

L'esperienza del C.D.C.A. di Gussago a 30 anni dalla nascita: risultati e possibili sviluppi

Mauro D. Consolati

**Centro Pilota Regionale
per i Disturbi del Comportamento Alimentare**

Tel. 0302528555

Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze

ASST Spedali Civili di Brescia

Ospedale Richiedi Gussago

CONFERENZA ANNUALE SALUTE MENTALE

ATS Brescia

7 novembre 2024

Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) in regime di Degenza Ordinaria

Paziente:

Contratto Terapeutico

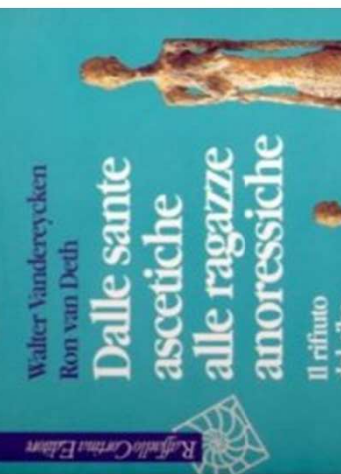
Desidero riformulare le diete e sulle regole generali del nostro programma di trattamento, sulle norme

principali alle quali tutti
 naturalmente teniamo i
 individui della Sua cur
 Il trattamento sarà indi
 core di un peso no
 Altra questa finalit
 terapeutiche di base C
 saranno prese nelle F
 trattamento.

Il trattamento è diviso in
 Fase motivazionale (a
 schema alimentare pre
 1. Fase (in itinere) se
 o stabilizzare il peso e in
 2. Fase (in itinere) se se
 3. Fase (in itinere) se se
 corso con l'impiego di
 2. Fase (quattro) se
 necessario, raggiungere

La suddivisione in Fase
 esclusivamente dal co
 psicologo e il coinvolg
 multidisciplinare.

ASST degli Spedali Civili di Brescia - Sede Legale: Piazza Spedali Civili 1 - 25122 Brescia
 Telefono: 030/9951. Fax: 030/300000
 PIVA 0375110986 - IF 0375110986
 Nat 1 - 3110 nat 1: www.asst-spccivili.it



PSYCHIATRIELOGIA
 International Journal of Psychiatry
 Vol. X, No. 3, pp. 271-340
 © 1992 Ass. La Gioiella, Brescia

Anoressia nervosa: uno studio epidemiologico-clinico su un campione di 20.000 studenti

Fausto Manara *

INTRODUZIONE

L'anoressia nervosa (A.N.) è un disturbo del comportamento alimentare che, fino ad una decina di anni orsono, è stato sottovalutato circa la sua gravità.

Negli ultimi anni, grazie al miglioramento dell'inquadramento diagnostico, e a approcci epidemiologici più mirati, l'A.N. è stata riconosciuta come una patologia grave che necessita di interventi terapeutici il più possibile precoci.

A quest'ultimo proposito, molti studi epidemiologici ci hanno permesso di conoscere la prevalenza e l'incidenza dell'A.N. in diverse aree geografiche.

In Europa, Nylander (1971) ha studiato un campione di studenti sveleesi delle scuole medie superiori, di età tra i 14 ed i 19 anni, indicando una prevalenza di anoressia nello

guzze

adotti

adotti

A.N.

di re-

cess-

zione

544

(121

re di

etizz

pub-



**SOSTENITORI
 DEL CENTRO PER
 I DISTURBI DEL
 COMPORTAMENTO
 ALIMENTARE**

... di età
 le, addio
 nali con a
 la seconda
 1974 è sta
 il Disturbo.

... psichiatrici
 dopo l'aggravamento del processo nutrizionale e psichico
 alcuni gruppi di
 ricerca, studio e trattamento, sviluppo di materiali e appa
 rati, nonché la partecipazione di esperti di nutrizione e scienze an
 troponiche alla per diagnosi, terapia e ricerca auto
 nomia di figure professionali che possono condurre
 con il personale di servizio presso il Centro, addebi
 tando il proprio contributo alla ricerca, alla diagnosi, alla
 terapia, alla prevenzione, alla riabilitazione, alla educazione
 delle famiglie, alla consulenza, alla informazione, alla
 bene di studio, corsi di formazione sui temi specifici
 dei disturbi del comportamento alimentare.

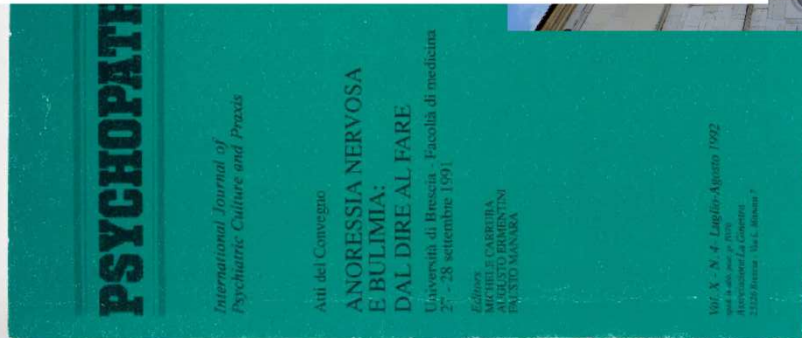
L'Associazione è aperta al contributo di tutti coloro
 che sono disposti a dare un aiuto per mettere in
 grado il Centro per i Disturbi del Comportamento
 Alimentare di Brescia, unico servizio pubblico in
 Italia nel suo genere, di fornire tutti gli interventi ade
 guati e prevenire cronicità e morte.

... psichiatrici
 dopo l'aggravamento del processo nutrizionale e psichico
 alcuni gruppi di
 ricerca, studio e trattamento, sviluppo di materiali e appa
 rati, nonché la partecipazione di esperti di nutrizione e scienze an
 troponiche alla per diagnosi, terapia e ricerca auto
 nomia di figure professionali che possono condurre
 con il personale di servizio presso il Centro, addebi
 tando il proprio contributo alla ricerca, alla diagnosi, alla
 terapia, alla prevenzione, alla riabilitazione, alla educazione
 delle famiglie, alla consulenza, alla informazione, alla
 bene di studio, corsi di formazione sui temi specifici
 dei disturbi del comportamento alimentare.

L'Associazione è aperta al contributo di tutti coloro
 che sono disposti a dare un aiuto per mettere in
 grado il Centro per i Disturbi del Comportamento
 Alimentare di Brescia, unico servizio pubblico in
 Italia nel suo genere, di fornire tutti gli interventi ade
 guati e prevenire cronicità e morte.

... psichiatrici
 dopo l'aggravamento del processo nutrizionale e psichico
 alcuni gruppi di
 ricerca, studio e trattamento, sviluppo di materiali e appa
 rati, nonché la partecipazione di esperti di nutrizione e scienze an
 troponiche alla per diagnosi, terapia e ricerca auto
 nomia di figure professionali che possono condurre
 con il personale di servizio presso il Centro, addebi
 tando il proprio contributo alla ricerca, alla diagnosi, alla
 terapia, alla prevenzione, alla riabilitazione, alla educazione
 delle famiglie, alla consulenza, alla informazione, alla
 bene di studio, corsi di formazione sui temi specifici
 dei disturbi del comportamento alimentare.

L'Associazione è aperta al contributo di tutti coloro
 che sono disposti a dare un aiuto per mettere in
 grado il Centro per i Disturbi del Comportamento
 Alimentare di Brescia, unico servizio pubblico in
 Italia nel suo genere, di fornire tutti gli interventi ade
 guati e prevenire cronicità e morte.



