

ISS - Roma, 23.02.2018

“Disturbi dell’Alimentazione: sensibilizzazione, diagnosi precoce e prospettive future

# **I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE IN LOMBARDIA**

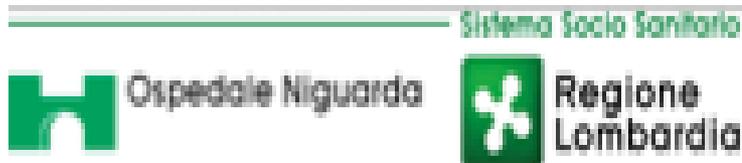
## **ASPETTI CLINICI E ORGANIZZATIVI TRA LIMITI E PROSPETTIVE**

**Ettore Corradi (\*) e Massimo Clerici (§)**

in collaborazione con Fabrizia Colmegna, Manuela Caslini e Luigi Zappa (§)

**(\*) ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, Milano**

**(§) DMC, Università degli studi di Milano Bicocca**



# Segnalibro

- I “confini” del nostro lavoro oggi: la situazione lombarda
- I problemi del ricovero
- Il valore delle Linee-Guida
- Elementi di criticità e prospettive



**GRUPPO DI  
APPROFONDIMENTO  
TECNICO  
SUI DISTURBI DEL  
COMPORAMENTO  
ALIMENTARE (DCA)**



Regione Lombardia

DECRETO N. 4408

Del 18/04/2017

Identificativo Atto n. 133

DIREZIONE GENERALE WELFARE

Oggetto

APPROVAZIONE DOCUMENTO CONCLUSIVO DEL GRUPPO DI  
APPROFONDIMENTO TECNICO REGIONALE SUI DISTURBI DEL COMPORAMENTO  
ALIMENTARE

Documento redatto dal gruppo di lavoro composto da: Alessandro Albizzati, Umberto Balottin, Massimo Clerici, Ettore Corradi, Giorgio De Isabella, Stefano Erzegovesi, Giovanni Gozio, Marco Missaglia, Marina Picca, Luigi Zappa, GianVincenzo Zuccotti

Coordinamento: Laura Lanfredini

Elaborazioni: Rosanna Guaiana

Segreteria: Graziella Civenti

*Si ringrazia il prof. Giorgio Rezzonico per il contributo relativo alla sezione sui Trattamenti psicoterapici*

**DOCUMENTO CONCLUSIVO**

### 3. L'OFFERTA REGIONALE

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

GRUPPO DI  
APPROFONDIMENTO  
TECNICO  
SUI DISTURBI DEL  
COMPORTAMENTO  
ALIMENTARE (DCA)

AGENZIE TUTELA SALUTE (ATS)  
IN REGIONE LOMBARDIA



### 3.2.1. STRUTTURE/SERVIZI PUBBLICI E PRIVATI DEDICATI AL TRATTAMENTO DEI DCA (FLUSSO SCHEDA DI RILEVAZIONE NAZIONALE DELLE STRUTTURE PUBBLICHE DEDICATE AL TRATTAMENTO DEI DCA)

Le strutture valutate in questo censimento sono 27: di queste, 14 sono adibite al trattamento dei soli pazienti adulti, 6 dedicate specificamente a pazienti di età ≤18 anni e 7 si occupano sia di utenti adulti che minori.

#### Strutture DCA/Adulti

Delle 21 strutture esaminate, 16 sono collocate in ambito ospedaliero, mentre le restanti 5 sono dislocate sul territorio.

La quasi totalità delle strutture (85,7%) dispone di un'offerta diversificata: ambulatori specialistici di psichiatria, per un numero totale di 27 ambulatori; 18 strutture dispongono di ambulatori specialistici di psicologia (per un numero totale 35 ambulatori). Il 66,6% di tali strutture, inoltre, usufruisce delle competenze di un ambulatorio per la nutrizione clinica.

Per quanto riguarda i differenti livelli di intensità di cura, sono a disposizione – in queste strutture – Unità ambulatoriali specialistiche, Centri Diurni, Day Hospital, Strutture Residenziali e Unità di ricovero ordinario. L'85,7% delle strutture oggetto dell'indagine offre un primo livello (Unità ambulatoriale), mentre i livelli di cura più intensivi sono meno rappresentati (dal 9,5 al 33,3%). Qualunque sia il livello di cura erogato e le attività cliniche che lo caratterizzano, le strutture garantiscono comunque una copertura media oraria settimanale di attività rivolte ai pazienti di circa 70 ore/settimana.

Dal punto di vista della valutazione diagnostica all'ingresso, tutte le strutture accettano di prendere in carico pazienti con DCA in comorbidità con altre patologie psichiatriche.

Sono solo 9, però, i servizi che dispongono di posti letto adibiti a ricoveri in condizioni di urgenza/gravità clinica: circa il 50% delle strutture ha la possibilità di trasferire i pazienti in condizioni di urgenza/gravità medica e/o psichiatrica in altri reparti dello stesso ospedale o dell'Azienda di riferimento. Nel caso si verifichi questa evenienza, 15 strutture su 21 sono direttamente e attivamente coinvolte nell'assistenza a questi pazienti nel corso del ricovero presso gli altri reparti.

