



PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

Organo della Sezione Regionale Lombarda della Società Italiana di Psichiatria (SIP-Lo)





SOMMARIO

AnnoXXXII • n. 2 • luglio – dicembre

PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

Organo della Sezione Regionale Lombarda della Società Italiana di Psichiatria (SIP-Lo)

Fondata e Diretta da:
Alberto Giannelli

Comitato di Direzione:
Massimo Rabboni (*Bergamo*)
Massimo Clerici (*Monza*)

Comitato Scientifico:
Claudio Mencacci (*Milano, MI*)
Gianluigi Tomaselli (*Treviglio, BG*)
Giorgio Cerati (*Legnano*)
Emilio Sacchetti (*Brescia*)
Silvio Scarone (*Milano*)
Gian Carlo Cerveri (*Milano*)
Arcadio Erlicher (*Milano*)
Simone Vender (*Varese*)
Antonio Vita (*Brescia*)
Giuseppe Biffi (*Milano*)
Mario Ballantini (*Sondrio*)
Franco Spinogatti (*Cremona*)
Costanzo Gala (*Milano*)
Gabriella Ba (*Milano*)
Cinzia Bressi (*Milano*)
Claudio Cetti (*Como*)
Giuseppe De Paoli (*Pavia*)
Nicola Poloni (*Varese*)
Antonio Magnani (*Castiglione delle Stiviere, MN*)
Gianluigi Nobili (*Desenzano, BS*)
Andrea Materzanani (*Iseo, BS*)
Alessandro Grecchi (*Varese*)
Francesco Bartoli (*Monza*)
Lucia Volonteri (*Milano*)
Antonino Calogero (*Castiglione delle Stiviere, MN*)

Segreteria di Direzione:
Giancarlo Cerveri

Art Director:
Paperplane snc

Gli articoli firmati esprimono esclusivamente le opinioni degli autori

COMUNICAZIONE AI LETTORI

In relazione a quanto stabilisce la Legge 675/1996 si assicura che i dati (nome e cognome, qualifica, indirizzo) presenti nel nostro archivio sono utilizzati unicamente per l'invio di questo periodico e di altro materiale inerente alla nostra attività editoriale. Chi non fosse d'accordo o volesse comunicare variazioni ai dati in nostro possesso può contattare la redazione scrivendo a info@psichiatriaoggi.it.

EDITORE:

Massimo Rabboni, c/o Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda Ospedaliera Papa Giovanni XXIII Piazza OMS, 1 - 24127 Bergamo
Tel. 035 26.63.66 - info@psichiatriaoggi.it
Registrazione Tribunale Milano n. 627 del 4-10-88
Pubblicazione semestrale - Distribuita gratuitamente tramite internet.

IN PRIMO PIANO

3 La vita inospitale
di Giannelli A.

17 Neuroscienze e psichiatria: quali relazioni?
di Borgna E.

SEZIONE CLINICO-SCIENTIFICA

22 "Houston, we've had a problem": la rappresentazione femminile nei contesti formativi psichiatrici
di Gesi C., Cerveri G., Carmassi C., Zanalda E., Merzagora F., Migliarese G., Carpita B., Mencacci C., Dell'Osso L.

32 Servizi psichiatrici e servizi per le dipendenze
Riflessioni sull'integrazione necessaria
di Ballantini M.

36 L'epistemologia freudiana: dal Progetto a L'interpretazione dei sogni
Sull'essenza della psicoanalisi
di Barbarossa M.

44 Un Protocollo Diagnostico Terapeutico e Assistenziale (PDTA) interaziendale, tra pubblico e privato, per i disturbi del comportamento alimentare
di Cozzaglio P., Greppo S., Cesena A., Mascheroni A., Tamburelli B.

52 La suicidalità nei servizi territoriali di un grande ospedale metropolitano
Studio descrittivo retrospettivo
di Porcellana M., Morganti C., Giacometti M., Lopes C., Maggioni S., Malagoli M., Martucci M., Papasidero J., Turturiello C., Percudani M.

56 La tossicità comportamentale dell'uso in cronico di farmaci antiepilettici
di Toscano M.

62 Programma Innovativo
Prevenzione e cura dei disturbi psichici per il periodo perinatale
di Brenna V., Cauli G., Corbani I., Corno F., Fisogni A., Gozzini C., Grecchi A., Iapichino E., Pari E., Piccinini G., Puzzini A., Quartieri B. M., Scovazzi P., Valentini G., Mazza U., Percudani E.M., Toscano M., Vergani L.

PSICHIATRIA FORENSE

70 Secondo la corte costituzionali in alcuni casi non è punibile l'aiuto al suicidio
Come può essere coinvolto lo psichiatra?
di Mantovani R.