Modello della presa in carico dei DCA

I principi ispiratori del nostro progetto sono quelli raccomandati nelle linee guida internazionali (APA, 2006; AED, 2012; NICE, 2017) e nelle linee di indirizzo della Regione Lombardia e del Ministero della Salute :

1. approccio multidimensionale, interdisciplinare, pluriprofessionale con integrazione di diverse competenze (psichiatra, neuropsichiatra infantile, psicologo, nutrizionista, internista, dietista, fisioterapista, educatore, tecnico riabilitazione psichiatrica, infermieri e operatori di supporto);
2. équipe dedicata con condivisione del modello di trattamento praticato e acquisizione di un linguaggio comune con i pazienti pur mantenendo il ruolo professionale specifico;
3. ruolo essenziale della psicoterapia che deve affiancare gli indispensabili interventi nutrizionali (pasto assistito, supplementi nutrizionali orali);
4. disponibilità di diversi livelli di cura (ambulatorio, riabilitazione intensiva semiresidenziale e residenziale);
5. necessità di strutture e personale specializzati, con specifica formazione e/o esperienza nel trattamento dei disturbi alimentari

Trattamento Riabilitativo Psiconutrizionale

- **Ambulatorio Diagnostico Terapeutico** (Prime Visite, Approfondimento Diagnostico, Percorso Motivazionale, Visita Psichiatriche, Colloqui Psicologici, Psicoterapie Individuali, Psicoterapie Familiari, Supporto ai familiari, Visite Internistiche, Terapia Educazionale Individuale, Valutazioni Dietetiche, Controlli Follow-up post trattamento Semiresidenziale e Residenziale) da lunedì a venerdì. È il primo approccio al pz con coinvolgimento dei familiari per condizioni cliniche tali da non richiedere trattamenti intensivi. Contesto d'elezione, nucleo fondamentale dell'attività diagnostica e terapeutica, funzione di filtro per i successivi livelli di trattamento.
- **Riabilitazione Intensiva Semiresidenziale** (MAC, Macroattività Ambulatoriale ad Alta Complessità Assistenziale) per 5 posti dalle 8.30 alle 16.30, da lunedì a venerdì. È un trattamento diurno di intensità intermedia tra ambulatorio e degenza ordinaria per pz che non rispondono alle cure ambulatoriali, ma possiedono adeguata motivazione e sufficiente capacità di controllo sui comportamenti patologici. L'ambiente familiare deve essere tale da sostenere il pz e le condizioni psicofisiche non richiedono ricovero. Prevede tre pasti assistiti al giorno e sono presenti anche attività di gruppo (per pz e familiari)
- **Riabilitazione Intensiva Residenziale** (DEGENZA h24) per 12 posti letto. Ricoveri di durata media di 4 mesi: da minimo un mese (Breve) a un massimo di 6 mesi (Standard). È indicato per pz che non rispondono ai precedenti o con gravità tale da richiederlo in prima battuta. I pz hanno scarsa motivazione alla cura, stabilità medica solo attraverso monitoraggio continuo, necessità di supervisione per prevenire i comportamenti compensatori e/o per comorbidità psichiatriche, fattori familiari e psicosociali che interferiscono. Le attività riabilitative sono le stesse del programma MAC

Criteri Ammissibilità Trattamento Riabilitativo Residenziale

(vedi Linee Guida APA)

- BMI superiore a 13 Kg/m²;
- Superamento della necessità di terapia enterale e/o parenterale (divezzamento da almeno 7 giorni);
- Capacità di alimentazione autonoma, masticazione (almeno parziale), deglutizione;
- Il paziente non deve necessitare di allettamento o di presidi medico-sanitari;
- Condizione cardiaca, polmonare e renale in compenso, stabilità clinica, in particolare assenza di squilibri elettrolitici/metabolici;
- Il paziente non deve necessitare di sorveglianza continua per la prevenzione di agiti autolesivi;
- Assenza di Disturbo da Dipendenza da Sostanze attivo in comorbidità;
- Ogni comorbidità internistica o psichiatrica non deve essere prevalente sul Disturbo Alimentare;
- Nella settimana antecedente l'ingresso motivazione minima sufficiente al trattamento;
- La posizione ideologica e fede religiosa del paziente devono consentirgli l'assunzione dello schema alimentare previsto per la rialimentazione;
- Il paziente non deve avere in atto altro trattamento terapeutico incompatibile con quello del Centro;
- Non si ricoverano direttamente pazienti provenienti da altri livelli assistenziali senza verifica preliminare di tutti i criteri di ammissibilità sopraesposti e nel rispetto delle necessità di programmazione del CDCA

MOTIVAZIONE al Trattamento vs Cambiamento

1. Percorso Motivazionale ambulatoriale preliminare al trattamento
2. Contratto Terapeutico (responsabilizzazione): il pz al centro del progetto
3. Schema alimentare senza contrattazione (affidamento): scelta forte di affidarsi temporaneamente alla cura e di abbandonare il controllo in modo da acquisire reale autonomia ed efficacia nella propria vita
4. Reparto chiuso: delega del controllo dei sintomi, allentare il controllo e lasciare che siano altri a regolarci per contrastare la malattia
5. Nessun contatto esterno per un mese: maggiore contatto col proprio sé riflessivo (ascolto me stesso e non gli altri)
6. Fase Motivazionale: avvio della riabilitazione nutrizionale fino al raggiungimento dello schema alimentare (compresa adeguata idratazione) previsto dall'équipe.
7. Prima Fase (senza comunicazione del peso): scopo principale è «normalizzare» il comportamento alimentare e determinare aumenti ponderali controllati o stabilizzare il peso (alimentazione meccanica). Consapevolezza della dispercezione corporea.
8. Seconda Fase (con comunicazione del peso): definire un modello alimentare personalizzato (self-service) confrontandosi col range di peso assegnato e le fisiologiche oscillazioni dello stesso. Inizia la ripresa di contatto con il proprio corpo mediante la ginnastica dolce e con il mondo esterno attraverso uscite riabilitative risocializzanti.
9. Terza Fase (rientro a casa): permessi nel finesettimana per consolidare l'autonomia nel contesto familiare, stabilizzare il comportamento alimentare e, se necessario, raggiungere il range di peso stabilito.
10. Follow-up ambulatoriale

Progetto Riabilitativo Individuale (PRI)

in regime di Degenza Ordinaria

Paziente:

Contratto Terapeutico

Desideriamo informarla sulle direttive e sulle regole generali del nostro programma di trattamento, sulle norme principali alle quali facciamo riferimento per ogni decisione e accordo durante la Sua permanenza nel nostro Centro. Naturalmente terremo conto delle differenze individuali e adatteremo ogni intervento alla Sua situazione e agli obiettivi individuali della Sua cura.

Il trattamento sarà indirizzato, prima di tutto, al ripristino di un normale comportamento alimentare e, se necessario, anche di un peso normale. A questo scopo, abbiamo messo a punto un programma che tenderà via via a responsabilizzarla nella gestione dei sintomi della malattia per un loro graduale superamento.

Alcuni obiettivi finali del trattamento sono concordati con Lei, ma metteremo in prima linea alcune esigenze terapeutiche di base. Ciò significa, tra l'altro, che verrà stabilito un range di peso da raggiungere. Tutte le decisioni saranno prese nelle Riunioni d'Equipe, individualizzandole per ogni diversa condizione clinica e ogni Fase del trattamento.