GRUPPO DI  
APPROFONDIMENTO  
TECNICO  
SUI DISTURBI DEL  
COMPORTAMENTO  
ALIMENTARE (DCA)

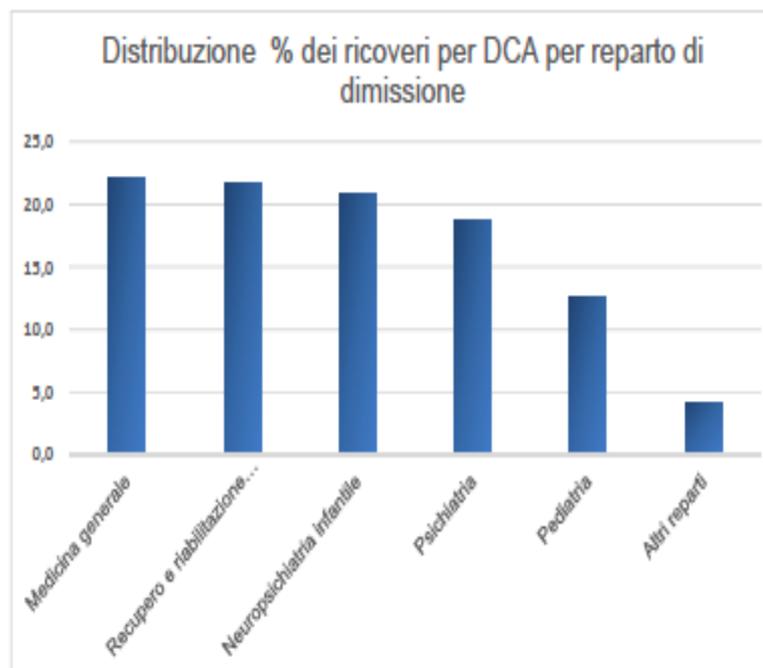
Per quanto riguarda le **caratteristiche dell'utenza** che si è rivolta al Servizio nel periodo selezionato dalle schede di rilevazione (01.09.14-30.09.15) è opportuno segnalare che:

- il numero medio **di prime visite** per Centro è risultato essere 170, con un numero di visite **complessive di 2.125**;
- il numero medio di utenti di sesso maschile è decisamente inferiore (circa 1/4 su un bassissimo numero di risposte al quesito) rispetto a quello delle pazienti di sesso femminile valutate nel periodo selezionato;
- le diagnosi più frequenti sono quelle di **anoressia nervosa (80% circa per le pazienti di sesso femminile)** e di **disturbo dell'alimentazione non altrimenti specificato** (altrettanto circa per i soggetti di sesso maschile).

### 3.2.3. RICOVERI OSPEDALIERI E TRATTAMENTO DELL'ACUZIE (FLUSSO SDO<sup>1</sup>)

Nel 2015 sono stati effettuati 2.368 ricoveri per disturbi del comportamento alimentare, valore pari allo 0,18% di tutti i ricoveri effettuati nell'anno in Lombardia (1.296.372)  
Il 68.25% (1.234) dei ricoveri per DCA è avvenuto per cause direttamente correlabili alla patologia, mentre nei restanti casi i ricoveri sono avvenuti per altre cause.

GRUPPO DI  
APPROFONDIMENTO  
TECNICO  
SUI DISTURBI DEL  
COMPORTAMENTO  
ALIMENTARE (DCA)



I ricoveri che hanno come prima diagnosi un disturbo del comportamento alimentare, avvengono prevalentemente nei reparti di medicina generale, recupero e riabilitazione funzionale, neuropsichiatria infantile e psichiatria.

### **3.2.4. PRESTAZIONI EROGATE IN REGIME AMBULATORIALE (FLUSSO 28/SAN<sup>2</sup>)**

Nel 2015 sono stati assistiti in regime ambulatoriale 1.504 pazienti di cui il 68% risulta essere di sesso femminile.

Per quanto riguarda le classi d'età, il 77% ha un'età inferiore o uguale a 24 anni. All'interno di questo gruppo di pazienti, il 64% ha un'età inferiore a 18 anni.

### **3.2.5. PRESTAZIONI EROGATE DAI SERVIZI PSICHIATRICI PUBBLICI E PRIVATI ACCREDITATI A CONTRATTO (FLUSSO 46/SAN<sup>3</sup>)**

**GRUPPO DI  
APPROFONDIMENTO  
TECNICO  
SUI DISTURBI DEL  
COMPORTAMENTO  
ALIMENTARE (DCA)**

#### **3.2.5.1. PRESTAZIONI AMBULATORIALI**

Nel corso del 2015 sono stati assistiti dai Centri Psico-Sociali (CPS) della regione 1.176 soggetti con diagnosi di DCA che rappresentano lo 0,8% dei pazienti seguiti.

#### **3.2.5.2. PRESTAZIONI EROGATE IN REGIME SEMIRESIDENZIALE**

Le persone che nel corso del 2015 hanno usufruito di un trattamento in regime semiresidenziale sono 67 (61 femmine e 6 maschi). Per quanto riguarda la diagnosi, il 57% dei soggetti che usufruiscono di un trattamento semiresidenziale presenta un disturbo

