drop-out
Tempo	A metà e alla fine del trattamento One Day Treatment Tempo colloquio: 15-30 minuti per ciascun paziente

## Dimissione, Follow up e Audit Clinico

### Dimissione del paziente

<i>Operatore sanitario</i>	<i>Procedura/evento (cosa fa il professionista)</i>
Micro-equipe	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Conclusione positiva con condizioni psico-fisiche in miglioramento</li> <li>▪ Gruppo Auto-Aiuto</li> <li>▪ Drop out, abbandono del percorso;</li> <li>▪ Dimissione verso Ospedale a fronte di un aggravamento delle condizioni fisiche;</li> <li>▪ Segnalazione ai servizi sociosanitari se c'è una situazione compromessa dal punto di vista sociale e familiare;</li> <li>▪ Dimissione con passaggio a regime a Media o Alta Complessità Assistenziale.</li> </ul>
Psicologo	Al termine del trattamento viene somministrata nuovamente la batteria di test psicometrici (Millon, SCL 90 R, EDI 3, WHOQOL, BUT, BES, BSQ)
Documentazione prodotta	Cartella Clinica e relazione se richiesta per i servizi di riferimento per il paziente.
Obiettivi/traguardi sanitari	Valutazione del profilo paziente e dimissione.
Rischi correlati	Nessuno
Tempo	Dopo 15 settimane dall'inizio del percorso ODT

### Follow Up dopo 3, 6, 9, 12 mesi dalla fine del trattamento ambulatoriale

<i>Operatore sanitario</i>	<i>Procedura/evento (cosa fa il professionista)</i>
Micro-equipe One Day Treatment	Svolgimento di una giornata di follow up individuale nella quale si effettua una valutazione multidisciplinare
Documentazione prodotta	Compilazione referto cartella clinica
Obiettivi/traguardi sanitari	Valutazione e verifica dei risultati e dell'andamento delle condizioni psico-nutrizionali dopo la dimissione
Rischi correlati	Nessuno.
Tempo	A 3-6-9-12 mesi dalla fine del percorso ODT

**Supervisione scientifica e Audit Clinico una volta al mese con la partecipazione di tutti gli operatori della Rete Servizi DNA**

<i>Operatore sanitario</i>	<i>Procedura/evento (cosa fa il professionista)</i>
Tutta l'equipe	Supervisione su casi clinici e sulle dinamiche del gruppo di lavoro; Presentazione di un caso clinico da parte degli operatori coinvolti direttamente nel trattamento.
Supervisore esperto	Ricostruzione da parte del supervisore della storia individuale e familiare del paziente. Analisi del transfert e contro transfert dell'equipe terapeutica.
Documentazione prodotta	Report incontro.
Obiettivi/traguardi sanitari	Restituzione finale di un progetto terapeutico condiviso tra il supervisore e il gruppo dei terapeuti.
Rischi correlati	Nessuno.
Tempo	Tempo seduta: 4 ore, ogni due mesi

## Attività e funzioni di supporto alla gestione del PCA DAI e Obesità

### Coordinamento organizzativo

<b>Operatore sanitario</b>	<b>Procedura/evento (cosa fa il professionista)</b>
Riabilitatore psichiatrico Coordinatore	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Organizzazione/gestione turnazione personale</li> <li>● Programmazione attività settimanali</li> <li>● Rendicontazione prestazioni e presenze in BCA, MCA, ACA</li> <li>● Relazioni e contatti interaziendali e Cooperativa Polis</li> <li>● Rapporti con i Servizi Territoriali coinvolti nel progetto di cura</li> <li>● Coordinamento della micro-equipe</li> <li>● Erogato - Dati Sicoge</li> <li>● Controllo autorizzazioni di ricovero ed eventuali richieste di prolungamento</li> <li>● Contatti con Asl territoriali per comunicazioni di ingresso e dimissione</li> <li>● Gestione procedura richiesta cartelle cliniche</li> <li>● Controllo archiviazione cartelle cliniche</li> <li>● Gestione Sistema Atlante</li> <li>● Gestione ISES WEB</li> <li>● Registrazione presenze pazienti ricoverati</li> <li>● Protocollo aziendale</li> <li>● Report trimestrale</li> </ul>
Documentazione prodotta	turni mensili, fatture, ASTER, referto in cartella clinica, piano terapeutico farmacologico
Obiettivi/traguardi sanitari	Gestire l'organizzazione interna del personale della struttura e in relazione alla struttura Aziendale
<b>Rischi correlati</b>	Nessuno
Tempo	A seconda delle attività da svolgere