Il trattamento è diviso in quattro Fasi.

Fase motivazionale (durata variabile): il suo scopo è l'avvio della riabilitazione nutrizionale fino al raggiungimento dello schema alimentare previsto dall'équipe, come pure di un'idratazione adeguata.

1° Fase (minimo tre settimane ; massimo sei settimane) : scopo principale è determinare aumenti ponderali controllati o stabilizzare il peso e normalizzare il comportamento alimentare.

2° Fase (minimo sei settimane ; massimo otto settimane) : stabilizzare un modello alimentare normale , gestito al self-service, conoscendo l'andamento del proprio peso ed avendo accettato il range da raggiungere. Inizia la ripresa di contatto con il proprio corpo attraverso la ginnastica dolce e con il mondo esterno attraverso le uscite riabilitative.

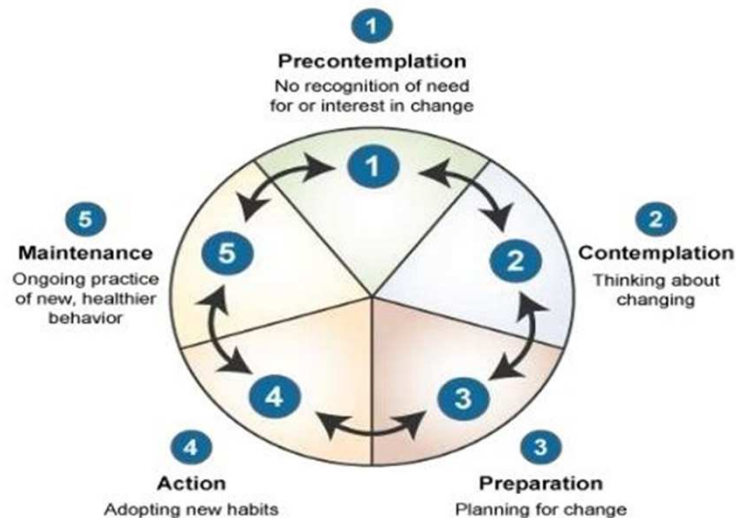
3° Fase (quattro settimane) : favorire il recupero dell'autonomia, stabilizzare il comportamento alimentare e, se necessario, raggiungere il peso stabilito.

La suddivisione in Fasi è un aspetto essenziale del trattamento. Il passaggio da una Fase all'altra non è determinato esclusivamente dal comportamento alimentare e dal peso : nella valutazione sono considerati anche gli aspetti psicologici e il coinvolgimento nelle attività terapeutiche. Ogni settimana, il Suo miglioramento sarà valutato dall'équipe multidisciplinare.

Modello di Prochaska e DiClemente: gli stadi del cambiamento

“Stages of change”

Transtheoretical model of behaviour change



Prochaska, DiClemente & Norcross (1992)

Il cambiamento non è un processo tutto-nulla, ma un processo **graduale** che attraversa **stadi specifici**, seguendo un percorso ciclico e progressivo

Il passaggio da uno stadio all'altro non è lineare, ma è un continuo oscillare/fluttuare tra uno stadio e l'altro (**modello a spirale**)

Gli stadi vengono inseriti in un **modello a ruota**: alcuni individui devono percorrerla molte volte prima di raggiungere i loro obiettivi a lungo termine (valorizzazione del fallimento)

Vi sono **strategie di intervento specifiche** appropriate allo stadio in cui il paziente si trova

Studio retrospettivo: 2000/2021 (1125 pz)

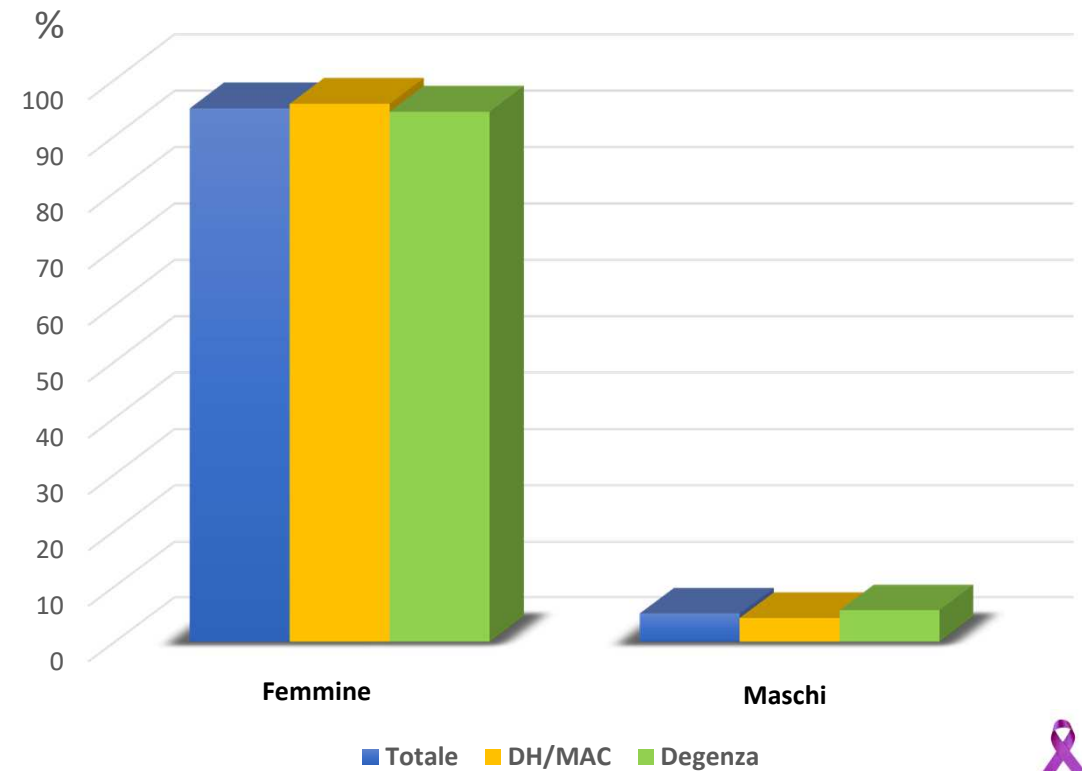
OBIETTIVO DELLO STUDIO: valutare ed analizzare l'efficacia dei modelli di trattamento riabilitativo psiconutrizionale del
Centro Pilota Regionale per la cura dei DCA

CRITERI DI INCLUSIONE	CRITERI DI ESCLUSIONE
Pazienti che hanno effettuato un ricovero presso il CDCA tra l'apertura del Centro e il 2021, in regime semiresidenziale e residenziale.	<ul style="list-style-type: none">- Pazienti ricoverati nell'arco di tempo intercorso tra l'inizio delle attività di cura del servizio e il 1999- Pazienti autodimessi- Pazienti che hanno subito un trasferimento presso altri reparti ospedalieri per acuti



Genere

Del campione totale di 1125 pazienti
il 94,9% è di sesso femminile.