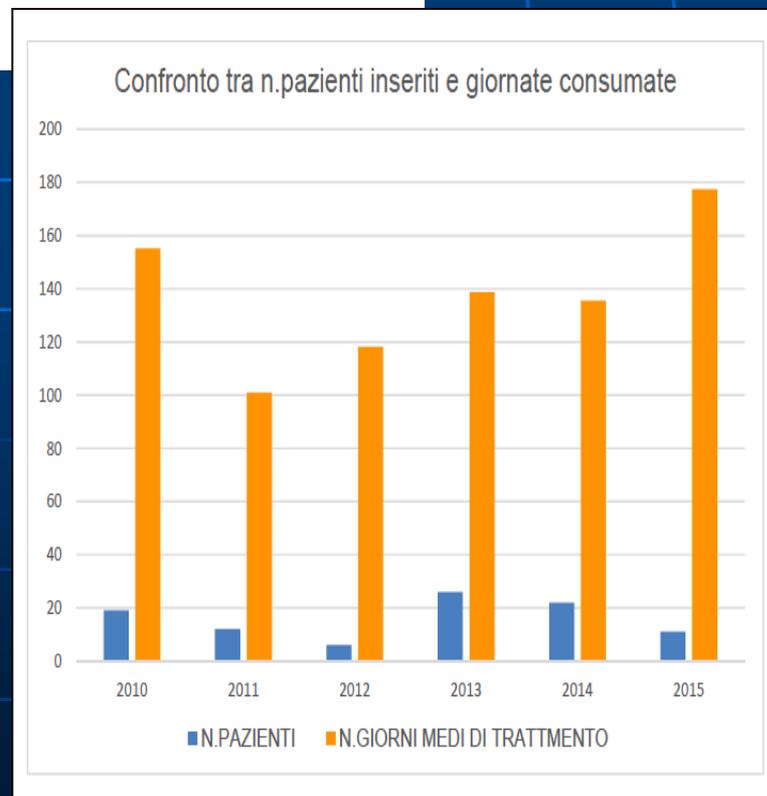
#### **3.2.5.3 PRESTAZIONI EROGATE IN REGIME RESIDENZIALE**

Nel 2015 sono 105 (di cui 88% di sesso femminile) i pazienti ricoverati in strutture residenziali, pubbliche o private accreditate a contratto con il Servizio Sanitario Regionale (nella quasi totalità dei casi strutture a elevata intensità riabilitativa e/o assistenziale).

### 3.2.6. PRESTAZIONI EROGATE IN REGIME RESIDENZIALE DA STRUTTURE EXTRAREGIONALI O REGIONALI NON A CONTRATTO CON IL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE (FLUSSO 43/SAN<sup>5</sup>)

GRUPPO DI APPROFONDIMENTO TECNICO SUI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE (DCA)

Nel corso del 2015 i soggetti ricoverati in strutture extra-contratto sono stati 11 – nella quasi totalità femmine – per complessive 1.952 giornate di trattamento.



# I PROGRAMMI INNOVATIVI R.L.

## ATS Citta di Milano

**Programma di Azioni Innovative per la Salute Mentale  
Percorso diagnostico terapeutico integrato ambulatoriale  
e/o semiresidenziale per i DCA area ex ASL Milano**

### PREMESSA



Il presente progetto è stato predisposto e condiviso dai Dipartimenti di Salute Mentale e delle Dipendenze (DSMD) delle ASST GOM Niguarda, ASST Rhodense, ASST Ovest Milano.

I diversi DSMD si impegnano a realizzare, nell'ambito del proprio specifico contesto organizzativo, ogni azione possibile per una implementazione delle attività coerenti con gli obiettivi del progetto e si impegnano ad operare in sinergia riguardo alla formazione degli operatori, alla raccolta dei dati e alla valutazione dell'esito degli interventi.

**2017**

# I PROGRAMMI INNOVATIVI R.L.

## SCHEDA DI SINTESI DEL PROGRAMMA INNOVATIVO

ANNO 2017

TITOLO DEL PROGETTO

CODICE: TR 61

“Valutazione multidimensionale e multidisciplinare per l’utente affetto da disturbi del comportamento alimentare con progetto terapeutico-riabilitativo individuale in struttura semiresidenziale”

**ASST MONZA**

### **PERSONALE**

Indicare le figure professionali coinvolte (specificare se esclusivamente dedicate al progetto)

- 2 Medici Psichiatra di ruolo (totale 15 ore/sett);
- 2 Infermieri di ruolo (una unità a 38 ore/sett e una unità a 5 ore/sett);
- 1 Educatore prof.le di ruolo (totale 27 ore/sett);
- 1 educatore Coordinatore di ruolo (totale 36 ore/sett)
- 2 Educatori Prof.li (libera professione, finanziati dal progetto innovativo TR61 e dedicati esclusivamente al progetto: una unità 20 ore/sett e una unità 30 ore/sett)
- 3 psicologhe (libera professione per 20 ore/sett cadauna);
- 1 dietista di ruolo (10 ore/sett);
- 1 Medico Internista (libera professione 20 ore/sett).

# I PROGRAMMI INNOVATIVI R.L.

## Risultati raggiunti:

Il progetto innovativo, a causa della rimodulazione e per l'acquisizione di risorse, ha dovuto coinvolgere nel progetto, di fatto ha avuto inizio nel Marzo 2017.

Si è potuto osservare come il processo diagnostico e di valutazione definito all'interno dell'ASST Monza ha facilitato la presa in carico e l'attivazione di percorsi terapeutico-riabilitativi di pazienti con DCA nel **Centro Diurno**, attraverso una maggior integrazione dell'equipe multidisciplinare dedicata. Ne è conseguita una migliore appropriatezza ed efficacia dei percorsi terapeutici intrapresi, con una precoce valutazione ed assunzione in cura dei pazienti affetti da DCA.

Nell'anno 2017 sono stati reclutati nel progetto TR61 n. 25 pazienti affetti da DCA.

Dei n. 25 pazienti reclutati nel progetto e valutati dall'equipe multi-professionale costituita da psichiatra, psicologi, dietista, internista, educatori professionali ed infermieri, n.7 pazienti sono stati inseriti in CD avendo l'indicazione della necessità di un programma riabilitativo per i DCA.