**PCA DAI - Indicatori di Struttura, Processo ed Esito**

<i>Numero</i>	<i>Indicatori di struttura</i>	<i>Fonte (Si intende la Fonte dati)</i>	<i>Standard Riferimento (storico)</i>
1	Numero dei casi inviati dai MMG e dei PLS per il sospetto di DCA - NOSFED	Scheda Prima Visita	
2	Adesione dichiarata dei servizi della Rete DCA al PCA DCA	Documentazione interna Rete DCA	
3	Inserimento formale nei piani di attività dei servizi della Rete DCA del PCA DCA	Documentazione ASREM	
4	Esistenza di criteri appropriati per il ricovero ospedaliero	Documentazione ASREM	
5	Incidenza singole professionalità specifiche/su totale professionalità presenti nelle UOS DCA	Documentazione ASREM	
6	Numero pazienti DNA/ASTER trattati in maniera integrata in BCA/numero pazienti che accedono al servizio	Scheda Prima Visita	
7	Numero pazienti DNA inviati dal Servizio fuori regione per percorso MCA	Scheda Prima Visita	
8	Numero pazienti DNA inviati dal Servizio fuori regione per percorso ACA	Scheda Prima Visita	
9	Pazienti annualmente presi in carico	Cartella Clinica/ASTER	
10	Ore complessive di riunioni di rete (per singoli operatori)	Verbali Riunioni	
<b>Numero</b>	<b>Indicatori clinici (di processo)</b>	<b>Fonte (Si intende la Fonte dati)</b>	<b>Standard Riferimento (storico)</b>
11	Numero casi confermati DNA-NOSFED/OSFED totale casi entrati in contatto con la rete Regionale DNA	Cartella Clinica /Scheda Prima Accoglienza	
12	Pazienti DCA-NOSFED/OSFED che hanno interrotto il percorso terapeutico nei primi 6 mesi/totale pazienti DCA-NOSFED/OSFED diagnosticati Numero drop-out pazienti	Cartella Clinica /Cartella Prima Visita	
13	Inizio trattamento entro 1 anno di storia della malattia del paziente	Cartella Clinica	
<b>Numero</b>	<b>Indicatori di esito</b>	<b>Fonte (Si intende la Fonte dati)</b>	<b>Standard Riferimento (storico)</b>
14	Riduzione dei casi di drop-out per il livello BCA per DNA - NOSFED/OSFED	Cartella Clinica	

17	Miglioramento dei comportamenti alimentari disfunzionali dall'ingresso in trattamento	Test psicometrici/Cartella Clinica	
18	Miglioramento del tono dell'umore dall'ingresso in trattamento	Test Psicometrici	
19	Riduzione della terapia farmacologica dall'ingresso in trattamento	Cartella Clinica	
20	Miglioramento della qualità della vita dall'ingresso in trattamento	Test psicometrici/Cartella Clinica	
21	Miglioramento della composizione corporea dall'ingresso in trattamento	Referto nutrizionista	
22	Miglioramento delle capacità motorie dall'ingresso in trattamento	Test fisioterapici/Cartella Clinica	
25	Aumento dei casi con riduzione ponderale del 5-10% in BCA (in linea con i dati della letteratura internazionale)	Cartella Clinica	