

Allegato a *Decreto* del Commissario
ad ACTA

Att. "A"

n. *69* del *22 MAG. 2014*



DIREZIONE POLITICHE DELLA SALUTE

Linee Guida della Regione Abruzzo per il trattamento dei Disturbi Alimentari e delle Obesità

PREMESSA

Il presente documento si propone l'obiettivo di fornire strumenti utili di organizzazione, gestione e monitoraggio dei percorsi assistenziali delle persone affette da DCA e Obesità ed è strutturato in base alle linee guida internazionali e nazionali, con le relative indicazioni delle modalità organizzative da realizzare sia nella fase diagnostica e di assessment che di presa in carico e trattamento.

Si precisa che constatata l'assenza di una specifica Consensus dell'età pediatrica si rimanda ad un successivo provvedimento la fissazione di Linee di indirizzo specifiche per la diagnosi ed il trattamento dei disturbi dell'alimentazione e dell'obesità nell'età evolutiva.

INTRODUZIONE

I Disturbi del comportamento alimentare (DCA) rappresentano oggi una delle patologie emergenti di maggiore interesse; si stanno diffondendo con notevole rapidità e riguardano fasce sempre più ampie di popolazione. L'età di esordio della patologia si sta progressivamente abbassando, con un aggravamento della prognosi e la necessità di un trattamento differenziato e complesso, specifico per i disturbi dell'età evolutiva e dell'adolescenza.

Gli studi epidemiologici internazionali mettono in evidenza una incidenza di nuovi casi di DCA nella fascia femminile tra i 12 e i 25 anni e stimano nei paesi occidentali, compresa l'Italia, la prevalenza dell'Anoressia nervosa intorno allo 0,2 - 0,8%, quello della Bulimia nervosa intorno al 3% e quella dei Disturbi del Comportamento Alimentare Non Altrimenti Specificati (DCA - NAS) tra il 3,7 e il 6,4% e che l'età di esordio cade tra i 10 e i 30 anni, con una età media di insorgenza intorno ai 17 anni. La patologia appare dunque in continuo aumento per quanto riguarda la Bulimia e il Disturbo da Alimentazione Incontrollata o BED (Binge Eating Disorders) (fonte: Ministero della Salute).

Per ciò che riguarda l'obesità - Secondo i dati forniti dall'Oms, globalmente nel 2008 1,5 miliardi di adulti (età maggiore di 20 anni) erano in sovrappeso. Di questi, 200 milioni di uomini e circa 300 milioni di donne erano obesi. Obesità e sovrappeso, prima considerati problemi solo dei Paesi ricchi, sono ora in crescita anche nei Paesi a basso e medio reddito, specialmente negli insediamenti urbani, e sono ormai riconosciuti come veri e propri problemi di salute pubblica. La condizione di eccesso ponderale è infatti il quinto fattore di rischio per i decessi a livello mondiale, causando ogni anno la morte di circa 2,8 milioni di adulti. A tal riguardo, l'obesità rappresenta un fattore di rischio per serie condizioni e patologie croniche come le malattie ischemiche del cuore, l'ictus, l'ipertensione arteriosa, il diabete tipo 2, le osteoartriti e alcuni tipi di cancro (corpo dell'utero, colon e mammella).

Preoccupanti sono i dati relativi al sovrappeso ed obesità infantili. I dati dell'indagine 2010 di OKkio alla Salute rivolta ai bambini delle terze primarie (8-9 anni), a cui hanno partecipato oltre 42 mila alunni della terza classe primaria e 44 mila genitori, confermano livelli preoccupanti di cattive abitudini alimentari, stili di vita sedentari ed eccesso ponderale: il 22,9% dei bambini misurati è risultato in sovrappeso e l'11,1% in condizioni di obesità. In particolare, l'obesità infantile suscita preoccupazione, avendo raggiunto livelli allarmanti: nel 2010, circa 43 milioni di bambini sotto i 5 anni di età sono stimati in sovrappeso e di questi circa 35 milioni vivono in Paesi in via di sviluppo. La gravità della diffusione dell'obesità infantile sta anche nel fatto che i bambini obesi rischiano di diventare adulti obesi. In Italia dalle interviste dell'indagine Multiscopo dell'Istat "Aspetti della

vita quotidiana. Anno 2009” emerge che, riguardo alla diffusione di sovrappeso e obesità, in Italia nel periodo 2001-2009, è aumentata sia la percentuale di coloro che sono in sovrappeso (dal 33,9% nel 2001 al 36,1% nel 2009) sia quella degli obesi (dall’8,5% nel 2001 al 10,3% nel 2009).

I due principi generali alla base del trattamento dei Disturbi dell’alimentazione sono l’approccio multidimensionale, interdisciplinare e pluriprofessionale integrato e la molteplicità dei contesti di cura. Il Team Approach psicologico-medico-dietologico è il modello raccomandato in qualsiasi setting di cura: ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale. E’ costituito da medici (internisti/pediatri, nutrizionisti clinici, psichiatri e/o neuropsichiatri infantili, fisiatristi, psicologi, psicoterapeuti, educatori e tecnici della riabilitazione, dietisti, ed altre figure professionali preposte); La stabilità del team e la comunicazione interdisciplinare è indispensabile.

L’intera equipe dovrebbe ricevere una formazione sul modello di trattamento praticato.

- I terapeuti, pur mantenendo i ruoli professionali specifici, dovrebbero condividere la stessa filosofia e utilizzare un linguaggio comune con i pazienti.
- E’ fondamentale pianificare incontri periodici di revisione tra i membri dell’equipe per discutere i vari elementi del trattamento e la loro relazione reciproca (vedi quaderni - Raccomandazioni)

L’UVM Aziendale, nel rispetto di quanto stabilito dal Decreto del Commissario ad Acta n° 107/2013 del 20 Dicembre 2013 recante le Linee Guida sulle le attività e le procedure di competenza del Punto Unico di Accesso (PUA) e delle Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM), si avvale, nella valutazione dei pazienti affetti da DA e Obesità, delle competenze e del supporto del gruppo multidimensionale e interdisciplinare istituito in ciascuna Azienda USL in conformità alle disposizioni del Decreto Commissariale n.56/2013.

1 - GESTIONE DEI PAZIENTI CON PATOLOGIE NUTRIZIONALI

1.1 Inquadramento diagnostico

È forse il momento più importante e delicato di tutto il percorso di cura poiché da esso consegue la strutturazione di un progetto terapeutico ispirato a criteri di appropriatezza ed efficacia. In questa fase infatti, che di solito si attua a livello ambulatoriale e che ha una durata variabile da 1 a 4 settimane, si valuta il paziente a livello clinico, nutrizionale e psicologico al fine di formulare una diagnosi di stato riguardo al disturbo alimentare, di valutare eventuali comorbidità cliniche e psichiatriche associate e definire, di conseguenza, il livello di trattamento più adeguato per quel paziente in quel momento. Nel caso dei minorenni la valutazione deve comprendere necessariamente anche la famiglia; nel caso di adulti è altamente auspicabile che siano compresi la famiglia e/o il partner a secondo del caso.