Le caratteristiche dei soggetti inseriti nel programma innovativo sono le seguenti: n.7 femmine di età compresa tra i 18- 33 anni con diagnosi di Bulimia Nervosa (n.3) e Anoressia Nervosa (n.4) con una frequentazione settimanale variabile (n. 4 pz. 5 giorni; n. 2 pz. 4 giorni; n. 1 pz. 3 giorni).

Tutte le pazienti reclutate hanno seguito le attività riabilitative organizzate all'interno del CD (n.7 pz. con attività di ristrutturazione alimentare; n. 7 pz. con monitoraggio attività ludica; n. 5 pz. con gruppo Atelier di pittura; n. 4 pz. con gruppo giardino; n. 5 pz. con gruppo lettura; n. 2 pz con gruppo alfabetizzazione emotiva e assertività).

# I PROGRAMMI INNOVATIVI R.L.

## ATTIVITA' SVOLTA

ASST MONZA

Numero di pazienti coinvolti nel periodo monitorato: 25

### Risultati attesi:

I risultati attesi sono inerenti principalmente a:

- 1) Raggiungimento di maggior conoscenze epidemiologiche sui DCA;
- 2) Presa in carico dell'utente affetto da DCA;
- 3) Attivazione di percorsi terapeutico-riabilitativi di pazienti con DCA all'interno del Centro Diurno;
- 4) Implementazione e stabilizzazione di servizi di consulenza multidisciplinari offerti da operatori del DSMD;
- 5) Passaggio dalla NPIA alla Psichiatria di soggetti affetti da DCA al compimento del 18° anno;
- 6) Sperimentazione e valutazione dell'efficacia dei modelli innovativi di intervento implementati;
- 7) Analisi dell'applicabilità del modello sperimentato;
- 8) Valutazioni specialistiche e diagnosi dell'utente;
- 9) Follow-up periodico del quadro clinico.

**Indicatori monitorati in aggiunta a quelli validati dalla DG Welfare e rilevati nel periodo monitorato**

Sul totale delle pazienti valutate dall'equipe multi-professionale DCA, il 50% è stato inserito nel percorso semiresidenziale di tipo riabilitativo che è tutt'ora in corso

# I PROGRAMMI INNOVATIVI R.L.

## SERVIZIO PER LA CURA DEI DCA

PRIMA VISITA PSICHIATRICA  
(apertura della cartella clinica)



Equipe

**Valutazione multidisciplinare integrata**



Valutazione psicologica

Valutazione medico internistica



Valutazione dietologica

Assunzione in cura presso:  
AMBULATORIO DCA

Preso in carico presso:  
CENTRO DIURNO DCA



Invio presso  
altro servizio

Ricovero /  
struttura  
residenziale DCA

No DCA:  
Invio presso altro  
servizio / CPS



## **Fondazione Maria Bianca Corno per la lotta contro l'Anoressia Nervosa ONLUS**



Nata dal desiderio di lasciare un segno tangibile e costruttivo - nel ricordo di Bianca - la Fondazione Maria Bianca Corno opera nel campo dei Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) dal 1997 e si propone di aiutare chi soffre di anoressia nervosa, bulimia e alimentazione incontrollata, fornendo un approfondito livello di conoscenze sia mediche che biopsicosociali e promuovendo attività di studio, ricerca clinica, formazione e prevenzione

**Sede legale:** *Via Zucchi, Monza MB*

**Sede operativa:** *Via Giordano 7, Monza MB*

**Sito web:**

[www.fondazionemariabiancacorno.org](http://www.fondazionemariabiancacorno.org)





**Fondazione Maria Bianca Corno  
per la lotta contro l'Anoressia  
Nervosa ONLUS**

## **SOSTEGNO ALLE ATTIVITA' CLINICHE**

- Dal 2001, la Fondazione collabora con lo staff dell'Ambulatorio dedicato alla cura dei DCA dell'Ospedale San Gerardo di Monza
- Dal 2013, ha sostenuto la realizzazione del Centro diurno e residenziale "La casa di Bianca" del Centro di Riabilitazione Psichiatrica Sant'Ambrogio - Fatebenefratelli di Cernusco sul Naviglio
- Dal 2014, la Fondazione ha collaborato con l'AO San Gerardo per la realizzazione di un ulteriore Centro diurno dedicato alla cura dei DCA, "La casa di Bianca" a Monza
- Dal 2018, sostiene le attività dell'Ambulatorio dedicato alla cura dei DCA dell'Ospedale di Treviglio-Caravaggio (BG)





**Fondazione Maria Bianca Corno  
per la lotta contro l'Anoressia  
Nervosa ONLUS**

## **SOSTEGNO ALLE FAMIGLIE DI PAZIENTI DCA**

L'attività principale della Fondazione riguarda il sostegno e il supporto delle famiglie con figli affetti da DCA attraverso:

