

La Conferenza nazionale di Consenso sui disturbi del comportamento alimentare

***Teresa Di Fiandra
Ministero della salute***

Bressanone, 9 marzo 2013

Il documento di consenso

Il **Documento preliminare** di consenso è stato deliberato dalla Giuria al termine della prima giornata di lavori della Conferenza di Consenso (24-25 ottobre 2012)

Esso è stato redatto tenendo conto, in particolare:

- n delle relazioni dei tre Gruppi di lavoro di esperti
 - n degli elementi emersi dal dibattito pubblico svoltosi durante la mattina del primo giorno di celebrazione della Conferenza
 - n della discussione tra i componenti della Giuria svoltasi, senza soluzione di continuità, subito dopo la chiusura del dibattito pubblico.
-

Quesiti area 1 – Epidemiologia dei DCA

- o Quali sono i dati di incidenza, prevalenza e mortalità per AN, BN, DAI e DANAS in ambito nazionale e internazionale, stratificati per caratteristiche socio-demografiche, co-morbidità mediche e psichiatriche, numero e livello di trattamenti precedenti effettuati?
 - o Quali sono i dati di attività dei servizi che gestiscono i DCA per livello assistenziale (ambulatorio, DH, riabilitazione residenziale, ricovero ospedaliero)?
-

Quesito 1 area 1

Raccomandazioni (a)

Raccomandazioni per la ricerca

- Si raccomanda che vengano condotti studi di prevalenza, di incidenza e di mortalità riguardanti i DCA in Italia su ampi campioni della popolazione generale al fine di migliorare la qualità e la quantità di dati che contribuiscano ad inquadrare i DCA dal punto di vista epidemiologico e all'aggiornamento dei dati disponibili.
-

Quesito 1 area 1

Raccomandazioni (b)

- Si raccomanda inoltre che in questi studi vengano adottati strumenti omogenei universalmente accettati per la diagnosi dei disturbi mentali in base ai criteri internazionali del DSM-IV per assicurare elevati livelli di accuratezza e riproducibilità (elevati livelli di accuratezza e riproducibilità diagnostica sono raggiunti con strumenti quali la SCID-I o la CIDI).
 - L'uso di questi strumenti è raccomandato anche per la valutazione di altri disturbi psichiatrici in comorbilità con i DCA.
-

Quesito 1 area 1

Raccomandazioni (c)

- Nei lavori sottoposti alla revisione è evidente una marcata carenza di valutazione degli aspetti internistico-nutrizionali. Pertanto, si raccomanda che gli studi epidemiologici successivi debbano includere anche un'indagine su questi aspetti, in particolare quelli relativi al quadro metabolico e alla valutazione dello stato di nutrizione.
 - Infine, si auspica l'istituzione di un registro nazionale dei DCA, che possa fornire informazioni su numero, tipo ed esiti dei trattamenti effettuati.
-

Quesito 2 area 1

Raccomandazioni (a)

Si raccomanda che venga condotta una ricognizione:

- dei sistemi informativi in uso per l'assistenza;
- dei modelli organizzativi e dei percorsi assistenziali;
- dei processi di gestione e qualificazione del personale;
- del livello di integrazione tra servizi territoriali e ospedalieri.

Si raccomanda il monitoraggio dei processi e degli esiti in tutti i livelli di assistenza e dell'applicazione di pratiche evidence-based

Quesiti area 2 – Prevenzione dei DCA

- Quali sono i principali fattori/marker di rischio (individuali, familiari e sociali) e i fattori scatenanti associati ai DCA? Quali sono i fattori protettivi?
 - Esistono evidenze di efficacia per la prevenzione universale dei DCA (in termini di strategie, strumenti, figure professionali coinvolte)?
 - Esistono evidenze di efficacia per la prevenzione selettiva dei DCA (in termini di strategie, strumenti, figure professionali coinvolte)?
-

Quesito 1 area 2

Raccomandazioni (a)

Per la ricerca

- La ricerca si dovrà occupare di definire modelli di sviluppo dei DCA in cui si comprendano le interazioni dinamiche dei fattori di rischio e dei fattori protettivi e si giunga a definire la specificità dei fattori di rischio per le diverse categorie dei DCA.
 - Un chiarimento eziologico ulteriore sui DCA dovrebbe essere volto a stabilire se, a quali livelli e in che modo interagiscano patologie a differente etiopatogenesi, cioè l'obesità e i DCA, in modo da poter programmare interventi integrati.
 - Con riferimento ai fattori di rischio ambientali, è opportuno promuovere ricerche per individuare popolazioni a rischio in quanto esposte a pressioni socioculturali legate all'immagine corporea.
-