IN COPERTINA: Alberto Giacometti, *Woman of Venice VII*, 1956
Art Gallery of New South Wales

Gli Operatori interessati a ricevere comunicazioni sulla pubblicazione del nuovo numero della rivista

PSICHIATRIA OGGI

possono iscriversi alla newsletter attraverso il sito:
www.psichiatriaoggi.it

Un Protocollo Diagnostico Terapeutico e Assistenziale (PDTA) interaziendale, tra pubblico e privato, per i disturbi del comportamento alimentare

Paolo Cozzaglio¹, Stefania Greppo², Anna Cesena³, Annalisa Mascheroni⁴, Barbara Tamburelli⁵

I Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) (Anoressia Nervosa, Bulimia Nervosa, disturbo di alimentazione incontrollata, ecc.) costituiscono un gruppo eterogeneo di condizioni patologiche e psicopatologiche complesse caratterizzate da sofferenza fisica e psichica ed alterazione della percezione del proprio corpo con possibili gravi disfunzioni nell'integrazione bio-psico-sociale della persona.

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) i Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) rappresentano un problema di salute pubblica in costante crescita nei Paesi Industrializzati: il tasso d'incidenza tende a aumentare e l'età di insorgenza tende sempre più ad abbassarsi. Un esordio precoce può comportare un rischio maggiore di danni permanenti secondari alla malnutrizione a carico dei tessuti che non hanno ancora raggiunto una piena maturazione (ossa, sistema nervoso centrale). È ampiamente documentato, inoltre, che la prognosi sia influenzata soprattutto dalla precocità e dalla continuità assistenziale e multiprofessionalità dell'intervento.

Da qui nasce l'importanza di un intervento tempestivo e precoce come indicato dalle linee guida internazionali, le indicazioni di *best practice* della Consensus Conference dell'Istituto Superiore di Sanità Italiana (Rapporto ISTISAN) dell'ottobre 2012.

Dalla recente pubblicazione in Regione Lombardia del "Documento conclusivo del gruppo di approfondimento tecnico regionale sui disturbi del comportamento

alimentare" del 18 Aprile 2017, la prevalenza di Anoressia Nervosa (AN), Bulimia Nervosa (BN) e altri disturbi del comportamento alimentare più o meno aspecifici si approssima - tra gli adolescenti e le donne adulte - rispettivamente intorno allo 0,5-1% per AN (M 5-10%), all'1-3% per BN (M 10-15%) e, nelle forme subcliniche caratterizzate da una minore gravità del quadro, intorno all'6-10% dei soggetti di sesso femminile.

In adolescenza, il rapporto di incidenza di malattia per genere (M:F) per AN è 1:9/10.

Secondo il Ministero della Salute, in Italia, le donne con AN sono circa 25.000, mentre quelle con BN sono circa 100.000.

Nell'Anoressia Nervosa e nella Bulimia Nervosa, l'età di esordio è in genere compresa tra i 15 e i 19 anni, mentre nel Binge Eating Disorder (BED) essa è distribuita in un intervallo più ampio (dall'infanzia alla terza età).

I disturbi del comportamento alimentare sono caratterizzati da una patogenesi multifattoriale e da una clinica complessa e variabile con manifestazioni psichiatriche e mediche. Sono patologie di variabile gravità contraddistinte da: marcata morbilità fisica e psicosociale; decorso protratto e tendenza alla cronicizzazione; elevata comorbilità psichiatrica; aumento del rischio di morte e elevato tasso di mortalità. L'anoressia e la bulimia rappresentano la seconda causa di morte tra gli adolescenti di sesso femminile, dopo gli incidenti stradali.

Alla luce di quanto riportato, è necessario definire un modello di intervento efficace in modo da disporre di un programma terapeutico ed organizzativo strutturato quale condizione indispensabile al raggiungimento di un'efficace operazione di diagnosi e cura.

A tale proposito, a fronte di una collaborazione già esistente tra ente pubblico e privato accreditato nel nostra ASST Melegnano-Martesana del territorio milanese, è stato istituito un gruppo di lavoro interdisciplinare, multidimensionale e pluriprofessionale integrato costituito da medici psichiatri, dietologi, psicologi psicoterapeuti, dietisti formati, infermieri specializzati ed educatori

professionali, che garantisce una condivisione di intenti e obiettivi terapeutici. È stato pertanto redatto un **Piano Diagnostico Terapeutico ed Assistenziale (PDTA)** specifico per le patologie in oggetto.