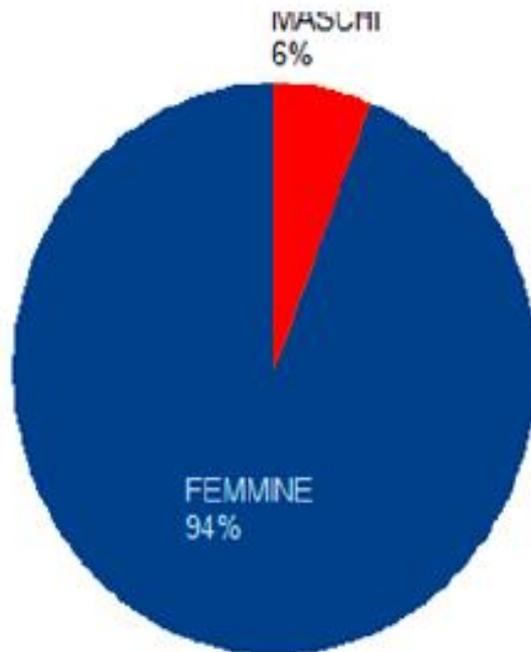
- la creazione di percorsi psico-educativi di gruppo rivolti ai genitori (progetto "Emozioni nel Cucchiaino", con il contributo della Fondazione della Comunità di Monza e Brianza)
- un servizio di counseling telefonico e orientamento verso le strutture territoriali per i DCA contattando il numero verde della Fondazione (800-724147)



# I PROGRAMMI INNOVATIVI R.L.

## Dati relativi ai pazienti ambulatoriali 2014-2016

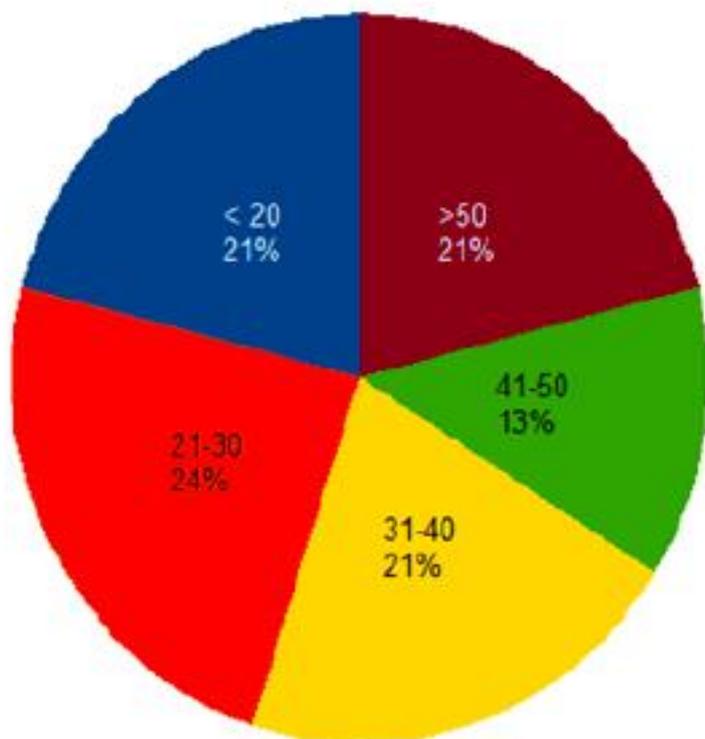
- N° pazienti che si sono rivolti all'Ambulatorio Psichiatria DCA da Novembre 2014 a Dicembre 2016: 243.
- N° pazienti che, dopo la prima visita Psichiatrica, sono stati presi in carico dall'Ambulatorio DCA: 196.



GENERE	N° PAZIENTI	PERCENTUALE
FEMMINE	184	94%
MASCHI	12	6%

# I PROGRAMMI INNOVATIVI R.L.

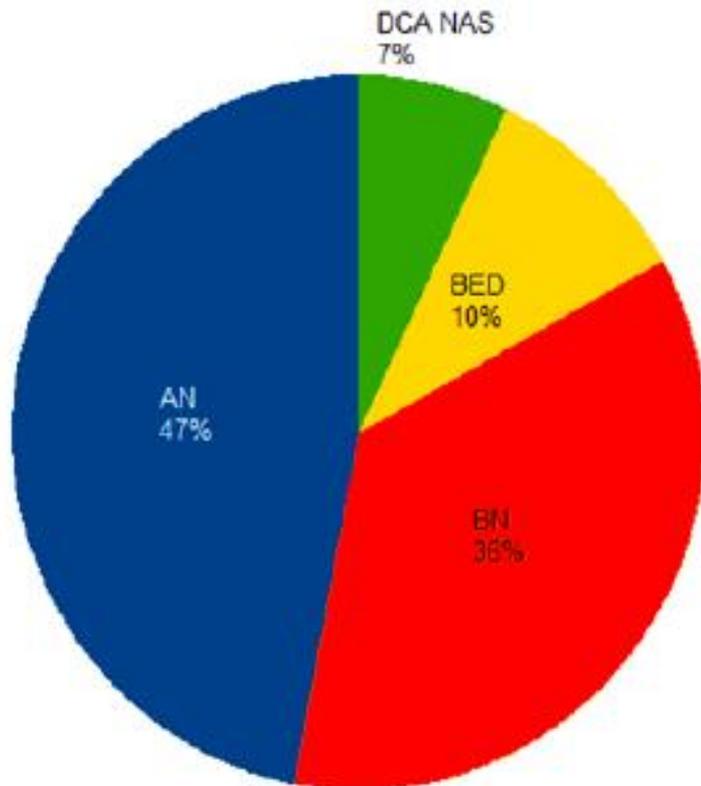
Dati relativi ai pazienti ambulatoriali 2014-2016