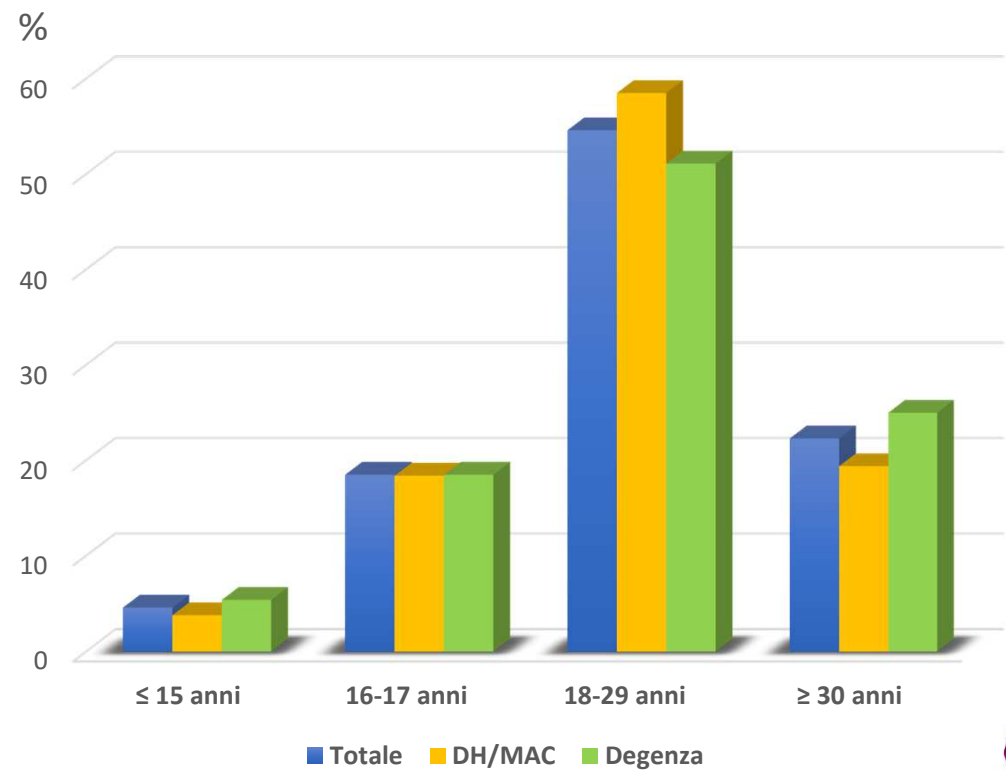


Età

Si riscontra una prevalenza della fascia di età 18-29 anni (54,6%).

L'età media del campione totale è di $24,27 \pm 8,36$ anni

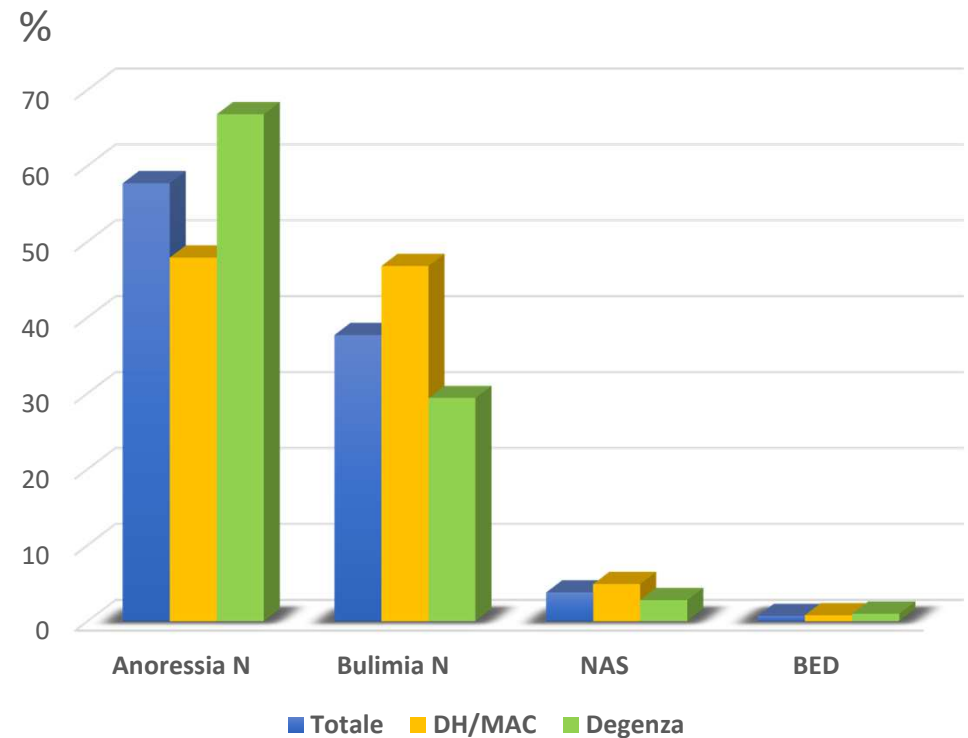
Si evidenzia, sul campione totale, un 4,6% di pazienti minori ≤ 15 anni, 18,5% tra i 16 e 17 anni, 54,6% tra i 18 e i 29 anni e 22,3% di adulti ≥ 30 anni



Tipologia di DNA

Del campione totale analizzato il 57,7% ha diagnosi di **Anoressia Nervosa**, il 37,8% ha diagnosi di Bulimia Nervosa, il 3,8% di Disturbo NAS e lo 0,7% di BED.

In regime di DH/MAC l'Anoressia Nervosa si attesta intorno al 48%, in Degenza ordinaria attorno al 67% del totale.



Durata trattamento: confronto AN vs BN

I pazienti con AN richiedono trattamenti più lunghi, soprattutto quelli ricoverati in regime di Degenza ordinaria che hanno anche un BMI medio all'ingresso più basso.

Considerando le fasce di età dei pazienti, sia nell'AN che nella BN, sono i minori ad avere durata di ricovero maggiore: i 16-17enni per l'AN e i minori di 15 anni per la BN.

Variabile	ANORESSIA N	BULIMIA N	P-value
TOTALE	100,11 ± 47,80	80,28 ± 33,24	0,000
DAY HOSPITAL/MAC Durata trattamento (giorni)	75,32 ± 38,55	76,86 ± 30,07	Non significativo
DEGENZA ORDINARIA Durata trattamento (giorni)	116,37 ± 46,31	85,33 ± 36,96	0,000
ANORESSIA N		BULIMIA N	
16 – 17 anni		≤ 15 anni	
DAY HOSPITAL/MAC		DAY HOSPITAL/MAC	
Durata trattamento (giorni)	79,09 ± 36,42	Durata trattamento (giorni)	79,17 ± 22,01
BMI ingresso (kg/m ²)	16,95 ± 1,76	BMI ingresso (kg/m ²)	21,35 ± 3,59
P-value	Non significativo	P - value	Non significativo
DEGENZA ORDINARIA		DEGENZA ORDINARIA	
Durata trattamento (giorni)	124,00 ± 40,07	Durata trattamento (giorni)	122,67 ± 41,04
BMI ingresso (kg/m ²)	15,08 ± 2,03	BMI ingresso (kg/m ²)	25,48 ± 9,81
P - value	0,027	P - value	Non significativo