Presso l'ASST di Melegnano e della Martesana è, infatti, attivo da anni un Centro Ambulatoriale per la Diagnosi e Cura dei DCA, nato dalla collaborazione tra il Servizio di Dietologia e Nutrizione Clinica e la U.O.C. Psichiatria che garantisce ai pazienti affetti da DCA un setting di cura a livello ambulatoriale e di ricovero per acuzie e per riabilitazione in subcauto. Una presa in carico completamente efficace necessita però di un ampliamento dei livelli di cura che l'ASST non dispone in toto, da qui è nata la necessità di creare un percorso strutturale completo capace di assicurare il bisogno assistenziale di tali pazienti. La legge regionale 23/2015 relativa alla presa in carico dei pazienti cronici prevede inoltre anche la possibilità di garantire una continuità assistenziale mediante la creazione di percorsi integrati tra pubblico- privato. La collaborazione nel nostro caso avviene tra il Centro Ambulatoriale della ASST di Melegnano e Martesana e il Centro Fatebenefratelli "Sant'Ambrogio" di Cernusco sul Naviglio (Centro di riabilitazione psichiatrica dell'Ordine Fatebenefratelli di San Giovanni di Dio, privato accreditato e contrattualizzato con la Regione Lombardia), per quanto riguarda la cura in residenzialità e semi-residenzialità presso la Comunità Riabilitativa Alta intensità riabilitativa (CRA) e Centro Diurno "Beato Olallo Valdes" agevolato dalla presenza dello stesso nell'ambito territoriale della nostra ASST.

Per gestire in modo completo la psicopatologia del disturbo dell'alimentazione, l'intervento nutrizionale, volto a correggere i quadri di malnutrizione sia per difetto che per eccesso, deve essere supportato da un approccio psicologico che si declina nella valutazione psichiatrica, psicologica e nelle tecniche di intervento psicologico e sociale. È necessario anche tenere conto del fatto che la malnutrizione e le sue complicanze, se presenti, con-

tribuiscono a mantenere la psicopatologia del disturbo dell'alimentazione e ostacolano il trattamento psichiatrico/psicoterapeutico; viceversa, se al recupero del peso e all'eliminazione della restrizione dietetica calorica non si associa un miglioramento della psicopatologia ci sono alte probabilità di ricaduta.

Gli obiettivi a breve, medio e lungo termine della cura, possono dunque essere suddivisi per ambito di intervento:

1. Obiettivi medici: stabilizzazione delle condizioni cliniche e dei parametri vitali; stabilizzazione delle condizioni generali; recupero del peso naturale; superamento dei sintomi di controllo e discontrollo; gestione della comorbidità psichiatrica.
2. Obiettivi psicologici: lavoro sulla motivazione alla cura con il fine di acquisire una consapevolezza di malattia e promuovere la collaborazione al trattamento da parte del paziente e, dove possibile, del nucleo familiare; ristrutturazione cognitiva dei pensieri disfunzionali che mantengono la condotta alimentare; attenuazione distorsioni cognitive e disturbo percezione immagine corporea; miglioramento delle relazioni familiari; recupero della funzionalità sociale, lavorativa e scolastica; prevenzione e gestione delle ricadute.
3. Obiettivi nutrizionali: riformulazione del comportamento alimentare che porti il paziente verso il recupero di un peso naturale; riduzione degli episodi di controllo/discontrollo alimentare (restrizione/abbuffate) e le condotte compensatorie (vomito autoindotto, iperattività, uso di lassativi e diuretici); consolidamento dell'autonomia nella gestione del pasto e dei comportamenti disfunzionali; miglioramento della alterazione dell'immagine corporea e della dispercezione di sé; autonomia nella gestione della alimentazione a domicilio; acquisizione di competenze nutrizionali del paziente e della sua famiglia; diminuzione del conflitto con la famiglia in merito al cibo.

L'approccio psicologico e, in particolare, l'approccio psicoterapeutico rappresentano un tassello fondamentale per il trattamento dei DCA. Meno spazio ha il trattamento psicofarmacologico, ove non esistano delle importanti comorbilità psichiatriche. I modelli presenti nel panorama teorico-clinico sono eterogenei e vengono declinati, proposti ed utilizzati in relazione al setting, alla gravità della patologia e alle caratteristiche di personalità del paziente. Un'adeguata motivazione al cambiamento e al trattamento stesso e la stabilizzazione organica dei pazienti (escludendo stati di urgenza medica) sono condizioni necessarie e propedeutiche per intraprendere un efficace percorso psicoterapico. Gli studi randomizzati controllati che valutano l'efficacia delle diverse psicoterapie sono ampiamente eterogenei tra di loro e non giungono a decretare in modo assoluto la superiorità di un trattamento rispetto ad un altro. Alla luce del modello biopsicosociale, gli assunti di riferimento per il programma di cura in oggetto sono riassumibili in: assunti cognitivo-comportamentali; assunti psicoanalitico-psicodinamici; assunti sistemico – relazionali; assunti medico-biologici.