Non esistono, allo stato attuale, strumenti standardizzati per valutare la motivazione al trattamento. La diagnosi è comunque multidisciplinare e condivisa tra i vari professionisti del Team (Achenbach et al., 2005).

In considerazione delle particolari caratteristiche psicopatologiche e di complessità del disturbo appare fondamentale l’importanza del primo contatto con il paziente per stabilire una buona relazione terapeutica. È inoltre determinante, già nella fase del primo contatto, che venga garantita l’integrazione dei due livelli internistico e psicologico.

1.2 Obiettivi della fase di assessment:

Gli obiettivi generali della fase di assessment sono:

- dare una risposta alla richiesta di cura della persona affetta da disturbi dell’alimentazione;
- effettuare una diagnosi della tipologia dei disturbi dell’alimentazione ;

- definire il livello di gravità in termini di compromissione dello stato di salute fisica;
- definire il livello di gravità in termini di compromissione dello stato di salute mentale;
- dare indicazioni per il livello di cura più appropriato (terapia ambulatoriale, day Hospital, semiresidenziale, residenziale, ricovero ospedaliero, riabilitazione)
- definire il livello di motivazione alla cura ;
- inserire nel percorso diagnostico la famiglia , quando questo si renda necessario;
- fornire al paziente e alla sua famiglia (in particolare in caso di minore o quando viene richiesto ed autorizzato dal paziente) tutte le informazioni necessarie oltre che una restituzione trasparente della diagnosi e delle prospettive di cura delineate sulla base della Medicina e della Psicoterapia dell'Evidenza .

La fase diagnostica è critica per la presa in carico e la terapia, per cui deve essere effettuata da un'équipe interdisciplinare in cui siano presenti figure professionali dedicate e riconosciute ai disturbi dell'alimentazione sia di area medico-nutrizionale e di area psicologico-psichiatrica.

1.2.1 Valutazione e monitoraggio dei sintomi e comportamenti

- Come primo passo attenta valutazione della storia del paziente, dei sintomi, dei comportamenti, dello stato mentale.
- La valutazione completa necessita di diverse ore e include una rassegna completa su:
- storia dell'accrescimento (altezza) e del peso del paziente;
- restrizione alimentare, binge eating, e pattern dell'esercizio fisico e sportivo;
- condotte di eliminazione e comportamenti compensatori;
- gli atteggiamenti e i pensieri al riguardo di peso, forma fisica e alimentazione;
- condizioni psicopatologiche.

1.2.2 Anamnesi familiare con particolare riferimento a:

- storia familiare di disordini alimentari;
- disturbi psichiatrici inclusi disordini legati all'uso di alcool e altre sostanze;
- storia familiare di obesità;
- interazioni familiari in relazione ai disturbi del paziente;
- atteggiamenti della famiglia rispetto all'alimentazione, l'esercizio, la forma corporea.
- Il coinvolgimento dei genitori è essenziale nella fase di valutazione dei bambini e degli adolescenti).

Per i pazienti adulti, l'assessment e il coinvolgimento della famiglia può essere utile, ma dovrebbe essere valutato caso per caso. Il coinvolgimento dei partner è auspicabile.

1.2.3 Valutazione Medico-Nutrizionale

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

- un esame obiettivo completo ed accurato del paziente con particolare riferimento alla valutazione dell'assetto cardiovascolare, e che includa anche la ricerca di alterazioni dermatologiche e di alterazioni evidenzianti di comportamenti autolesivi;
- il calcolo dell'Indice di Massa Corporea (IMC) o Body Mass Index (BMI : K/M2)
- nei pazienti in età evolutiva includere l'esame del pattern di crescita, sviluppo sessuale e sviluppo generale;
- i pazienti con una storia di vomito autoindotto dovrebbero anche effettuare un esame dei denti;
- l'esame della densità ossea dovrebbe essere richiesta in presenza di malnutrizione
- la necessità di effettuare analisi di laboratorio dovrebbe essere determinata dalle condizioni cliniche del paziente

E' particolarmente importante individuare il più precocemente possibile i segni di malnutrizione, cioè in quella fase in cui il danno sia solo a livello biochimico, ai fini di invertire quel processo per cui dal danno biochimico si passa a quello funzionale e quindi a quello anatomico: lo strumento più "sicuro" rimane un'accurata valutazione dell'introito alimentare. Nella fase iniziale può essere inutile ed obsoleta la prescrizione di protocolli di indagine troppo estesi, in quanto da un lato non aggiungerebbe vantaggi alla diagnosi e dall'altro sarebbe più utile che l'approfondimento internistico del caso venga effettuato dalla struttura che prenderà in carico il paziente per il percorso terapeutico .

Esami di laboratorio e strumentali di base raccomandati nella fase iniziale, a seconda dell'obiettività clinica, dell'età del soggetto, della durata della patologia, delle altre patologie in atto, delle complicanze in anamnesi e del pattern alimentare, includono i seguenti:

- Emocromo con formula
- VES
- Assetto coagulativo
- Protidogramma
- Transferrina
- Prealbumina/albumina {solo AN restricter; AN tipo BN; EDNOS assimilabili}
- Glicemia e/o Curva da carico di glucosio
- Azotemia
- Creatinina
- Uricemia
- Assetto lipidico
- Transaminasi e colinesterasi
- CPK
- Amilasemia totale (isoamilasi)
- Natriemia, Kaliemia, Cloremia (sangue ed urine) Calcemia, Fosfatemia,
- Fosfatasi alcalina
- Emogasanalisi venosa
- Ferritina
- TSH, FT4, FT3, anticorpi tiroidei , Prolattina e IGF1 e Vitamina D, Insulinemia
- Esame delle urine
- ECG con particolare riferimento al QT e alla frequenza cardiaca, in AN e BN, oltre che alle complicanze cardiache in corso di sindrome metabolica.
- Eco cardio
- Eco Tiroide
- Eco addome
- Eventuali altri esami strumentali necessari a secondo dei casi.

Inoltre nelle donne che presentano alterazioni del ciclo mestruale ,sarà opportuno anche la valutazione delle gonadotropine, degli ormoni ovarici, oltre alle indagini clinico-strumentali dell'apparato genito-urinario, di livello specialistico. Nei maschi si procederà in maniera analoga al fine di valutare le alterazioni della sfera sessuale.