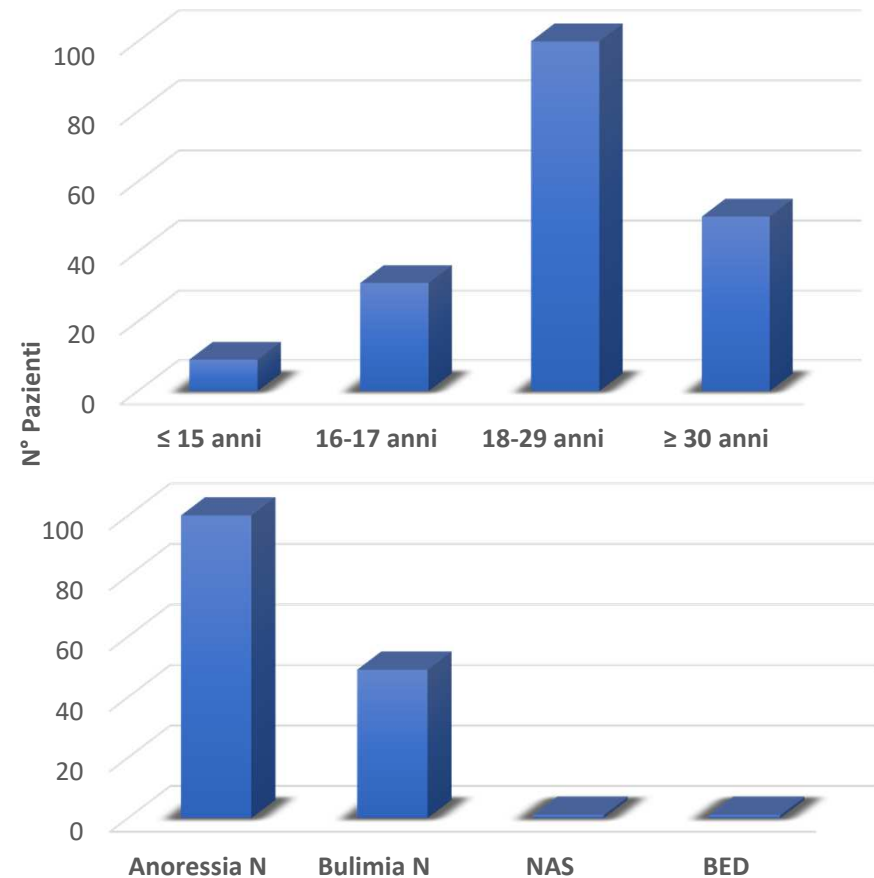


Autodimissioni

Il 16% dei pazienti totali si è autodimesso durante il programma di trattamento, con prevalenza nella fascia di età 18-29 (58,3%)

Le autodimissioni coinvolgono per il 69,1% i pazienti con Anoressia Nervosa e prevalgono nella Degenza ordinaria .

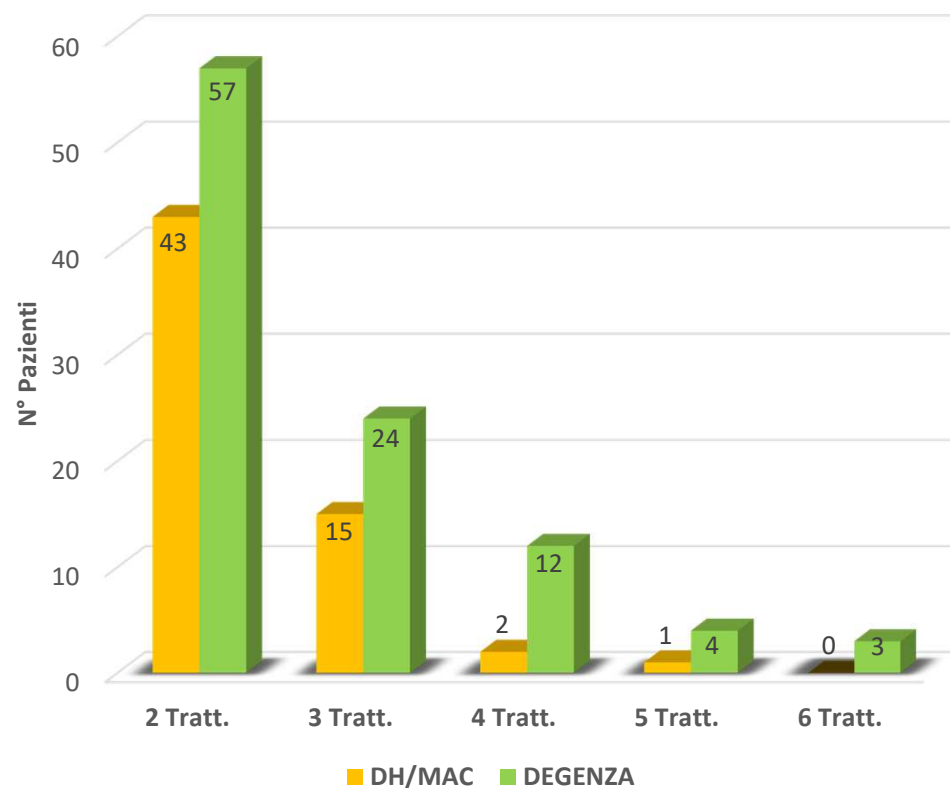
⇒ 84% di aderenza totale ai trattamenti: il lavoro motivazionale dell'équipe terapeutica risulta efficace.



Trattamenti ripetuti

L'11,5% dei pazienti ha avuto necessità di più di un trattamento a seguito di ricadute del disturbo.

→ nel confronto con percentuali di ricaduta segnalate in letteratura ben più elevate (35% Anoressia Nervosa), il dato non è da considerare in termini negativi in quanto ad efficacia del modello di trattamento



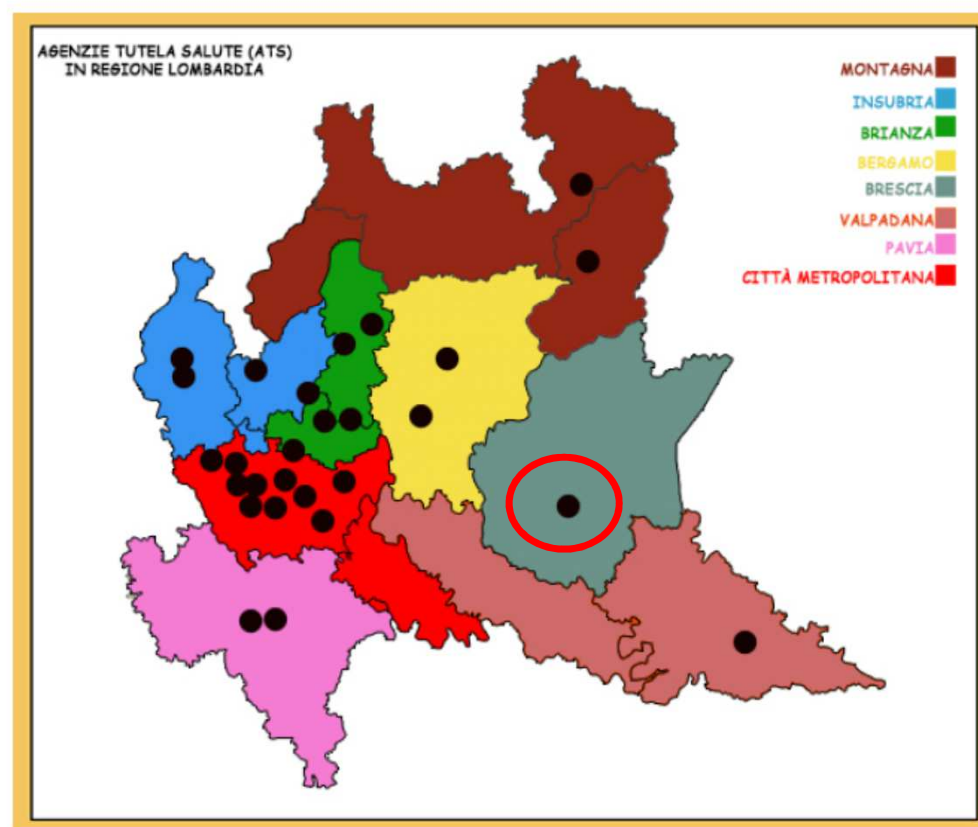
PIANO LOCALE di CONTRASTO ai DNA nel TERRITORIO di ATS BRESCIA ai sensi dell'intesa del 21/06/2022 (Dgr 7357/22) – 06/04/2023