MODALITÀ DI ACCESSO AI PROGRAMMI DI CURA E TRATTAMENTO

Il *setting* terapeutico deve essere flessibile e personalizzato, in funzione dell'età, del tipo di DCA, del livello di rischio fisico e nutrizionale, del decorso e della fase e della eventuale comorbilità'. I livelli di cura definiti secondo la motivazione al trattamento (da buona a molto scarsa) e la gravità degli indicatori medici e/o psichiatrici, sono: 1) Percorso ambulatoriale intensivo (MAC); 2) Percorso semiresidenziale (Centro diurno); 3) Ricovero riabilitativo residenziale (comunità terapeutica); 4) Ospedalizzazione in acuto e/o in subacuto.

I diversi setting di cura devono essere in stretto contatto tra di loro in una sorta di "filiera" assistenziale con interventi appropriati e scalari, che garantiscano la continuità tra un livello assistenziale e l'altro per poter consentire una presa in carico continuativa e duratura del paziente.

Per facilitare la transizione del paziente tra i vari spazi di cure è necessario attuare e mantenere la realizzazione di una rete assistenziale integrata dove i diversi livelli assistenziali coesistano. Questa modalità permette di diminuire il drop out. La definizione del percorso di cura maggiormente idoneo è collegiale e condiviso tra le équipe dei diversi servizi.

1. Ambulatorio

La presa in carico ambulatoriale può avvenire per lo più per segnalazione da parte di altri medici (medico di medicina generale, pediatra, internista o altri specialisti) o direttamente da parte di pazienti o loro familiari. In proporzione minoritaria gli invii avvengono anche da parte dei medici che lavorano nei centri di salute mentale o nei consultori.

Il primo contatto prevede un appuntamento con medico nutrizionista. La valutazione diagnostica delle persone affette da DCA in ambulatorio deve comprendere diversi interventi in successione che hanno come obiettivo finale: diagnosi della tipologia di DCA secondo criteri DSM-5; definizione livello gravità sia dello stato fisico che mentale; valutazione dinamiche comportamentali, familiari, sociali.

La diagnosi internistico-metabolico-nutrizionale è indispensabile per definire le problematiche internistiche e nutrizionali e consente di porre un giudizio medico sulle possibilità di continuare il percorso in ambito ambulatoriale oppure di avviare il paziente ad altri livelli di intensità di cura. L'inquadramento diagnostico è caratterizzato da una valutazione anamnestica, da una valutazione delle condizioni cliniche e nutrizionali del paziente al fine di definire il grado di compromissione e di rischio organico, la possibilità clinica di collaborazione ad un percorso psicologico e la valutazione dei deficit psico-fisici e della competenza sociale presenti nel paziente al momento della diagnosi. 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 e un rapporto di collaborazione e fiducia.

Il primo colloquio di consulenza psicologica ha invece l'obiettivo di esaminare in modo dettagliato il problema o i problemi per cui il paziente si è rivolto al servizio e capire quale sia il percorso migliore per affrontarli. Viene raccolta l'anamnesi fisiologica, familiare e socio-lavorativa del paziente, viene indagata la sua storia clinica, ponendo attenzione all'esordio del disturbo alimentare. Il comportamento alimentare disfunzionale viene indagato attraverso la descrizione della sua evoluzione e soprattutto attraverso il significato che assume per il paziente soprattutto a livello relazionale.

La consulenza termina di regola con una proposta terapeutica e una delle valutazioni che vengono fatte con i pazienti durante la consultazione è quale forma di intervento sia più indicata per il loro caso specifico: una psicoterapia individuale; un coinvolgimento della coppia; in alcuni casi si valuta la possibilità di attivare tutte le risorse includendo, per tutte o per alcune fasi del lavoro terapeutico, i membri della famiglia. Il coinvolgimento della famiglia avviene sempre quando il/la paziente è un/a minore, viene concordato con pazienti maggiorenni ma che vivono e dipendono materialmente ed affettivamente dalla famiglia d'origine e in tutti quei casi in cui tra il paziente e i familiari si genera un paradosso tra l'appartenenza alla propria famiglia d'origine e la necessità di autodefinirsi. L'approccio clinico utilizzato, qualunque sia l'intervento terapeutico concordato, è sistemico-relazionale.

Infine, in caso di sospetto di comorbidità, la consulenza dello psichiatra del servizio pubblico valuta l'assetto psicopatologico del disturbo dell'alimentazione e la presenza o meno di altri disturbi psichiatrici concomitanti (disturbo di personalità, disturbi dell'umore, quadri psicotici).