La definizione dello stato nutrizionale ed il suo monitoraggio nel tempo avverrà attraverso la valutazione delle sue tre componenti:

1. il bilancio energetico e dei singoli nutrienti valutabile attraverso l'anamnesi alimentare, il diario alimentare, la calorimetria indiretta, l'holter metabolico
2. la composizione corporea valutabile attraverso l'antropometria, la bioimpedenzometria, la densitometria a doppio raggio X
3. la funzionalità corporea valutabile attraverso la misurazione di parametri ematochimici e della funzione motoria (ad esempio il test del cammino)

Con la valutazione di tutti gli elementi sopra citati, il team multi specialistico, definirà, in base alle problematiche internistico-nutrizionale, il percorso più idoneo alla cura del paziente, sia in ambito ambulatoriale che in regime di ricovero ospedaliero.

1.2.3 Valutazione e monitoraggio delle condizioni psicologico-psichiatriche

In fase iniziale, come test di screening e di restituzione nella pratica clinica nel corso del trattamento, e ad utilizzo anche dai non esperti può essere utilizzato il questionario di valutazione del rischio (allegato 1 al presente documento), la cui compilazione dovrà avvenire in modalità assistita.

- Vanno valutati accuratamente gli aspetti psicologici e psichiatrici che maggiormente possono influenzare il decorso clinico e l'outcome e che quindi sono importanti per la definizione del progetto terapeutico, in particolare Disturbi dell'Umore, Disturbi d'Ansia, Tratti e Disturbi di Personalità, abuso d'alcol e di sostanze, comportamenti autolesivi. Tale valutazione verrà effettuata mediante:
 - Colloqui mirati alla diagnosi del disturbo con il supporto di una batteria di test psicometrici specifici e di personalità generali ad uso del clinico (ad esempio come EDI-3; BUT, MMPI-2, ecc.) con eventuale diagnosi differenziale psichiatrica.

1.2.4 La valutazione della famiglia

All'interno del percorso di valutazione è altamente auspicabile garantire almeno un incontro tra la famiglia (e/o il partner) e lo psichiatra o lo psicologo per l'esplorazione delle dinamiche familiari, soprattutto per i minori e per i pazienti che convivono con la famiglia (Fisher *et al.*, 2010; Godart *et al.*, 2012).

Questo non solo nel caso di pazienti giovani che vivono ancora all'interno della famiglia, ma anche in pazienti adulti che presentano un DA.

È necessario inoltre indagare la storia familiare rispetto ai disturbi psichiatrici, disturbo da abuso di alcool o sostanze, abusi o violenze sessuali, obesità, interazioni familiari rispetto al disturbo del soggetto, atteggiamenti della famiglia verso l'alimentazione, l'esercizio e la forma fisica, oltre che individuare *stressor* familiari che possono favorire o ostacolare la guarigione.

Nel caso di pazienti adulti la valutazione potrà considerare la relazione di coppia per verificare da un lato l'eventuale funzione protettiva del sintomo, dall'altro le risorse che il partner può mettere a disposizione nel processo terapeutico.

Nei Disturbi Alimentari, con o senza comorbidità, la resistenza al trattamento deve essere valutata come un sintomo della patologia stessa. Partendo da questo presupposto, è importante che i terapeuti si pongano non come semplici valutatori dell'attitudine del paziente a farsi curare, ma come coloro che lo sostengono e possono fornire strumenti per la costruzione della sua decisione. La motivazione alla terapia necessita di una costruzione continua. Le tecniche motivazionali fanno parte del bagaglio professionale dei terapeuti. Tali tecniche devono essere applicate in ogni fase della terapia ed essere modificate/adattate in base allo stadio in cui si trova il paziente. La motivazione potrà essere valutata anche mediante la somministrazione di apposite interviste semi-strutturate e checklist. Va comunque sottolineato che il raggiungimento di una motivazione è già un trattamento terapeutico e che la restituzione diagnostica al paziente, associata alla spiegazione del rationale per l'impostazione terapeutica, sono già di per sé elementi motivazionali.

Numerose ricerche hanno evidenziato che uno dei fattori più importanti per l'esito della terapia è lo sviluppo di una relazione terapeutica di fiducia tra paziente ed equipe curante e dunque, obiettivo primario, è sviluppare un rapporto empatico e di collaborazione tra terapeuta e paziente e che questi si impegni al massimo nella collaborazione.

2. FASE DI TRATTAMENTO

La terapia dei DA richiede strutture e personale specializzati, fornendo un approccio interdisciplinare sia per i trattamenti di tipo ambulatoriale sia per quelli intensivi di degenza.

I livelli di terapia appropriati sono individuati in base al grado di gravità, alle condizioni fisiche, psicopatologiche e familiari del paziente.

Il livello minimo dell'appropriatezza dovrebbe mirare a :

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

2.1 Psicoterapie e approcci psicospirituali

- Psicoterapia individuale ad orientamento cognitivo-comportamentale;
- Psicoterapia familiare e/ o trattamento psicoeducativo integrato familiare e/o Terapia basata sulla famiglia
- Gruppi Psicoeducazionali e informativi
- Gruppi di auto e mutuo aiuto

2.1.1. Psicoterapia Individuale Cognitivo-Comportamentale

- E' ormai accreditato che il modello di trattamento da raccomandare sia la psicoterapia Cognitivo Comportamentale con grado di evidenza A per la Bulimia e per il BED. Il trattamento segue due binari il primo affronta i problemi legati all'alimentazione al peso alle abbuffate e altri fattori di mantenimento specifici; il secondo affronta lo schema disfunzionale di autovalutazione e altri fattori di mantenimento

- La psicoterapia cognitivo-comportamentale mira direttamente a modificare le convinzioni, le inferenze, gli errori cognitivi, le assunzioni disfunzionali, avvalendosi di una vasta gamma di tecniche specifiche per permettere al paziente di compiere una ristrutturazione e ricostruzione di vissuti personali (cognitivi, emotivi, comportamentali).
- Per l'anoressia non ci sono ancora le stesse evidenze scientifiche quindi non si possono dare indicazioni specifiche (NICE 2004). Molti Studi stanno dimostrando l'efficacia della Psicoterapia Cognitivo Comportamentale classica (Garner e Bemis) e nella forma cosiddetta migliorata CBT -E (FAIRBURN e Dalle Grave) anche per l'anoressia negli adulti e adolescenti.

2.1.2. Psicoterapia Familiare

Indipendentemente dall'attuazione di un intervento terapeutico specifico con la famiglia, il programma dovrebbe prevedere soprattutto per l'Anoressia Nervosa (Quaderni del Ministero della Salute n.17/22, luglio – agosto 2013: Appropriata clinica, strutturale, Operativa nella prevenzione, diagnosi Terapia dei disturbi della alimentazione pag 51) un'attenzione particolare al rapporto con i genitori o il partner. La famiglia rappresenta una risorsa , inizialmente a livello diagnostico e poi sul piano curativo. L'intervento sulla famiglia è indicato soprattutto per adolescenti che vivono ancora in famiglia.

Dal lavoro di molti studiosi emerge tuttavia l'importanza di includere nel processo terapeutico anche di pazienti non più in età evolutiva, i componenti della famiglia nucleare o allargata, o chiunque rivesta un ruolo importante nel sistema sociale attuale del paziente.