- **Rafforzamento attività MAC** gestito da UONPIA e CDCA ASST Spedali Civili;
- **Incrementare i posti letti attivi** presso la riabilitazione ospedaliera CDCA che erogherà prestazioni verso la totalità del territorio di ATS Brescia;
- **Attivare l'equipe multidisciplinare dedicata al DNA in ogni ASST**, che supporta i servizi territoriali della salute mentale nella fase di valutazione e di predisposizione del progetto terapeutico individualizzato, anche in collaborazione con le Cure Primarie (MMG e pediatri);
- **Attivare una procedura di accesso ed invio, condivisa** tra gli stake holders con focus sul ruolo di MMG e PLS e strumenti idonei (mail, linea dedicata ai DNA);
- Definire un **percorso diagnostico iniziale di DNA** da includere nel sistema qualità di ogni ASST
- **Strutturare e realizzare percorsi formativi** a favore degli operatori della salute mentale, MMG, PLS, operatori dei servizi sociali, ecc.. con il supporto dell'equipe multidisciplinare;
- **Mappatura associazioni e servizi dedicati al DNA:**
- **Sensibilizzare e informare** terzo settore, volontariato, scuola, associazioni;
- **Attivazione del Tavolo Locale per la rete di Cura dei DNA** con funzione di coordinamento e monitoraggio.

Centri in LOMBARDIA: Gruppo di Approfondimento Tecnico (2017)