L'equipe del centro ambulatoriale si incontra settimanalmente per definire i seguenti punti: designare il case manager che si occupa di tenere una visione di insieme del trattamento del paziente e che tiene i contatti con i servizi invianti, la famiglia e i medici invianti; discutere la tipologia del percorso terapeutico (setting terapeutico)

idoneo da intraprendere per i nuovi casi presi in carico; discutere dell'andamento dei casi in trattamento.

La fase diagnostica termina con il colloquio di restituzione in occasione del quale il dietologo case manager "restituisce" verbalmente in modo trasparente e con una relazione scritta per il medico inviante, gli aspetti diagnostici emersi dalle valutazioni psichiatriche e dalle valutazioni internistiche, ed illustra il *progetto terapeutico integrato* ritenuto più appropriato per le specifiche esigenze individuali.

La terapia ambulatoriale è considerata l'approccio di elezione per le persone affette da DCA e consente di mantenere in atto il progetto terapeutico senza modificare l'assetto di vita del paziente. È necessario però che tale intervento garantisca un reale approccio integrato che comprenda sia l'aspetto nutrizionale sia quello psicologico. L'intero iter terapeutico prevede un numero di 10 incontri ripetibili interdisciplinari in regime MAC.

2. Percorso semiresidenziale (Centro diurno)

La dimensione semiresidenziale extraospedaliera rappresenta un'opportunità di proseguimento terapeutico in ambiente protetto dopo una degenza ospedaliera resa necessaria dalla presenza di acuzie di tipo organico o anche un'alternativa possibile quando il trattamento ambulatoriale del disturbo sia insufficiente. Subentra qui, come per la successiva residenzialità, la collaborazione con il privato accreditato (Centro diurno "Olallo Valdes") che offre un percorso di cura riabilitativo. L'invio per contatto diretto da parte dell'ambulatorio ospedaliero con l'equipe del CD privato. Viene poi fissata ed effettuata una prima visita con il paziente.

Il colloquio iniziale valuta l'assetto psicopatologico del disturbo dell'alimentazione e l'eventuale disturbo psichiatrico concomitante (per lo più disturbo di personalità, disturbo dell'umore e d'ansia, quadri psicotici). È opportuno verificare che il programma proposto in CD sia idoneo per il paziente e che il disturbo dell'alimentazione non sia sintomatico di quadri clinici che necessitano di un

percorso in strutture più idonee per patologia psichiatrica. Se il paziente è idoneo a tale percorso si rende necessaria la formulazione di una richiesta del CPS di competenza in seguito alla quale il paziente viene inserito nelle liste d'attesa per il CD.

Le indicazioni alle cure in CD è indicato per pazienti che hanno difficoltà a modificare le loro abitudini alimentari con la terapia ambulatoriale standard e che hanno un ambiente familiare discretamente collaborativo con la terapia. Solitamente le indicazioni prevedono: la mancata risposta alle normali cure ambulatoriali; pazienti sottopeso che provengono da ricovero ospedaliero e devono consolidare o implementare gli obiettivi raggiunti e proseguire il recupero di un corretto approccio all'alimentazione; pazienti non sottopeso con elevata frequenza di episodi di abbuffate e vomito autoindotto o comunque che manifestano un difficile controllo dei sintomi; pazienti con lunga durata di malattia ("poor responders") che non hanno risposto a numerosi trattamenti ambulatoriali ben condotti. In altri casi il trattamento in struttura semiresidenziale può essere indicato come prima forma di cura, se il paziente ha bisogno di un supporto continuativo ai pasti. La terapia riabilitativa semiresidenziale è invece controindicata nei pazienti con condizioni di rischio fisico moderato-grave.

La lista d'attesa per il ricovero semiresidenziale, così come per quello residenziale, segue i criteri di gravità che rendono prioritario l'eventuale accoglimento del paziente e lo pongono nei primi posti. Essi sono: ricovero ospedaliero in corso recente, correttivo dello stato di denutrizione, con raggiungimento di una condizione metabolica e un BMI ancora a rischio di rapido peggioramento dopo la dimissione (<14) e necessità di stabilizzazione e riabilitazione intensiva; BMI limite ($= 14$) in peggioramento che renderebbe inidoneo l'accoglimento riabilitativo o alto rischio di ospedalizzazione; tendenza al rapido peggioramento delle condizioni fisiche: diminuzione di peso corporeo uguale o maggiore a 1 kg/settimana, ipotensione, squilibri idroelettrolitici, squat test patologico;

gravi sintomi che rendono problematico il mantenimento delle condizioni metaboliche: grave restrizione alimentare, episodi multipli di vomito giornaliero e/o intenso abuso di lassativi/diuretici, grave iperattività fisica.