2.1.3 Gruppi Psicoeducazionali

I gruppi psicoeducazionali proposti sono di tipo informativo-educativo, di sostegno, di supporto al problem-solving, e di condivisione tra pari (gruppi omogenei per patologia) di situazioni specifiche.

2.1.4 gruppi di auto e mutuo aiuto (AMA)

Nel trattamento dei DCA sarebbe opportuno facilitare la costituzione di gruppi di auto e mutuo aiuto dove ogni partecipante gioca un ruolo attivo, la consapevolezza di ciò fa sì che egli si riscopra risorsa per sé e per gli altri: questo riconoscersi figura attiva all'interno del gruppo restituisce alla persona una competenza, un ruolo, un senso di sé che rappresentano un ulteriore supporto alle terapie psicologiche mirate.

2.2 Riabilitazione nutrizionale e intervento nutrizionale (APA, ADA)

Nei DA la riabilitazione nutrizionale può essere praticata in regime ambulatoriale, in day hospital o nei casi più gravi, in ricovero ospedaliero.

L'ambiente ambulatoriale è sempre preferibile, perché il paziente continua a vivere nel mondo esterno e deve affrontare tutte le difficoltà che l'hanno portato all'evolversi della patologia in atto. Si ricorre al ricovero ospedaliero solo quando il paziente presenta una gravità delle alterazioni fisiopatologiche tali da far presagire a breve termine rischio vita. In questo caso è indispensabile un ricovero in un reparto di medicina interna dedicata, potendo così intervenire sulle patologie organiche gravi; in tal caso, il paziente sarà supportato da cure psichiatriche-psicoterapiche che lo appoggino nell'accettazione delle pratiche terapeutiche di riabilitazione nutrizionale e di ripresa rapida del peso, che normalmente terrorizzano il malato.

Il day hospital può essere utilizzato in alternativa al ricovero a seconda del giudizio clinico. In tutti i casi, la riabilitazione nutrizionale è rivolta alla normalizzazione del peso corporeo, dei patterns

alimentari, della percezione del senso della fame e della sazietà, dei disordini metabolici, intervenendo inoltre alla correzione delle carenze dei singoli macro e micronutrienti. In particolare, nei pazienti affetti da BED la riabilitazione nutrizionale riveste un ruolo fondamentale, non solo da un punto di vista riabilitativo, ma soprattutto educativo.

3. SETTING ASSISTENZIALI

3.1. Livelli di intervento

Le patologie nutrizionali richiedono competenze specifiche e multidisciplinari per la realizzazione di trattamenti che possano avere garanzia di successo. La Conferenza di Consenso sui Disturbi del Comportamento Alimentare dell'Ottobre 2012 ribadisce che tutte le strutture devono articolarsi tra loro in una rete assistenziale stabile che deve garantire la continuità del percorso del paziente affetto da DCA da organizzarsi sui seguenti livelli:

1. medico di medicina generale o pediatra di libera scelta;
2. terapia ambulatoriale specialistica multidisciplinare dedicata;
3. terapia ambulatoriale intensiva o centro diurno;
4. riabilitazione ospedaliera (Codice 56)
5. ricovero ordinario e di emergenza.

Primo livello

Il primo livello è rappresentato da pediatri di libera scelta, medici di medicina generale, o altre strutture che hanno la funzione cardine di intercettare il bisogno, segnalare e inviare la persona ai servizi dedicati di secondo livello con modalità, procedure e protocolli condivisi.

Secondo livello

La terapia ambulatoriale multidisciplinare deve essere considerata quella di elezione per le persone affette da disturbi dell'alimentazione. Il trattamento ambulatoriale, infatti, non interrompe la vita del paziente, come accade con le altre modalità di intervento, e i cambiamenti effettuati tendono a persistere perché conseguiti dal paziente nel suo ambiente abituale di vita. Nonostante ciò, un certo numero di pazienti (circa il 30%) non risponde al trattamento ambulatoriale e ha bisogno di cure più intensive.

Esso costituisce il nucleo fondamentale dell'attività diagnostica e terapeutica e svolge funzione di filtro per i successivi livelli terapeutici, di day hospital e di ricovero ordinario, in relazione agli elementi clinici emersi durante l'iter diagnostico. Oltre alla fase diagnostica, il livello assistenziale ambulatoriale svolge anche compiti di controllo periodico per i soggetti che non hanno presentato elementi clinici tali da richiedere trattamenti intensivi ma che, comunque, manifestano fattori di rischio che non possono essere trascurati.

Terzo livello

Il trattamento in regime ambulatoriale intensivo o centro diurno è indicato per pazienti che hanno difficoltà a modificare le loro abitudini alimentari con la terapia ambulatoriale standard o per i pazienti che non rispondono al trattamento ambulatoriale convenzionale. Essa va attuata in un centro ambulatoriale specializzato per la cura dei disturbi dell'alimentazione. L'atmosfera del centro dovrebbe essere tale da permettere al paziente di sentirsi come a casa. Il centro dovrebbe essere equipaggiato, in aggiunta ai tradizionali ambulatori per la psicoterapia e le visite mediche, di una cucina (con piano cottura, forno a microonde, frigorifero con un ampio freezer e lavastoviglie), una sala da pranzo dove attuare l'alimentazione assistita (che può essere la stessa

cucina), una sala ricreativa con televisione, computer, accesso a internet e tavoli per poter studiare e leggere. La terapia ambulatoriale intensiva va attuata dall'equipe multidisciplinare.

Quarto livello

La riabilitazione ospedaliera è indicata in caso di mancata risposta al trattamento ambulatoriale o in presenza di un rischio fisico o psichiatrico o di difficoltà psicosociali che rendano inappropriato il trattamento ambulatoriale come inteso nei "Quaderni del Ministero della salute" (pag 74) n. 17/22 del luglio 2013 (7). La valutazione della appropriatezza del ricovero ospedaliero nei reparti di riabilitazione (Codice 56) avviene ad opera della UVM mediante le schede definite dalla SIO/SISDCA (EWD Vol. 15: 1-31, Suppl. al No. 1-2, 2010).

Quinto livello

I trattamenti di ospedalizzazione in reparti internistici (per gestire le forme più gravi di malnutrizione per difetto e/o la presenza di gravi complicanze fisiche) o in reparti psichiatrici (per gestire le acuzie psichiatriche), dovrebbero essere limitati nel tempo e mirati a ristabilire un compenso e hanno come obiettivo l'uscita dalla specifica condizione di acuzie. Nel caso di un ricovero ospedaliero anche di tipo pediatrico, è necessario un sostegno psicoterapico e nutrizionale specialistico per i DA e dovrà essere garantita la continuità della presa in carico da parte del team multidisciplinare di riferimento aziendale. Per tale ragione sarà indispensabile la formalizzazione, laddove non presenti, di appositi protocolli operativi aziendali e interaziendali a garanzia della continuità assistenziale.