3. L'OFFERTA REGIONALE

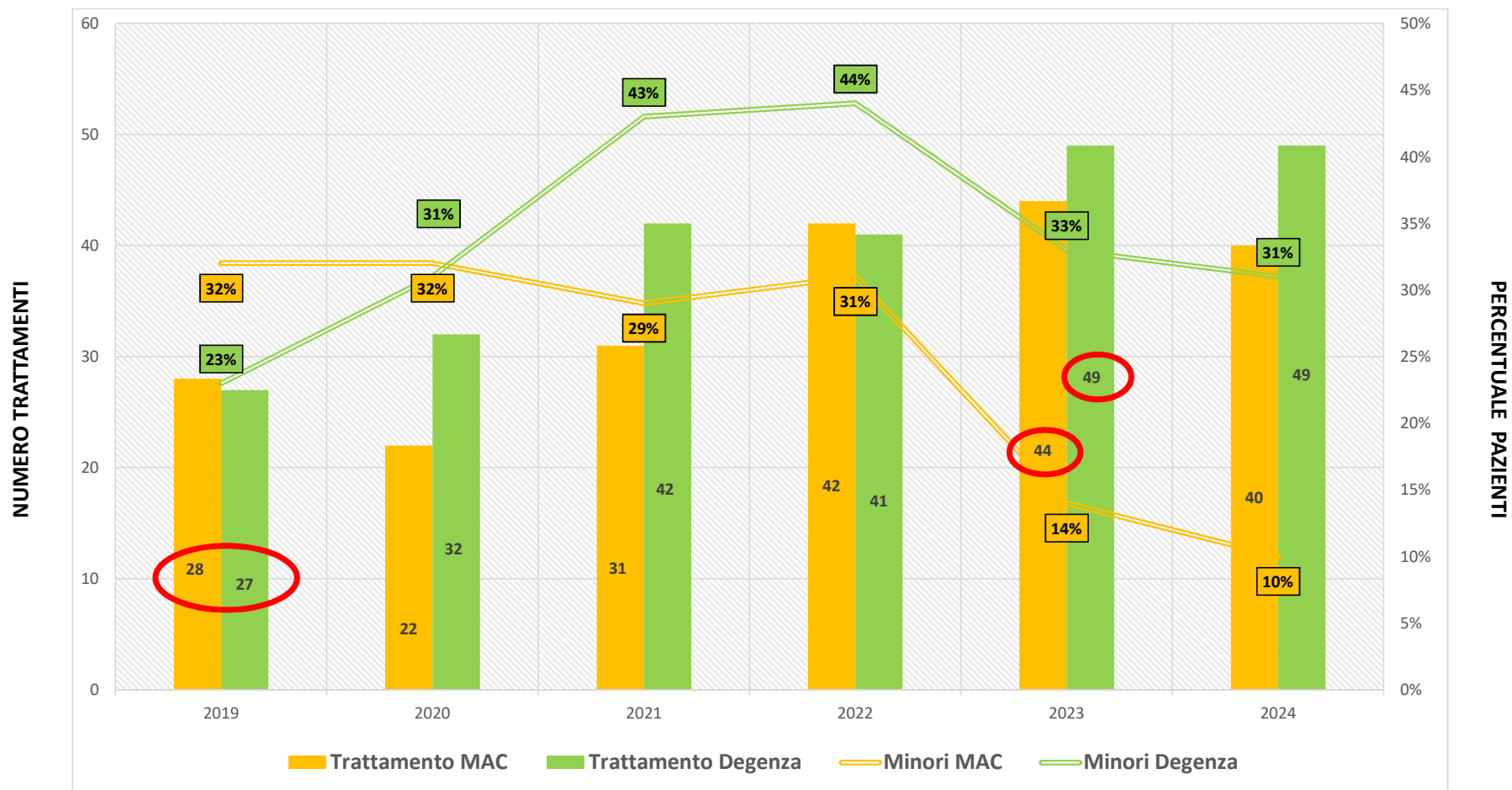
3.1. MAPPA/ELENCO DELL'OFFERTA DI SERVIZI SUL TERRITORIO REGIONALE



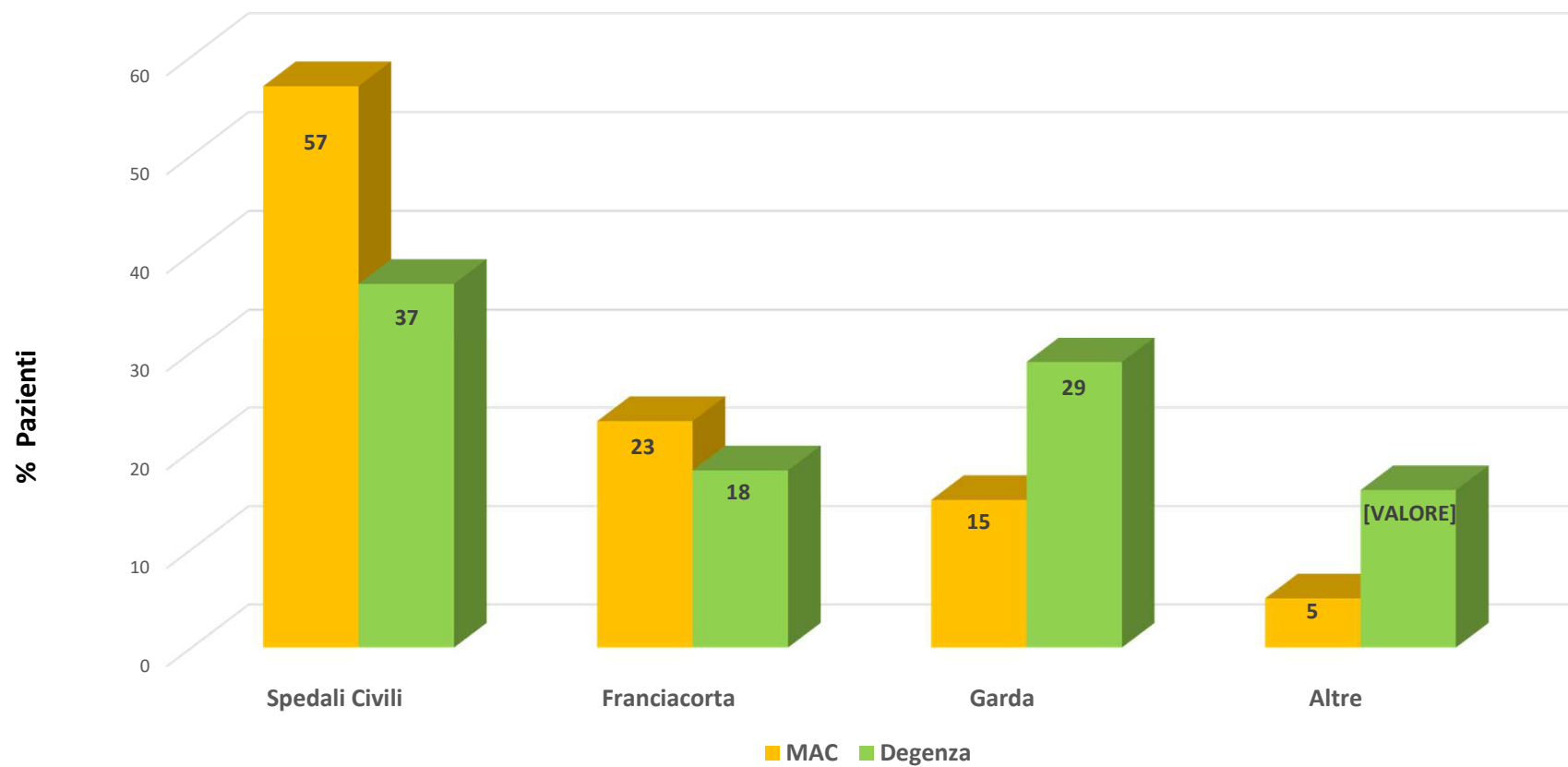
NUMERI 2023

	PRESTAZIONI				PZ in	Minori	Maschi		ATS Brescia		Valc.-BG-CR				
	TOTALI				carico			Sp. Civili	Franciacorta	Garda	MN-MI-TN-VR	18-25 aa	25-30 aa	over 30	
AMBULATORIO	6028				380	21% (80)	7% (26)	49% (188)	18% (68)	20% (76)	13% (48)	41% (155)	11% (44)	27% (101)	
	PRESENZE	Presenze	Trattamenti	AN	BN	Minori	Maschi				BG - MN	Dimissioni	Autodimiss.	Durata Media	
	TOTALI	die	TOT											Trattamento	
MAC	2064	8,3	44	37	7	14%	5%	54%	14%	23%	9%	33	9%	61 gg	
	SATURAZIONE	Posti Letto	Trattamenti	AN	BN	Minori	Maschi				Valc.-BG-CR	Dimissioni	Autodimiss.	Durata Media	NPI
			TOT								MN-TN			Trattamento	
DEGENZA	96%	10	49	43	6	33%	6%	33%	28%	23%	16%	39	15%	92 gg	14%

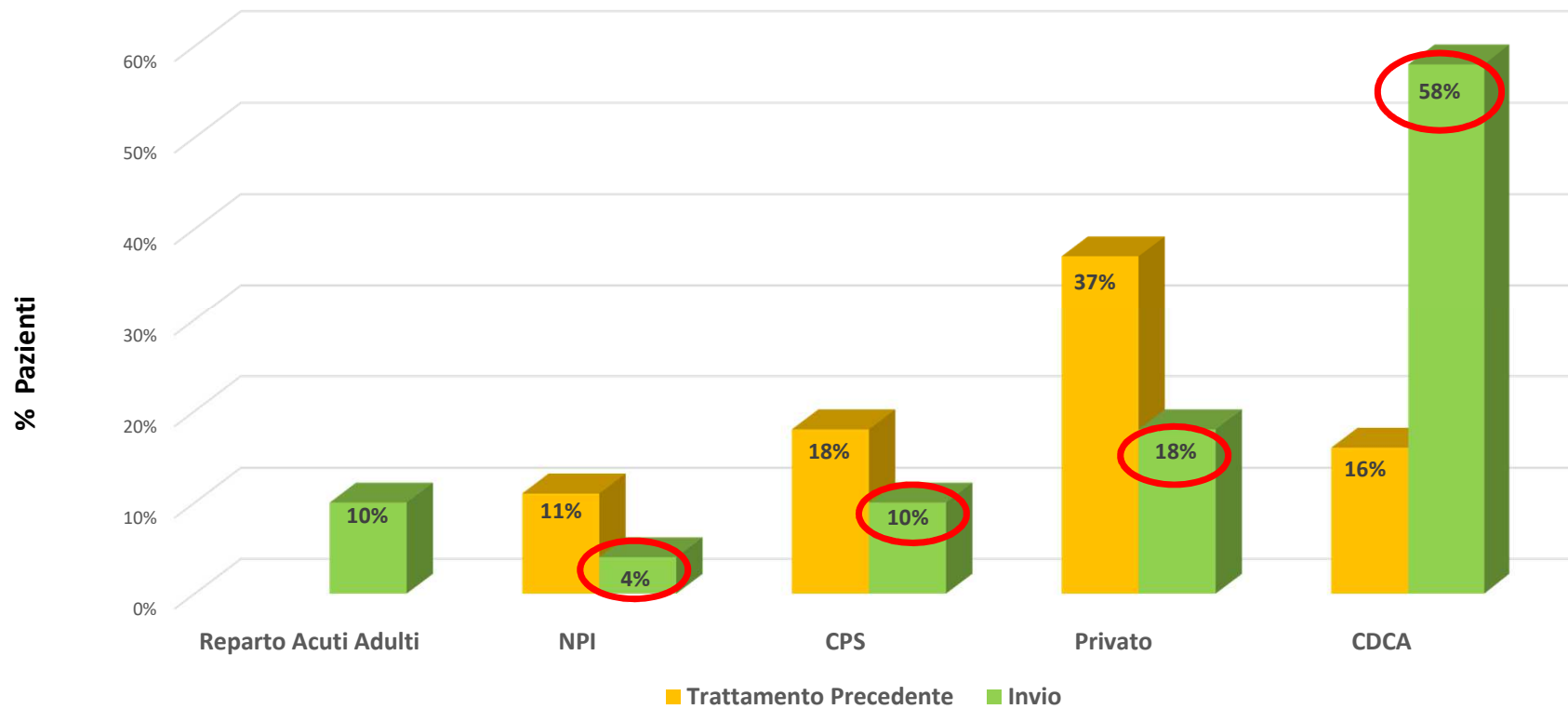
MAC - DEGENZA



2024 : ASST



2024 : Percorsi



SETTIMANA CDCA (MAC - DEG)