Il focus del trattamento semiresidenziale in CD è diretto a: affrontare in modo più intensivo gli specifici ostacoli al trattamento ambulatoriale standard; proseguire e stabilizzare il programma di riabilitazione psiconutrizionale dopo un ricovero residenziale, come livello di cura propedeutico al trattamento ambulatoriale.

Il trattamento semiresidenziale in CD include una combinazione dei seguenti interventi: tre pasti assistiti al giorno; un colloquio psicologico settimanale; una visita psichiatrica settimanale; una visita internistica settimanale; il programma settimanale con la nutrizionista; attività riabilitative di gruppo; attività espressive psico-corporee.

Nelle fasi finali del trattamento semiresidenziale, il paziente deve essere incoraggiato a consumare sempre più pasti al di fuori dalla struttura così da agevolare il passaggio del trattamento al regime ambulatoriale standard. Il trattamento semi-residenziale ha il vantaggio di consentire al paziente di continuare ad affrontare il DA all'interno di una condizione più vicina a quella della vita ordinaria.

3. Ricovero riabilitativo residenziale in comunità terapeutica

Il trattamento riabilitativo dei DCA in Comunità Terapeutica prevede un intervento multidisciplinare integrato ad alta intensità di cura sulle 24 ore. Il contesto è quello della Comunità Terapeutica psichiatrica che prevede la partecipazione attiva del paziente al trattamento, favorendo la relazionalità e il divenire soggetto del proprio percorso di cura. Avviene nel CRA "Olallo Valdes" come struttura privata accreditata.

È indicato e opportuno nelle seguenti circostanze:

- Prosecuzione del trattamento riabilitativo dopo ricovero ospedaliero (passaggio a livello inferiore d'intensità di cure) nei casi in cui il trattamento semiresidenziale

in CD o ambulatoriale siano ancora prematuri sulla base della valutazione clinica integrata (pazienti sottopeso che devono ancora recuperare sufficienti obiettivi psiconutrizionali e aderire a un corretto approccio all'alimentazione).

- Il livello di gravità e comorbilità (disturbi di personalità) è elevato, ma le condizioni metabolico-nutrizionali non richiedono un ricovero ospedaliero (la presenza di rischio fisico derivante da comportamenti inappropriati che rende insufficiente il trattamento ambulatoriale o semiresidenziale).
- L'impatto del DCA sulla disabilità e sulla qualità di vita del paziente è importante.
- Il paziente necessita di un opportuno e momentaneo allontanamento dal proprio ambiente di vita per difficoltà psicosociali (ad esempio per detendere l'emotività intrafamigliare o i conflitti).
- Gli interventi da mettere in atto sono numerosi e complessi ed è opportuno, per ragioni sia cliniche che economiche, concentrarli in tempi medio-brevi secondo un progetto coordinato
- Pazienti con lunga durata del DCA ("poor responders") che non hanno risposto a numerosi trattamenti ambulatoriali ben condotti e per cui il trattamento in CD non è sufficiente.
- I precedenti percorsi a minore intensità non hanno dato i risultati attesi e il rischio per lo stato di salute del paziente tende ad aumentare.

Gli obiettivi del trattamento residenziale mirano all'incremento dell'indice di massa corporea (da valutare per ogni singolo caso); al mantenimento del peso entro oscillazioni fisiologiche (circa 3 kg) per i pazienti normopeso; alla riduzione delle condotte di compenso; alla riduzione delle abbuffate; al miglioramento della sintomatologia psichiatrica generale.

Gli obiettivi terapeutici vengono raggiunti, in genere, in un periodo di 6 mesi prolungabile di volta in volta e fino ad un massimo di 18 mesi per i casi più gravi sulla base della valutazione clinica e in collaborazione con

l'ambulatorio inviante, che autorizza anche le eventuali prosecuzioni ritenute necessarie.

Il percorso terapeutico offerto è analogo a quello del CD, ma più intensivo e continuativo, con la presenza di personale infermieristico ed educativo sulle 24 ore. Anche il percorso psicoterapico, individuale e di gruppo, è più intensivo. Non ultimo è lo "scambio relazionale informale" che avviene con il personale di continuo, al di fuori delle attività riabilitative terapeutiche e strutturate. È noto e validato nella letteratura internazionale come questo scambio relazionale informale contribuisca in modo rilevante alla terapeuticità del percorso comunitario.

Il percorso residenziale dei pazienti trattati e dimessi da un ricovero ospedaliero può prevedere l'accesso in regime di post-acuzie residenziale psichiatrico, per continuare e favorire l'intervento riabilitativo.