PAZIENTI	N° PAZIENTI	PERCENTUALE
< 20	42	21%
21-30	48	24%
31-40	42	21%
41-50	24	13%
>50	42	21%

# I PROGRAMMI INNOVATIVI R.L.

Dati relativi ai pazienti ambulatoriali 2014-2016



DIAGNOSI	N° PAZIENTI	PERCENTUALE
ANORESSIA NERVOSA (AN)	91	47%
BULIMIA NERVOSA (BN)	71	36%
EATING DISORDER (BED)	20	10%
DCA NAS	14	7%

# GRUPPO DI APPROFONDIMENTO TECNICO SUI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE (DCA)



DOCUMENTO CONCLUSIVO

Piano assistenziale in corso di ricovero ordinario di pazienti affetti da AN di grado severo ricoverate in Centro specialistico

	BMI <13 alto rischio	BMI < 15 rischio moderato
Riposo a letto e/o spostamenti in carrozzina	24 ore per la maggior parte dei pazienti (profilassi TVP) Valutazione rischio per vitalità tessuti Eventuale valutazione infermieristica per materasso antidecubito	Possono essere introdotti periodi di riposo a letto
Liquidi	Bilancio da misurare (supervisione) Contatto con dietista Approvvigionamento idrico in stanza per ridurre eventuale carico autogestito	Mantenere contatti con dietista per bilancio idrico Da considerare approvvigionamento in stanza
Docce/Lavaggi	Lavaggi solo sotto sorveglianza all'interno della camera da letto	Docce con supervisore consigliato
Bagno	Supervisione per garantire sicurezza fisica e preciso bilancio liquidi	Senza sorveglianza, ma con monitoraggio bilancio liquidi
Nutrizione	Collaborazione con dietista per quanto riguarda la sonda naso gastrica Supervisione fino a 30 minuti dopo il pasto Pasti concordati con dietista Monitorare gli effetti per sindrome da <i>refeeding</i>	Supervisione fino a 30 minuti dopo il pasto Pasti concordati con dietista
Permessi	Nessun permesso	Brevi periodi di permesso in carrozzina Nessun congedo se non accompagnati
Osservazioni cliniche	PA, FC e Tc e glicemia (Dtx) anche pluriquotidiana	PA, FC e Tc e glicemia (Dtx) a seconda benessere fisico

# I Disturbi del Comportamento Alimentare i trattamenti e i livelli di cura

... un adeguato programma di terapia per i DCA comprende trattamenti sia in regime di Ricovero Ordinario (RO) che di Day Hospital (DH), semi-residenzialità, residenzialità e lavoro psicologico affidati a un gruppo multidisciplinare di specialisti e personale appositamente addestrato (Halmi, 2009)

- |                  |   |
|------------------|---|
| <b>Livello 5</b> | ricovero ospedaliero                        |
| <b>Livello 4</b> | trattamento in centro residenziale          |
| <b>Livello 3</b> | day hospital<br>(ospedalizzazione parziale) |
| <b>Livello 2</b> | ambulatorio con frequenza intensiva         |
| <b>Livello 1</b> | ambulatorio con frequenza rarefatta         |

**APA PRACTICE GUIDELINE  
FOR THE TREATMENT OF PTS WITH ED  
(2006, 2013)**

# I SETTING. Criteri per il Ricovero

IN SINTESI, SI PUO' AFFERMARE COME NON ESISTANO  
ATTUALMENTE RISPOSTE CHIARE ED INDIRIZZI  
INSINDACABILI SULLA NECESSITA' DI  
OSPEDALIZZAZIONE  
(E DELL'EVENTUALE INIZIO DI UN PROGRAMMA DI  
NUTRIZIONE ARTIFICIALE)

**ESISTONO PERO' EVIDENZE CLINICHE CHE  
IL TRATTAMENTO OSPEDALIERO SIA UTILE**

*(APA, 2006, 2013; ANZ, 2014; NICE, 2017)*

nelle

**gravi malnutrizioni**

o laddove esista un rischio connotato da evidenti  
**implicazioni mediche o psichiatriche**

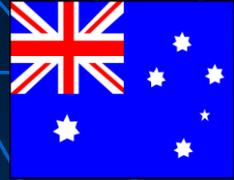
# Criticità RICOVERO vs ALTRI TRATTAMENTI

## VARIABILI DA CONSIDERARE

- **Tipologia Struttura** (psichiatria, NPI, medicina, pediatria, endocrinologia, nutrizione clinica, etc.)
- **Possibilità di intervento integrato** (di che tipo?)
- **Tipologia Pazienti** (adulti, pediatrici, adolescenti, con comorbidità, etc.)
- **Regime e tempi di degenza** (pubblico, privato accreditato, privato "puro"; a breve, medio, lungo termine; "motivazionale" supportato, etc.)

# LINEE GUIDA PER R.O. ADULTI

(Australian and New Zealand J of Psych, 2014; 48(11):1-82)



	Psic (BMI <14)	Med (BMI<12)
Sodio	< 130 mEq/l	< 125 mEq/l
Potassio	Sotto norma	< 3 mEq/l
Magnesio		Sotto norma
Fosfato		Sotto norma
<b>Rapido calo ponderale</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 1 kg/sett da alcune sett</li><li>• Intake &lt;1000 kcal/die</li><li>• Calo ponderale nonostante comuni trattamenti</li></ul>	
<b>Risk assessment</b>	Ideazioni suicidiarie Autolesionismo "Moderate to high agitation and distress"	



# LINEE GUIDA PER R.O. ADULTI



APA. A quick reference guideline, 2006, 2013

NICE guideline Published: 23 May 2017 [nice.org.uk/guidance/](https://www.nice.org.uk/guidance/)