ORARI	LUNEDI'	MARTEDI'	MERCOLEDI'	GIOVEDI'	VENERDI'
9.30-10.30	Gr. Obiettivi MAC	Gr. Psicoeduc. MAC Gr. Obiettivi DEG	Gr. Spesa MAC Gr. Lettura DEG	Gr. Problem Solving MAC	Gr. Diari MAC Gr. Obiettivi DEG
10.15- 10.30	Spuntino	Spuntino	Spuntino	Spuntino	Spuntino
10.30-11.30	Videolezioni MAC	EQUIPE DEG	Videolezioni MAC	Videolezioni MAC	Videolezioni MAC
11.30-12.30	EQUIPE MAC Laboratorio Cucina DEG	Laboratorio Cucina MAC	Laboratorio Cucina DEG	Gr. Psicoeduc. DEG Laboratorio Cucina MAC	Gr. Obiettivi MAC Gr. Diari DEG Laboratorio Cucina DEG
12.00-12.30		Gr. Ginnastica Dolce DEG		Gr. Ginnastica Dolce DEG	
12.30-13.30	Pranzo	Pranzo	Pranzo	Pranzo EQUIPE ORGANIZ.	Pranzo
14.00-14.30	Gr. Restituzione MAC	Gr. Restituzione DEG			
14.30-15.30	Gr. Social Skills Training DEG	Gr. Social Skills Training MAC	Gr. Passeggiata DEG	Gr. Problem Solving DEG	Gr. Passeggiata DEG
15.30-16.00	Merenda	Merenda	Merenda	Merenda	Merenda
16.00-18.00	Videolezioni DEG Gr. FAMILIARI	Videolezioni DEG	Videolezioni DEG	Videolezioni DEG	Videolezioni DEG

ATTIVITA' RIABILITATIVE COMPLEMENTARI

- Arteterapia
- Pet Therapy
- Danzaterapia
- Laboratorio Make Up (Ed.SaluteAttiva)
- Assistenza Domiciliare Pasti (A.Gen.DA – AMA - La Zebra)
- Prevenzione Scuola Sec. (DiCiAmolo – Animenta - Rotary)
- Uscite Riabilitative (colazione, pranzo, merenda)
- Uscite Risocializzanti

Pronto Soccorso: il Codice Lilla

Un nuovo codice per accogliere i pazienti con disturbi dell'alimentazione e avviare da subito un adeguato percorso terapeutico

All'accoglienza del paziente:

- **Raccogliere dati** sul percorso terapeutico già eventualmente intrapreso, con particolare riferimento a figure sanitarie che conoscono il paziente
- **Ascoltare le informazioni fornite dai parenti**
- **Stabilire la gravità** dello stato del paziente (alcuni degli indici da considerare: peso corporeo, modalità della perdita di peso, pressione arteriosa, frequenza cardiaca, ECG, Glicemia, K, Na, Mg, P...)

Nei casi ad alto rischio (segni di instabilità dei parametri ematici e clinici) il ricovero ospedaliero è indicato; **nei casi a rischio altissimo il ricovero è assolutamente richiesto e riguarda esplicitamente il trattamento medico in acuzie**

Quando NON si ravvisa la necessità di un trattamento urgente in ambiente ospedaliero, si invia il paziente alla più vicina struttura specialistica riabilitativa multidisciplinare per i DCA

FUTURO

Obiettivi

PIANO DNA Regione e ATS (HUB & Spoke)

QUANTITÀ Vs QUALITÀ

TRANSIZIONE e RAPPORTO PRIVATO/PUBBLICO

MOTIVAZIONE al TRATTAMENTO/CAMBIAMENTO

FORMAZIONE

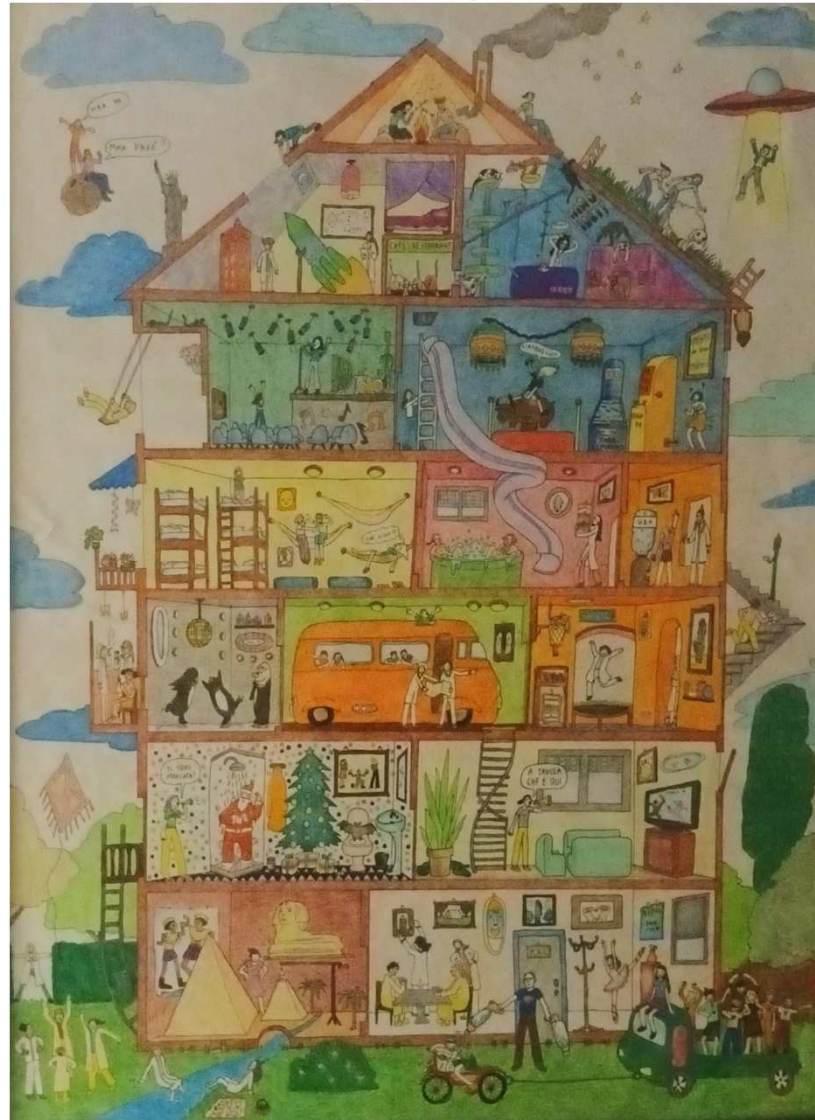
INFORMAZIONE

EPIDEMIOLOGIA

PREVENZIONE

CDCA

- Carmen Agnesini
- Angela Archetti
- Paola Arrivabene
- Daniela Balzarini
- Yamilè Barrera
- Marcella Bellinardi
- Stefania Benetti
- Roberta Bertella
- Lia Boventi
- Giovanna Cacciamali
- Mariangela Cancelli
- Martina Cavanna
- Rosanna Chiariello
- Maria Colaianni
- Mauro Consolati
- Colomba De Vicariis



- Elena Facchinetti
- Maura Macobatti
- Annalisa Moruzzi
- Arianna Oprandi
- Nadia Rubagotti
- Carla Sabatti
- Federica Silvestri
- Lara Simonini
- Gerta Sinaimeri
- Beatrice Soncini
- Anna Svanera
- Elisa Tabaglio
- Cecilia Tura
- Nicoletta Vitali
- Vittoria Zanelli
- Laura Zanotti