Pertanto come ribadito nel documento di consenso dell'Istituto Superiore di Sanità e nel Quaderno del Ministero si riafferma, come il luogo ideale per il trattamento dei disturbi dell'alimentazione, sia il contesto ambulatoriale che rimane il fulcro di gestione del percorso multidisciplinare, pur specificando che dovrebbero essere previste altre tipologie di strutture con livelli assistenziali crescenti, tutte articolate in una sorta di network assistenziale stabile.

4. SCHEDE DI VALUTAZIONE DELL'APPROPRIATEZZA DEI LIVELLI DI TRATTAMENTO PER I DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE E PER L'OBESITÀ

Come già illustrato nei paragrafi precedenti, linee-guida recenti concordano tutte su due principi generali per il trattamento dei disturbi del comportamento alimentare e dell'obesità:

- a. *team approach*: approccio multidimensionale, interdisciplinare, multiprofessionale integrato che coinvolga medici (internisti, nutrizionisti clinici, psichiatri, fisiatristi), psicologi, dietisti, fisioterapisti, terapisti occupazionali, laureati in Scienze Motorie, educatori ed infermieri;
- b. *setting multipli*: dalla gestione ambulatoriale a lungo termine alla riabilitazione indirizzata agli stati gravi di malnutrizione per eccesso, alle fasi di instabilità e scompenso delle comorbidità somatiche e psichiatriche e all'avvio di una correzione stabile dello stile di vita (mirata, in particolare, su alimentazione ed attività fisica).

Appare dunque necessaria l'individuazione di strumenti atti a definire:

- il setting ottimale per il trattamento dell'obesità e dei disturbi dell'alimentazione (disturbo da alimentazione incontrollata, anoressia nervosa, bulimia nervosa, sindromi atipiche o parziali);
- i criteri sulla base dei quali è possibile modulare l'intensità dell'intervento.

La novità delle schede allegate risiede nella loro organizzazione per indicatori di livello clinico sia per l'obesità che per i disturbi dell'alimentazione, dando spazio alla prevenzione e alla individuazione precoce delle problematiche nutrizionali, psichiche e comportamentali (stile di vita) che sono alla base della evolutività e della cronicizzazione della patologia nutrizionale.

Offrono, inoltre, un elemento di chiarezza per quanto riguarda i criteri di appropriatezza dei differenti livelli di trattamento, permettendo di stabilire chi deve fare cosa in continuità e sinergia, nel corso dell'attuazione del percorso riabilitativo psiconutrizionale.

L'introduzione delle schede di appropriatezza dei differenti livelli di trattamento, consentirà di avviare un lavoro di verifica sul campo e su larga scala degli indicatori di livello clinico. Questo costituirà il punto di partenza per la creazione di un efficace sistema informativo e di monitoraggio dei DA ed Obesità che nel tempo permetta di migliorare la condotta assistenziale dei suddetti pazienti. Le stesse dovranno essere compilate dai professionisti del team multidisciplinare presente in ogni azienda.

Al momento, poiché la Conferenza di Consenso a cui il gruppo di lavoro fa riferimento non è rivolta all'età evolutiva, le schede non possono essere applicate sic et simpliciter all'area pediatrica.

Occorre, quindi, costituire un gruppo di lavoro esclusivamente per l'area pediatrica che indichi dei cut off scientificamente accreditati che possano essere utili per definire l'appropriatezza dei differenti livelli di trattamento delle patologie nutrizionali dell'età evolutiva.

5 SCHEDE DI RACCOLTA DATI

Rilevata l'assenza sul territorio Regionale di strumenti omogenei atti alla raccolta dati sui D.A. e preso atto dell'esperienza delle strutture eroganti assistenza ai pazienti con D.A. nella Regione Umbria, si adotta, come strumento di raccolta dati epidemiologici, la scheda utilizzata dalla Regione Umbria in Accordo con il Ministero della Salute ed allegata al presente documento (All.5)

ALLEGATO 1: TEST DEL RISCHIO

Gentile utente, il presente questionario ha la finalità di aiutarci a capire il suo rapporto con il cibo e con il suo corpo. La invitiamo a rispondere a tutte le domande e se non risultassero chiare, non esiti nel chiedere spiegazioni. Grazie per la collaborazione.

Cognome _____ Nome _____
Data di nascita _____ Età _____
Data di valutazione _____ Archivio _____
Nome dell'esaminatore _____ Punteggio _____
Sta seguendo una cura dimagrante (Kcal)? _____
Peso _____ Altezza _____ BMI (Kg/m²) _____

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

Se hai risposto SI ad almeno 6 domande potrebbe essere utile parlare ad un esperto del tuo rapporto con il cibo e con il corpo

ALLEGATO 2 : SCHEDE DI APPROPRIATEZZA DA

SCHEDA SISDCA di APPROPRIATEZZA della RIABILITAZIONE METABOLICO NUTRIZIONALE
PSICOLOGICA del PAZIENTE con DISTURBI dell'ALIMENTAZIONE
SCHEDA di GRAVITA' CLINICA per PAZIENTI con DA