- peso < 85% del peso sano
- frequenza cardiaca < 40 bpm
- PA < 90/60 mm/Hg
- glicemia < 60 mg/dL
- potassio < 3 mEq/L
- TA < 36 °C
- disidratazione
- compromissione epatica, renale o cardiov. che richiedano un trattamento acuto
- diabete scarsamente controllato

- Non utilizzare un peso assoluto o una soglia BMI
- Considerare i tassi di perdita di peso (es. > 1 kg/sett)
- Necessità di monitorare attivamente i parametri di rischio medico (es. esami del sangue, ECG, osservazioni fisiche)
- Fare riferimento a **BOX 1 MARSIPAN**
- Se i genitori o chi si prende cura di bambini e giovani non é in grado di sostenerli e proteggerli da danni significativi con la stessa attenzione di un paziente ricoverato

## Box 1 RISK ASSESSMENT IN ANOREXIA NERVOSA

1. Body mass index: weight (kg)/height<sup>2</sup> (m<sup>2</sup>)
  - anorexia <17.5
  - medium risk 13–15
  - high risk <13
2. Physical examination
  - low pulse, blood pressure and core temperature
  - muscle power reduced
  - Sit up–Squat–Stand (SUSS) test
3. Blood tests
  - sodium low: suspect water loading (<125mmol/l high risk)
  - potassium low: vomiting or laxative abuse (<3mmol/l high risk)
    - Note: low sodium and potassium can occur in malnutrition with or without water loading or purging
  - raised transaminases
  - hypoglycaemia: blood glucose <3mmol/l (if present, suspect occult infection, especially with low albumin or raised c-reactive protein)
4. ECG
  - bradycardia
  - raised QTc (>450 ms)
  - non-specific T-wave changes
  - hypokalaemic changes

# MARSIPAN: Management of Really Sick Patients with Anorexia Nervosa

College Report CR189

October 2014

# MARSIPAN: Management of Really Sick Patients with Anorexia Nervosa



College Report CR189

October 2014

The MARSIPAN working group arose out of concerns that a number of patients with severe anorexia nervosa were being admitted to general medical units and sometimes deteriorating and dying on those units because of psychiatric problems, such as non-adherence to nutritional treatment, and medical complications, such as re-feeding syndrome. Sometimes overzealous application of National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) guidelines led to death from underfeeding syndrome. In the present

The scope of the Guideline was to apply to:

- ✓ patients with severe anorexia nervosa (BMI <15)
- ✓ individuals admitted to medical wards or to specialist eating disorders units

# MARSIPAN: Management of Really Sick Patients with Anorexia Nervosa

## Box 10 SERVICES PROVIDED BY THE SEDU

We suggest that SEDUs be ready to provide all of the following services, which were found to be provided in the majority of the SEDUs that we surveyed:

- nasogastric insertion and feeding
- daily biochemistry
- frequent nursing observations
- prevention of symptomatic behaviours (water drinking, absconding, exercising, etc.)
- daily ECGs (and expertise at reading them)
- sedation of a resisting patient
- use and management of the Mental Health Act
- treatment of pressure sores
- immediate cardiac resuscitation.



We understand that some units would need to extend their range to meet these requirements. For example, some units currently do not accept patients under the Mental Health Act, but we would not regard this as acceptable in a service which may be the only specialist unit in a particular part of the country.

College Report CR189

October 2014

# Comorbidità EDs - SUDs

S  
U  
D  
E  
D

**Tassi di comorbidità elevati ma variabili data l'eterogeneità della definizione di SUDs ed EDs**



The National Center on  
Addiction and Substance Abuse

- **fino al 50% di pazienti EDs ha un SUDs vs 9% della popolazione generale**
- **fino al 35% di pazienti SUDs ha un Eds vs 3% della popolazione generale**

The comorbidity of substance use disorders and eating disorders in women: Prevalence, etiology, and treatment

Erin N. Harrop <sup>a,\*</sup>, G. Alan Marlatt <sup>b</sup>



<sup>a</sup> University of Washington, Seattle, WA 98195-1629, USA

<sup>b</sup> Department of Psychology, Box 35 1629, University of Washington, Seattle, WA 98195-1629, USA

**La comorbidità EDs – SUDs può determinare un incremento delle complicanze mediche e della psicopatologia, tempi di recupero più lunghi, peggiori outcome e maggiori tassi di ricaduta**

*(Courbasson et al, 2005; Harrop et al, 2010)*

**In donne con EDs, prevalenza tra 17% e 46%**

**In adolescenti femmine con EDs, i tassi di uso/abuso di sostanze risultano 20-40% superiori rispetto alle coetanee normopeso**  
*(Denoth et al, 2011)*

# Assessment e diagnosi

S  
U  
C  
C  
E  
D

*Assessment e diagnosi psichiatrica e necessità di stabilizzazione medica pre-trattamento della comorbidità*

## **CRITICITA' DA AFFRONTARE AL MOMENTO DELL'ASSESSMENT**

*(Bodel et al, 2013)*

*-Valutazione del rischio suicidario*



*-Sottostima diagnostica per difficoltà a riferire problematiche di comorbidità (vergogna/colpa) o resistenza al trattamento*

*-L'uso di alcol/droghe modula progressivamente le caratteristiche dell'ED, influenzando peso, appetito e restrizione dietetica e complicando il processo diagnostico (Killeen et al, 2011)*

### Author Manuscript

*Am J Addict. Author manuscript; available in PMC 2012 May 1.*

Published in final edited form as:

*Am J Addict. 2011 May ; 20(3): 205-211. doi:10.1111/j.1521-0391.2011.00122.x.*

**Assessment and Treatment of Co-occurring Eating Disorders in Privately Funded Addiction Treatment Programs**

Therese K. Killeen, PhD, APRN<sup>1</sup>, Shelly F. Greenfield, MD, MPH<sup>2</sup>, Brian E. Bride, PhD<sup>3</sup>,



# Assessment e diagnosi

## **Strumenti di screening sin dal livello primario delle cure**

*(Conanson et al, 2006)*

### **EDE-Q**

**CAGE (Mayfield et al, 1974)**

**TWEAK test (Chan et al, 1993)**

**AUDIT Test**

**MAST (Selzer, 1971; Ross et al, 1990)**

**ADS (Alcohol Dependence Scale)**

**DAST (Skinner, 1982)**

**Two Item Alcohol and Drug Screening Questions (Brown et al, 1997)**

**DSQ (Drug Screening Questionnaire)**

**Le interviste strutturate rimangono le migliori tecniche di assessment per le condizioni di comorbidità Eds/SUDs**

**Recognizing alcohol and drug abuse in patients with eating disorders**

A.H. CONASON<sup>1</sup>, A. BRUNSTEIN KLOMEK<sup>2</sup> and L. SHER<sup>1</sup>

*From the Divisions of <sup>1</sup>Neuroscience and <sup>2</sup>Child Psychiatry, Department of Psychiatry, Columbia University, New York, USA*

**EDs**

**SUDs**

S  
U  
D  
S  
E  
D

# Management

- trattamento simultaneo o che disturbo trattare per primo?

(Sansone e Sansone, 2007)

1. Il trattamento sequenziale può condurre all'incremento/ripresa di un disturbo quando l'altro migliora
2. I sintomi del disturbo non trattato possono interferire con il recupero dell'altro disturbo
3. Una gestione inadeguata può incrementare sintomi/ricadute di entrambi i disturbi comorbili
4. Attenzione ad altre diagnosi da co-gestire



***Gli studi  
che si  
occupano  
di EDs  
escludono  
pazienti  
con SUDs  
rendendo  
scarse  
le  
evidenze  
sulla  
gestione***

# Modalità di trattamento (Inpatient vs Outpatient)

*Le linee guida NICE suggeriscono sei mesi di programma ambulatoriale per pazienti EDs*

**ECCEPPO**

*in caso di interferenza di altre condizioni come SUDs*



**\* Stabilizzazione medica e Riabilitazione nutrizionale (Halmi, 2007)**

**\* Inpatient e outpatient treatment entrambi efficaci nel trattamento delle comorbilità SUD/ED (Franko et al. 2005)**

**\* Programma di trattamento EDs anche all'interno di programmi per SUDs**

**\* Necessità di follow-up individuale o di gruppo post-residenzialità**



National Collaborating Centre  
for Mental Health

## Eating Disorders

Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders

*67% dei Centri per addiction ammettono pazienti con sintomi ED moderati*  
*Solo il 21% ha programmi di cura specifica SUDs-Eds*  
***(Killeen et al, 2011)***

# Food Addiction

## Salute pubblica e Implicazioni di prevenzione

- *Incrementare l'informazione e la consapevolezza pubblica sui DCA*
- *Ridurre l'accessibilità all'addictive food attraverso incentivi e regolamentazioni*
- *Incorporare interventi di screening evidence based nella pratica clinica sulla popolazione generale*





## LEGGE CONSIGLIO REGIONALE N. 120

Evoluzione del sistema sanitario lombardo: modifiche al Titolo V e VIII della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)



**MOMENTO DI  
CONFRONTO SUL  
GOVERNO DELLA  
DOMANDA**

### Art. 1

(Modifiche al Titolo V della l.r. 33/2009)

1. Il Titolo V (Norme in materia di tutela della salute mentale) della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità) è sostituito dal seguente:

#### *“Titolo V*

*Norme in materia di tutela della salute mentale*

#### *Capo I*

*Disposizioni generali sulla salute mentale*

#### *Art. 53*

*(Area della salute mentale)*

1. *Per area della salute mentale, ai fini della presente legge, si intende l'insieme delle attività orientate a promuovere la tutela della salute mentale e del benessere psicologico e a contrastare gli effetti di esclusione sociale che i disturbi psichici e altre patologie o problematiche possono causare.*

2. *Afferiscono all'area della salute mentale gli ambiti delle dipendenze, della neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, della psichiatria, della psicologia e della disabilità psichica. La neuropsichiatria all'infanzia e dell'adolescenza può afferire funzionalmente all'area materno-infantile.*



# Regione Lombardia

## LA GIUNTA

DELIBERAZIONE N°

30/01/2017

Preside

Presidente

Oggetto

GOVERNO DELLA DOMANDA: AVVIO DELLA PRESA IN CARICO DI PAZIENTI CRONICI E FRAGILI  
DETERMINAZIONI IN ATTUAZIONE DELL'ART. 9 DELLA LEGGE N. 23/2015

FRANCESCO VECCALOSSÌ  
FRANCINA BORDONALI  
FRANCESCA BRIANZA  
CRISTINA CAPPELLINI  
LUCA DEL GOBBO

GIOVANNI FAVA  
GIULIO GALLERA  
MASSIMO GARAVAGLIA  
MAURO PAROLINI  
ANTONIO ROSSI  
ALESSANDRO SORTE  
CLAUDIA TERZI

Con l'assistenza del Segretario Fabrizio De Vecchi