Al momento della dimissione dalla CRA Olallo Valdes il paziente viene rinviato al Centro Ambulatoriale per la diagnosi e cura DCA, previa discussione équipe allargata per l'individuazione dell'eventuale prosecuzione dell'intervento terapeutico nutrizionale. Qualora sia possibile la psicoterapia sarà svolta nell'ambito dell'Ambulatorio DCA da psicologi in collaborazione con la psichiatra consulente.

In carenza di figure psicoterapiche stabili all'interno dell'Ambulatorio sono consigliate terapie psicologiche, possibile collaborazione con scuole o associazioni psicoterapiche specializzate nella cura dei DCA.

In casi di acuzie psichiatrica durante il ricovero in residenzialità il paziente viene riaffidato al SPDC di competenza previo accordo con il Centro inviante. Nel caso, invece, di condizioni psichico-metaboliche critiche o peggiorate è indicato il ricovero ospedaliero nel reparto di Dietologia.

4. Ospedalizzazione in acuto o in subacuto

I DCA sono malattie mentali che comportano gravi danni somatici. In alcune situazioni critiche si rende

necessario il ricovero in acuto che ha principalmente lo scopo di risolvere o tamponare una fase critica ad alto rischio per la vita, trattare le complicanze mediche e indirizzare a trattamenti successivi già in corso o da istituire ex novo. La durata del ricovero è protratta solo per il tempo necessario a garantire il superamento della fase acuta.

Il ricovero può essere attuato in reparti internistici per il trattamento delle complicanze mediche urgenti e della malnutrizione grave o in reparti psichiatrici per la gestione del rischio suicidiario e della comorbilità psichiatrica.

Le indicazioni per il ricovero medico riguardano, oltre che un sottopeso grave (BMI < 13), situazioni di gravità metabolica, cardiologica o di disfunzione d'organo (bradicardia grave, aritmia cardiaca o QTc abnormemente allungato, ipotensione ortostatica grave, squilibri elettrolitici, disidratazione grave, ecc.). In alcuni casi selezionati durante il ricovero ospedaliero può essere proposta la nutrizione artificiale tramite sondino naso-gastrico, affiancandola precocemente ad una concomitante alimentazione naturale. In ambito psichiatrico gli indicatori di gravità condizionante l'utilità di un ricovero in SPDC riguardano per lo più il comportamento suicidiario, gli atti autolesivi pericolosi e la comorbilità psichiatrica grave.

È fondamentale considerare come l'emergenza internistica dei DCA è spesso anche un'emergenza psichiatrica. Il ricovero deve pertanto essere possibilmente sempre multispecialistico integrato, ovvero in un ambito in cui le due funzioni internistiche e psichiatriche possano essere ben integrate.

Il ricovero ospedaliero può essere proposto anche in caso di sub-acuzie, con lo scopo di creare un'alleanza terapeutica col paziente assicurando comprensione, empatia, ascolto, gestire le difficoltà del paziente alla compliance terapeutica, valutare i fattori che perpetuano la malattia e il comportamento alimentare anomalo e migliorare lo stato di nutrizione e metabolico. La durata massima della degenza è di 40 giorni e prevede un intervento dietologico e psicologico/psichiatrico quotidiano.

Conclusioni

Abbiamo illustrato nel dettaglio il PDTA concordato tra le nostre strutture per evidenziare come il trattamento dei disturbi del comportamento alimentare sia complesso, articolato e necessiti di un approccio multifattoriale e multidisciplinare. Nell'articolare il programma ci siamo imbattuti con alcune criticità che dovranno essere affrontate ulteriormente e che qui accenniamo.

1. I criteri di accreditamento per le strutture psichiatriche sono ancora troppo rigidi e non tengono conto a sufficienza della specificità della cura. Nel caso dei DCA, ad esempio, non è previsto in organico per le attività riabilitative la figura del medico internista (o dietologo o endocrinologo) e del dietista, figure che sono indispensabili al trattamento. Vi è il limite assoluto di accoglimento in comunità psichiatrica a partire dalla maggiore età, quando i dati epidemiologici vedono una progressiva diminuzione dell'età di insorgenza dei DCA e la fascia più rappresentativa tra i 15 e i 22 anni. Il CRA Olallo Valdes sta promuovendo una richiesta di deroga ad hoc presso la Regione Lombardia, con tutte le difficoltà che si possono immaginare nel promuoverla.
2. L'eccessiva territorialità delle cure psichiatriche che impongono una presa in carico dei pazienti che affluiscono agli ambulatori per DCA e alla residenzialità da parte di CPS anche territorialmente distanti. Questo comporta una evidente difficoltà di contatto e di continuità delle cure, oltre che un rallentamento dei tempi di ricovero.
3. La poca sensibilità, a tutt'oggi, dei servizi psichiatrici territoriali alla presa in carico di pazienti con disturbi del comportamento alimentare. Queste patologie psichiatriche – e ribadiamo: non certo solo mediche – vengono ancora misconosciute nonostante la rilevanza che viene data al fenomeno dai mass-media. Soprattutto sono considerate patologie di ambito eccessivamente specialistico con la conseguente riluttanza alla presa in carico nei servizi pubblici.