Cognome:	Nome:	data:
Precedenti ricoveri d'emergenza	0 1 2 3 4 5 (o >5)	
Precedenti ricoveri riabilitativi	0 1 2 3 4 5 (o >5)	
Punteggio se la condizione è soddisfatta		
Anoressia nervosa, Bulimia nervosa, BED, EDNOS (DSM-IV-TR, APA 2000)		
comorbidità medica	Glicemia a digiuno < 60 o < 50 mg/dl	3
	Nei diabetici controllo metabolico insufficiente e instabile	1 o 3
	TC < 36°C	2
	Kemia < 2,5 mEq/l o < 2 mEq/l	1
	Altre alterazioni elettrolitiche (Na, Cl, P, Ca Mg)	1 o 3
	Disidratazione: impedenza BIA < 75° percentile O osmolarità "efficace" > 280-300 mosm/l [= 2Na ⁺ + {glicemia/18}]	2
	Edemi declivi	2
	PA < 90/60 mmHg	2
	FC < 40 bpm	1
	Segni di sofferenza cardiaca - ECG (bradicardia sinusale, voltaggi ridotti, prolungamento del QT) - ecocardiografici (↓ contrattilità miocardica, prolasso mitralico, ↓ massa ventricolare sinistra, versamento pericardico silente)	3
	Riduzione introito alimentare non eliminato (< 500 kcal/die)	2
	BMI < 16.0 Kg/m ² o < 14.5 Kg/m ² o < 13.0 Kg/m ²	1 o 2 o 4
	Alterata composizione corporea (fat mass, FM < 17% nelle donne < 9% negli uomini; e/o body cell mass index, BCMI < 7 Kg/ m ² nelle D, < 8 negli U)	2
	Albuminemia < 35 g/l	2
	Anemia (Hb < 10 g/l o < 9 g/l)	2
	Leucopenia (< 3000 o < 1500)	1 o 3
	Osteopenia o osteoporosi (amenorrea > 12 mesi)	1 o 2
	Segni di sofferenza epatica (transaminasi > 200)	2
Segni di sofferenza renale (creatininemia, creatinina clearance)	2	
comorbidità psichiatrica	Pratiche di svuotamento frequenti (Vomito Autoindotto ≥ 1 volta/die; abuso di diuretici e/o lassativi ≥ 1 volta/die)	1
	Abbuffate compulsive oggettive frequenti (Binge eating ≥ 1 volta/die)	1
	Attività fisica compulsiva (> 3h/die)	1
	Idee ricorrenti o progetti o tentativi di suicidio	2 o 3 o 4
	Gesti autolesivi ricorrenti o gravi e frequenti	2 o 3
	Abuso sporadico, abituale o dipendenza da sostanze psicotrope (psicofarmaci, droghe, alcool)	1 o 2 o 4
	Altre diagnosi psichiatriche di asse I e/o II (DSM-IV-TR) (un punto per ogni diagnosi full syndrome fino a un massimo di 3)	da 0 a 3
	Mancanza di un supporto familiare adeguato e impossibilità/incapacità di vivere da soli	3
	Qualità della vita più o meno compromessa [valutazione secondo le otto scale dello SF-36: Short Form Health Survey Questionnaire] (aspetto psicosociale è importante)	da 0 a 3
	Funzionamento globale più o meno compromesso [valutazione secondo le tre scale dell'Asse V del DSM-IV-TR: Global Assessment of Functioning Scale, Global Assessment of Relational Functioning Scale e Social and Occupational Functioning Assessment Scale] (>16 aa, età sesso, parametri)	da 0 a 3
	Fallimento di un programma ambulatoriale adeguato nell'ultimo anno (un punto per ogni tentativo fino a un massimo di 3)	1 o 2 o 3
Ricovero consigliabile per soggetti con punteggio finale ≥ 20 (il punteggio finale si calcola aggiungendo alla somma dei punteggi il numero dei ricoveri d'emergenza e sottraendo quello dei ricoveri riabilitativi, gli uni e gli altri fino a un massimo di 5)	TOT	

ALLEGATO N.3 SCHEDA DI APPROPRIATEZZA OBESITA'

SCHEDA SIO di APPROPRIATEZZA
della RIABILITAZIONE METABOLICO NUTRIZIONALE PSICOLOGICA del PAZIENTE OBESO
SCHEDA SIO di GRAVITA' CLINICA in PAZIENTE con OBESITA'

Paziente			data		
Ricoveri Precedenti	NO O: SI O	Data	motivo	Punteggio attribuibile	Punteggio ottenuto
Grado di Obesità e livello di rischio per CVD, T2DM, ipertensione arteriosa		BMI \geq 40 Kg/m ²		8	
		BMI 35-39,9 Kg/m ²		6	
		BMI 30-34,9 Kg/m ²		4	
		Circonferenza Vita > 102 cm ; 88 cm		2	
Comorbidità	Alterazione del metabolismo lipidico	Colesterolo LDL \geq 130 mg/dl o terapia antilipidemica		4	
		Colesterolo HDL \leq 40 mg/dl ; 50 mg/dl		2	
		Trigliceridemia > 150 mg/dl o terapia antilipidemica		1	
	Alterazione del compenso glicemico	IFG (glicemia 110-125 mg/dl) o iperinsulinismo [insulinemia > 25 mcU/ml oppure >80 mcU/ml fra 60' e 120' oppure con picco oltre i 90'] oppure: HOMA (GlicIns:405) > 2,77]		2	
		IGT (glicemia a 2 h da OGTT compresa tra 140 e 200 mg/dl)		4	
		T2DM (glicemia a digiuno \geq 126 mg/dl o glicemia a 2 h da OGTT \geq 200 mg/dl) o terapia antidiabetica		6	
	Malattie apparato cardiovascolare	Ipertensione arteriosa (PAS > 130 mmHg o PAD > 85 mmHg o terapia antipertensiva)		3	
		Mal aterosclerotica (cardiopatía ischemica, ictus cerebri, ...)		4	
		NYHA: classe III (sintomi di insuff cardiaca durante att della vita quotidiana) o IV (sintomi di insuff cardiaca a riposo)		4	
		Ipertrofia Ventricolare Sinistra asintomatica		3	
	App respiratorio	OSAS, insufficienza respiratoria di tipo restrittivo		4	
		Dispnea da sforzo, roncopatie, Epworth scale > 10		2	
	App scheletrico	Artrosi (anca, ginocchia, rachide)		3	
	App genitor-urinario	Alterazioni ginecologiche (dismenorrea, PCOS)		2	
		Disfunzione della sfera sessuale legate all'obesità		2	
Incontinenza da sforzo		2			
App gastroenterico	Steatosi epatica, litiasi biliare		1		
Status proinfiammatorio	PCR (x2 rispetto al valore max intervallo riferimento) > 10 mg/l		3		
Status procoagulativo	Fibrinogeno > 450 mg/dl		3		
Fattori di rischio che concorrono ad incrementare la morbidità correlata all'obesità	Anamnesi familiare	Storia familiare di malattie cardiovascolari premature (infarto del miocardio, ictus cerebri e/o morte improvvisa prima dei 55 anni per il padre o dei 65 anni per la madre)		4	
	Età	\geq 45 anni ; 55 anni (o menopausa precoce in assenza di terapia estrogenica sostitutiva)		2	
	Abitudini di vita	Sedentarietà (<10 MET/sett)		1	
		Fumo > 10 sigarette /die		1	
	Comportamento	Alterazioni della psiche (depressione, ansia)		2	
		Alterazioni del comportamento alimentare (iperfagia prandiale, spilluzzicamento, emotional eating, night eating)		3	
		DCA (bulimia nervosa, BED)		4	
Anamnesi	Fallimento di >3 programmi ambulatoriali di perdita di peso		2		
Malnutrizione per difetto	Hb < 12 g/dl D, 13 g/dl U; Alb < 35 g/l; Colesterolemia totale < 150 mg/dl (in assenza di terapia ipocolesterolemizzante); CB < 22 cm; CP < 31 cm		4		
Precedenti ricoveri per Riab Metabolico Nutrizionale	Primo rientro (comunque non entro l'anno solare) con recupero del peso > al 50% di quello perso nel precedente ricovero		-5		
	Rientri successivi con recupero del peso > al 50% di quello perso nel precedente ricovero		-10		
>25: Riabilitazione residenziale di tipo intensivo 20-25: Centro Diurno riabilitativo e/o Day Hospital o Day Service < 20: trattamento presso Ambulatorio Specialistico				TOT	

- Clinical guidelines on the identification, evaluation and treatment of overweight and obesity in adults - National Institute of Health - (NIH) Publication 98-4083) september 1998, USA
- Bray GA, Ballanger T. Epidemiology, trends and morbidities of obesity and the metabolic syndrome. Endocrine 2003; 29 (1), 109-117
- Executive summary of the third report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) expert panel on detection, evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adults (ATP III). JAMA 2001, 285 (19) 2486-2497 (*: elementi che concorrono a costituire la sindrome metabolica)

ALLEGATO 4: CONSENSO INFORMATO

**PERCORSO TERAPEUTICO RIABILITATIVO CONDIVISO
CONSENSO INFORMATO**

Il paziente _____ nato il _____ BMI _____

- informato sul percorso terapeutico che intraprenderà assieme alle figure professionali che lo guideranno e lo assisteranno;
- consapevole del fatto che detto programma, potrà variare, sempre e comunque in accordo con le figure di riferimento;
- consapevole che durante il percorso può essere coinvolta la famiglia per colloqui e/o psicoterapie di famiglia, sempre previo accordo tra il team ed il paziente.