Quesito 1 area 2

Raccomandazioni (b)

Per la clinica

Si raccomanda che venga condotta un'anamnesi al fine di accertare

l'esposizione ai seguenti fattori di rischio per i quali è stata evidenziata

una potenziale associazione con lo sviluppo di DCA:

- Familiarità per disturbi psichiatrici
 - Possibili eventi avversi/traumatici, malattie croniche dell'infanzia e difficoltà alimentari precoci
 - Possibili comorbidità psichiatriche
 - Appartenenza a gruppi in cui è maggiore la pressione socio-culturale verso la magrezza (modelle, ginnaste, danzatrici etc.)
 - Percezione e interiorizzazione dell'ideale di magrezza
 - Insoddisfazione dell'immagine corporea
 - Scarsa autostima e perfezionismo
 - Stati emotivi negativi
-

Quesito 2 area 2

Raccomandazioni (a)

- Promuovere gli approcci basati sulla dissonanza cognitiva e sull'alfabetizzazione mediatica che hanno fornito risultati promettenti nel ridurre i fattori di rischio variabili quali l'interiorizzazione dell'ideale di magrezza e l'insoddisfazione per le forme corporee
 - Potenziare la ricerca sulla costruzione di modelli di prevenzione integrati per DCA e Obesità
 - Implementare ulteriori ricerche che valutino l'efficacia di interventi volti a potenziare le *life skills* e i fattori protettivi
-

Quesito 3 area 2

Raccomandazioni (a)

Per la ricerca:

- Le ricerche future dovrebbero individuare indicatori di esito quali l'effetto sui fattori di rischio variabili, sul target dell'intervento, e l'effetto sull'incidenza dei DCA
 - Gli interventi più efficaci dovrebbero essere raffinati e testati in studi che ne valutino la validità (*effectiveness*) e che identifichino possibili barriere alla disseminazione di questi programmi.
 - Si devono realizzare replicazioni indipendenti degli studi più promettenti e si deve giungere a una migliore conoscenza dei moderatori e del loro ruolo.
 - Si dovrebbe indirizzare la ricerca verso lo sviluppo di interventi che integrino fra loro gli approcci che, ad oggi, hanno dimostrato efficacia (dissonanza cognitiva, peso salutare, Student Bodies).
-

Quesito 3 area 2

Raccomandazioni (b)

Per gli operatori della prevenzione:

- ❑ Individuare la popolazione a rischio attraverso un assessment dei fattori di rischio variabili di maggiore potenza predittiva (insoddisfazione per il corpo e le forme corporee, dieting, immagine corporea negativa).
 - ❑ Intercettare la popolazione a rischio attraverso proposte di intervento che incentivino e sviluppino motivazione alla partecipazione dei beneficiari.
 - ❑ Adottare programmi che si sono mostrati efficaci (dissonanza cognitiva, peso salutare, Student Bodies).
 - ❑ Evitare di intraprendere nuove strade che potrebbero avere scarsi effetti con costi elevati in assenza di studi di efficacia e validità.
-

Quesiti area 3 – Modelli organizzativi

- Qual è il percorso diagnostico-terapeutico-riabilitativo ottimale per le persone con DCA in termini di appropriatezza ed efficacia degli interventi? Quali sono le figure professionali coinvolte?
 - Qual è il modello organizzativo per la gestione dei DCA che garantisce i migliori risultati in termini di appropriatezza ed efficacia degli interventi diagnostico-terapeutico-riabilitativi?
-

Quesito 1 area 3

Raccomandazioni (a)

- Il percorso diagnostico-terapeutico-riabilitativo dei pazienti con DCA dovrebbe sempre includere sia gli aspetti psichiatrici e psicologici, sia quelli nutrizionali e fisici, sia quelli socioambientali, sebbene in misura diversa per le specifiche diagnosi, i diversi decorsi, la gravità e complessità del quadro e le diverse fasi del percorso.
-