Questa considerazione vale anche per la valutazione di questi pazienti quando giungono in Pronto Soccorso o sono ricoverati in reparti di medicina generale o in pediatria.

AFFERENZA DEGLI AUTORI

1. *Primario Area Psichiatrica Centro Sant'Ambrogio FBF
Cernusco s/N;*
2. *Aiuto psichiatra CRA Olallo Valdes;*
3. *Psichiatra UOC Psichiatria ASST Melegnano e Martesana;*
4. *Responsabile UOSD Dietologia e Nutrizione Clinica ASST
Melegnano e Martesana;*
5. *Dietista UOSD Dietologia e Nutrizione Clinica ASST
Melegnano e Martesana.*

COME SI COLLABORA A PSICHIATRIA OGGI

Tutti i Soci e i Colleghi interessati possono collaborare alla redazione del periodico, nelle diverse sezioni in cui esso si articola.

Per dare alla rivista la massima ricchezza di contenuti, è opportuno, per chi lo desidera, concordare con la Redazione i contenuti di lavori di particolare rilevanza inviando comunicazione al Direttore o la segreteria di redazione, specificando nome cognome e numero di telefono, all'indirizzo redazione@psichiatriaoggi.it

NORME EDITORIALI

Lunghezza articoli: da 5 a 15 cartelle compresa bibliografia e figure.

Cartella: Interlinea singola carattere 12, spaziatura 2 cm sopra e sotto 2,5 cm sin/dx.

Ogni articolo deve contenere nell'ordine:

- Titolo
- Cognome e Nome di tutti gli autori (c.vo, preceduto da di e seguito da asterischi)
- Testo della ricerca
- Affiliazione di tutti gli autori
- Indirizzo email per corrispondenza da riportare nella rivista
- Eventuali figure tabelle e grafici devono trovare specifico riferimento nel testo
- Ringraziamenti ed eventuali finanziamenti ricevuti per la realizzazione della ricerca
- Bibliografia: inserire solo i riferimenti bibliografici essenziali: massimo 25 titoli, numerati, disposti secondo ordine di citazione nel testo, se citati secondo le norme dell'INDEX medico, esempio:
 1. Cummings J.L., Benson D.F., *Dementia of the Alzheimer type. An inventory of diagnostic clinical features.* J Am Geriatr Soc., 1986; 34: 12-19.

Nel testo l'indicazione bibliografica dovrà essere riportata indicando tra parentesi il cognome del primo autore e l'anno di pubblicazione, ad esempio (Cummings, 1986).

I lavori vanno inviati all'indirizzo e-mail redazione@psichiatriaoggi.it in formato .doc o .odt. Nella mail dovrà essere indicato nome e cognome dell'autore che effettuerà la corrispondenza ed un suo recapito telefonico. Nella stesura del testo si chiede di evitare: rientri prima riga paragrafo, tabulazioni per allineamenti, più di uno spazio tra una parola e l'altra, a capo manuale salvo inizio nuovo paragrafo e qualunque operazione che trascenda la pura battitura del testo.



SIP-Lo

Sezione Regionale Lombardia
della Società Italiana di Psichiatria

Presidenti:

Mauro Percudani e Massimo Clerici

Segretario:

Carlo Fraticelli

Vice-Segretario:

Giovanni Migliarese

Tesoriere:

Gianluigi Tomaselli

Consiglieri eletti:

Mario Ballantini
Franco Spinogatti
Gianmarco Giobbio
Luisa Aroasio
Carla Morganti
Federico Durbano
Alessandro Grecchi
Camilla Callegari
Antonio Magnani
Laura Novel
Pasquale Campajola
Giancarlo Belloni
Marco Toscano
Antonio Amatulli
Caterina Viganò

RAPPRESENTANTI

Sezione "Giovani Psichiatri":

Francesco Bartoli
Giacomo D'Este
Filippo Dragona
Claudia Palumbo
Lorenzo Mosca
Matteo Rocchetti

Membri di diritto:

Claudio Mencacci
Giancarlo Cerveri
Emi Bondi
Pierluigi Politi
Emilio Sacchetti

Consiglieri Permanenti:

Alberto Giannelli
Simone Vender
Antonio Vita
Giuseppe Biffi
Massimo Rabboni