IN DATA DECIDE

- di non aderire al percorso terapeutico
- di aderire solo in parte al percorso terapeutico, accettando solo le seguenti terapie:

- di aderire al percorso terapeutico condiviso e s’impegna a rispettarlo.

TERAPIA	N°	GIORNALIERA	SETTIMANALE	QUINDICINALE	MENSILE
<input type="checkbox"/> VISITE MEDICHE					
<input type="checkbox"/> VISITE PSICHIATRICHE					
<input type="checkbox"/> SEDUTE DI PSICOTERAPIA					
<input type="checkbox"/> PROGRAMMA NUTRIZIONALE					
<input type="checkbox"/> DIARIO ALIMENTARE					
<input type="checkbox"/> TERAPIA FARMACOLOGICA					
<input type="checkbox"/> SUPPLEMENTI NUTRIZIONALI ORALI					
<input type="checkbox"/> NUTRIZIONE PARENTERALE					
<input type="checkbox"/> ESAMI EMATOCHIMICI					
<input type="checkbox"/> ESAMI STRUMENTALI					

RICOVERO IN DH

RICOVERO OSPEDALIERO

DIAGNOSI

.....
.....

PAZIENTE

MEDICO

PSICHIATRA

PSICOLOGO

DIETISTA

CASE MANAGER

SCHEDA RILEVAZIONE DATI

(da compilare a cura dell'operatore che accoglie l'utente al momento dell'ingresso)

A. DATI GENERALI

Data chiamata |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|_| Ora |_|_|_|_|_|

Data di nascita: |_|_|_|_|_|/|_|_|_|_|_| Luogo di nascita

Come ha saputo del Numero Verde?

A2. Nazionalità:01 Italiana 02 Estera**A3. Stato civile:**01 Celibe/Nubile 02 Coniugato/a 03 Separato/A 04 Divorziato/a 05 Vedovo/a**A4. Comune e provincia di Residenza:**A5. Figli: 1 SI 2 NO**A6. Scolarizzazione:**

- 01. Nessuna
- 02. Licenza Elementare
- 03. Licenza Media Inferiore
- 04. Licenza Media Superiore
- 05. Diploma Formazione professionale
- 06. Laurea
- 07. Diploma post universitario

A7. Attualmente studia: 1 SI 2 NO**A8. Occupazione:**

- 01. Disoccupato
- 02. Occupato saltuariamente
- 03. Occupato
- 04. Studente non in condizione lavorativa
- 05. Casalinga
- 06. Pensionato/a
- 07. Invalido/a

A9. Situazione abitativa:

- 01. Con partner e/o figli
- 02. Con famiglia di origine o famiglia del partner
- 03. Con amici
- 04. Solo/a
- 05. Senza dimora stabile
- 06. Altro

A10. Principale fonte di sostentamento:

- 01. Lavoro

- 02. Partner
- 03. Famiglia
- 04. Sussidio assistenziale
- 05. Pensione di lavoro e/o di invalidità
- 06. Altro

B. DIAGNOSI RIFERITA

- 01. Anoressia
- 02. Bulimia
- 03. DAI
- 04. EDNOS

C. PESO

- 01. Peso massimo raggiunto
- 02. Peso minimo raggiunto
- 03. Peso attuale
- 04. Altezza
- 05. BMI

anno

D. FATTORI DI RISCHIO PREGRESSI

- 01. Celiachia
- 02. Diabete
- 03. Sovrappeso
- 04. Disturbi alimentari dell'infanzia
- 05. Abuso/molestie sessuali riferite

E. PATOLOGIE PSICHIATRICHE PREGRESSE

- 01. Psicosi
- 02. Disturbo bipolare
- 03. Depressione
- 04. Ansia
- 05. Disturbo ossessivo
- 06. Abuso di sostanze
- 07. Autolesionismo

F. PRIMO CONTATTO CON I SERVIZI

- 01. Privato
- 02. Pubblico
- 03. Pediatria
- 04. Neuropsichiatria infantile
- 05. Servizio Psichiatrico/DSM

G. ESORDIO ATTUALE EPISODIO

Mese, Anno:

H. DATA PRIMO TRATTAMENTO

Mese, Anno:

I. INVIANTE AL SERVIZIO DCA SPECIALIZZATO

- 01. Autonomo
- 02. Endocrinologo
- 03. Ginecologo
- 04. Psichiatra
- 05. Neuropsichiatria infantile
- 06. Medico di base
- 07. Pediatra
- 08. Dietologo
- 09. Consultorio
- 10. Ospedale
- 11. DSM
- 12. Scuola
- 13. Altro, specificare.....

L. PATOLOGIE ORGANICHE CONCOMITANTI

- 01. Celiachia
- 02. Diabete
- 03. Reflusso esofageo
- 04. Osteoporosi/osteopenia
- 05. Disturbi cardiocircolatori

M. PATOLOGIE PSICHIATRICHE CONCOMITANTI

- 01. Psicosi
- 02. Disturbo bipolare
- 03. Depressione
- 04. Ansia
- 05. Disturbo ossessivo
- 06. Abuso di sostanze
- 07. Autolesionismo

N. TRATTAMENTI PREGRESSI

Tipologia ed esito trattamenti pregressi

Specifici	□ 1		□ 2		□ 3		□ 4	
	C	I	C	I	C	I	C	I
01. <input type="checkbox"/> Ambulatoriale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02. <input type="checkbox"/> Day Hospital -Semiresidenza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03. <input type="checkbox"/> Ricovero Residenziale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04. <input type="checkbox"/> Ricovero Ospedaliero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aspecifici	□ 1		□ 2		□ 3		□ 4	
	C	I	C	I	C	I	C	I
05. <input type="checkbox"/> Ambulatoriale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06. <input type="checkbox"/> Day Hospital -Semiresidenza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07. <input type="checkbox"/> Ricovero Residenziale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08. <input type="checkbox"/> Ricovero Ospedaliero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C = concluso I = interrotto