Quesito 1 area 3

Raccomandazioni (b)

Dovrebbe inoltre sempre garantire:

- il coinvolgimento attivo degli utenti e/o dei familiari
 - la gestione specifica per età e per disturbo, sia dal punto di vista psicologico, psichiatrico e neuropsichiatrico infantile che internistico, pediatrico e nutrizionale
 - la presenza di personale con formazione ed esperienza specifica sui DCA
 - il trattamento delle eventuali comorbidità e delle conseguenze generali del disturbo, in raccordo con personale formato sui DCA
-

Quesito 1 area 3

Raccomandazioni (c)

Le figure professionali coinvolte dovrebbero essere, a secondo dell'età del soggetto:

- il medico di medicina generale o il pediatra di famiglia;
- psichiatri o neuropsichiatri infantili;
- psicologi;
- psicoterapeuti;
- nutrizionisti clinici;
- internisti o pediatri;
- dietisti;

possono essere variamente rappresentati in fasi specifiche del percorso altri specialisti (endocrinologo, gastroenterologo, ginecologo ecc), riabilitatori, infermieri, educatori, operatori sociali ecc

Quesito 2 area 3

Raccomandazioni (a)

- Il modello organizzativo per la gestione dei DCA dovrebbe essere multidimensionale, interdisciplinare e multi-professionale integrato.

 - Dovrebbe inoltre essere età specifico.
-

Quesito 2 area 3

Raccomandazioni (b)

- Il livello ambulatoriale dovrebbe essere il fulcro della gestione del paziente con DCA, sia in entrata (diagnosi precoce, identificazione e gestione dei casi sottosoglia), sia nel trattamento e nel follow up di lungo periodo.
 - Dovrebbero essere previste anche altre tipologie di strutture, con livelli assistenziali crescenti, che possono entrare a far parte del percorso a secondo delle condizioni dei pazienti, delle diagnosi, del livello di complessità e dei bisogni prevalenti.
-

Quesito 2 area 3

Raccomandazioni (c)

- Tutte le strutture dovrebbero articolarsi tra loro in una rete assistenziale stabile che comprende cinque livelli e che deve garantire la continuità del percorso del paziente.
 - Il primo livello include i MMG ed i PdF; il secondo livello servizi ambulatoriali specialistici, ospedalieri e non, in rete interdisciplinare; il terzo livello include le diverse tipologie di servizi diurni; il quarto livello la residenzialità terapeutico-riabilitativa ed il quinto livello i ricoveri ordinari e d'urgenza.
-

Raccomandazioni per la ricerca sui modelli organizzativi

L'analisi della letteratura effettuata per rispondere alle domande relative all'area 3 ha evidenziato la presenza di numerose aree che necessitano di monitoraggio, approfondimenti e ricerca, ed in particolare appare opportuno:

- ❑ Promuovere interventi di sensibilizzazione e formazione per gli operatori sanitari onde facilitare l'individuazione precoce dei DCA e garantire l'appropriatezza della presa in carico
- ❑ Promuovere l'individuazione di indicatori di livello clinico condivisi, anche al fine di migliorare l'appropriatezza dell'accesso ai vari livelli assistenziali
- ❑ Promuovere l'individuazione di indicatori di esito condivisi
- ❑ Promuovere l'analisi omogenea dei fattori che possono favorire la cronicizzazione
- ❑ Promuovere il monitoraggio dei costi degli interventi proposti e del rapporto costo/efficacia;
- ❑ Promuovere l'adozione di un'ottica di benchmarking tra i servizi che compongono la rete terapeutico-assistenziale per le persone con DCA.
- ❑ Monitorare il percorso terapeutico-assistenziale dei pazienti in età evolutiva ed adolescenziale , con particolare riferimento all'appropriatezza dei ricoveri in ambito ospedaliero.
- ❑ ~~Promuovere una consensus conference specifica per i DCA in età infantile ed adolescenziale.~~

La situazione oggi

- ❑ Il documento preliminare è stato perfezionato e la giuria ha approvato la **versione definitiva**
 - ❑ Verrà pubblicato come **Rapporto ISTISAN** dell'ISS (entro un mese)
 - ❑ Presentazione e diffusione online/cartaceo
 - ❑ In preparazione un "Quaderno del Ministero della salute", a cui questo documento sarà riaccordato
-