09. Data termine ultimo trattamento: Mese, Anno: | _ | _ | | _ | _ | _ | _ |

O. COMPORTAMENTO ALIMENTARE

Comportamento Alimentare		Età d'inizio	Frequenza (negli ultimi 3 mesi)		
			N° di volte al mese	N° di volte a settimana	N° di volte al giorno
01. Restrizione alimentare	01 <input type="checkbox"/> Si 02 <input type="checkbox"/> No	_ _	_ _	_ _	_ _
02. Restrizione idrica	01 <input type="checkbox"/> Si 02 <input type="checkbox"/> No	_ _	_ _	_ _	_ _
03. Digiuno	01 <input type="checkbox"/> Si 02 <input type="checkbox"/> No	_ _	_ _	_ _	_ _
04. Uso di pillole dimagranti	01 <input type="checkbox"/> Si 02 <input type="checkbox"/> No	_ _	_ _	_ _	_ _
05. Abbuffate	01 <input type="checkbox"/> Si 02 <input type="checkbox"/> No	_ _	_ _	_ _	_ _
06. Vomito	01 <input type="checkbox"/> Si 02 <input type="checkbox"/> No	_ _	_ _	_ _	_ _
07. Condotte dipsomaniche	01 <input type="checkbox"/> Si 02 <input type="checkbox"/> No	_ _	_ _	_ _	_ _
08. Abuso di lassativi	01 <input type="checkbox"/> Si 02 <input type="checkbox"/> No	_ _	_ _	_ _	_ _
09. Abuso di diuretici	01 <input type="checkbox"/> Si 02 <input type="checkbox"/> No	_ _	_ _	_ _	_ _
10. Abuso di farmaci	01 <input type="checkbox"/> Si 02 <input type="checkbox"/> No	_ _	_ _	_ _	_ _
11. Eccessivo esercizio fisico	01 <input type="checkbox"/> Si 02 <input type="checkbox"/> No	_ _	_ _	_ _	_ _
12. Altro (specificare)	01 <input type="checkbox"/> Si 02 <input type="checkbox"/> No	_ _	_ _	_ _	_ _

P. ALTRE DIPENDENZE

		Età d'inizio	Frequenza (negli ultimi 3 mesi)		
			N° di volte al mese	N° di volte a settimana	N° di volte al giorno
01. Alcol	01 <input type="checkbox"/> Si 02 <input type="checkbox"/> No	_ _	_ _	_ _	_ _
02. Sostanze	01 <input type="checkbox"/> Si 02 <input type="checkbox"/> No	_ _	_ _	_ _	_ _
03. Shopping compulsivo	01 <input type="checkbox"/> Si 02 <input type="checkbox"/> No	_ _	_ _	_ _	_ _
04. Gioco d'azzardo	01 <input type="checkbox"/> Si 02 <input type="checkbox"/> No	_ _	_ _	_ _	_ _
05. Altro (specificare)	01 <input type="checkbox"/> Si 02 <input type="checkbox"/> No	_ _	_ _	_ _	_ _

Q. ANAMNESI DEL CICLO MESTRUALE

Q.1 Amenorrea primaria:

01 Si 02 No

Q.2 Età del menarca: |_|_|_|

Q.3 Amenorrea secondaria attuale

01 Sì 02 No

Q.4 Amenorrea secondaria pgressa

01 Sì 02 No

Q. 5 Durata complessiva dei periodi di amenorrea secondaria pgressa?: |__|__| mesi

Q.6 Quanto tempo è trascorso dall'ultima mestruazione?: |__|__| mesi

Q.7 Peso all'inizio dell'amenorrea: |__|__| Kg

Q.8 Assume attualmente pillola anticoncezionale o altro trattamento sostitutivo o stimolante

01 Sì (specificare da quanto tempo |__|__|mesi) 02 No

R. PROGRAMMA TERAPEUTICO EFFETTUATO O IN ATTO

R.1 Livello di intervento

- 01. Ambulatorio
- 02. Residenza/semiresidenza
- 03. Day Hospital
- 04. Ricovero ospedaliero

R.2. Interventi previsti (possibili più risposte)

- 01 Colloqui periodici (counselling) di tipo educativo
- 02 Colloqui periodici (counselling) sanitari
- 03 Trattamento psicofarmacologico
- 04 Psicoterapia individuale
- 05 Psicoterapia di gruppo
- 06 Psicoterapia familiare
- 07 Riabilitazione nutrizionale individuale
- 08 Riabilitazione nutrizionale di gruppo
- 09 Tecniche e prescrizioni di medicina non convenzionale
- 10 Psicoterapia analitica
- 11 Psicoterapia C.B.T.
- 12 Psicoterapia sistemico-relazionale
- 13 Altro (Specificare: _____)

R. Persona che compila il questionario

Cognome _____ Nome _____

Centro _____

Recapito telefonico _____ email _____

Sommario

PREMESSA.....	2
INTRODUZIONE	2
1 –GESTIONE DEI PAZIENTI CON PATOLOGIE NUTRIZIONALI.....	3
1.1 Inquadramento diagnostico.....	3
1.2 Obiettivi della fase di assessment:	3
1.2.1 Valutazione e monitoraggio dei sintomi e comportamenti	4
1.2.2 Anamnesi familiare con particolare riferimento a:	4
1.2.3 Valutazione Medico-Nutrizionale.....	4
1.2.4. Esami di laboratorio.....	5
1.2.5 Valutazione e monitoraggio delle condizioni psicologico-psichiatriche	6
2. FASE DI TRATTAMENTO.....	7
2.1 Psicoterapie e approcci psicosociali.....	7
2.1.1. Psicoterapia Individuale Cognitivo-Comportamentale	7
2.1.2. Psicoterapia Familiare.....	8
2.1.3 Gruppi Psicoeducazionali	8
2.1.4 gruppi di auto e mutuo aiuto (AMA).....	8
2.2 Riabilitazione nutrizionale e intervento nutrizionale (APA, ADA).....	8
3. SETTING ASSISTENZIALI.....	9
3.1. Livelli di intervento	9
Primo livello	9
Secondo livello	9
Terzo livello.....	9
Quarto livello.....	10
Quinto livello.....	10
4. SCHEDE DI VALUTAZIONE DELL'APPROPRIATEZZA DEI LIVELLI DI TRATTAMENTO PER I DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE E PER L'OBESITA'	10
5. SCHEDE DI RACCOLTA DATI.....	11
ALLEGATO 1: TEST DEL RISCHIO.....	11
ALLEGATO 2 : SCHEDA DI APPROPRIATEZZA DA.....	13
ALLEGATO 3: SCHEDA DI APPROPRIATEZZA OBESITA'.....	14
ALLEGATO 4: CONSENSO INFORMATO.....	15
ALLEGATO 5: SCHEDA DI RILEVAZIONE DATI.....	16