

DELIBERAZIONE N. 464 DEL 13 MARZO 2009

**AREA GENERALE DI COORDINAMENTO ASSISTENZA SANITARIA, AREA GENERALE DI COORDINAMENTO ASSISTENZA SOCIALE, ATTIVITA' SOCIALI, SPORT, TEMPO LIBERO, SPETTACOLO – Prevenzione, trattamento e riabilitazione dei disturbi del comportamento alimentare e dell'obesità grave.**

**PREMESSO:**

- che in Italia circa 3 milioni di persone soffrono di disturbi del comportamento alimentare (DCA);
- che anoressia, bulimia ed obesità psicogena sono gravissime patologie rientranti nel campo delle sindromi compulsive maggiori;
- che nella categoria dei DCA non altrimenti specificati vanno incluse sindromi parziali in cui sono presenti solo alcuni dei sintomi propri dei DCA;
- che tali patologie colpiscono indistintamente il sesso femminile e quello maschile pur se con preferenze per il sesso femminile in età compresa tra i 14 ed i 18 anni;
- che la prevalenza dei DCA varia da 0,2 a 0,8% per l'anoressia nervosa con una incidenza di 4-8 nuovi casi annui per 100.000 abitanti; per la bulimia nervosa è stimata una prevalenza dello 0,5-1,5% con una incidenza di 9-12 nuovi casi annui per 100.000 abitanti;
- che in conseguenza di ciò i DCA rappresentano un grave problema di salute pubblica in termini sia di costi sociali sia di disabilità individuale.

**CONSIDERATO**

- che il numero di pazienti con elevata/elevatissima obesità ( $IMC > 50 \text{ Kg/m}^2$ ) appare in costante inarrestabile ascesa;
- che in Italia è significativo il gradiente tra Nord e Sud Italia. Per quanto riguarda, ad esempio obesità/sovrappeso le regioni meridionali hanno una prevalenza più elevata (28,7%) rispetto a quelle del nord (19,3%);
- che la Regione Campania risulta al primo posto in Italia per incidenza di obesità (ISTAT 2002) e, in età scolastica, il numero di soggetti con peso superiore alla norma ha superato il 55% nella provincia di Napoli;
- che l'obesità severa si accompagna ad un forte aumento di tutte le complicanze tipiche dell'eccesso di grasso corporeo come diabete, ipertensione arteriosa, insufficienza d'organo (cardiaca, respiratoria, epatica ecc.) colelitiasi, osteoartrite invalidante, elevato rischio di morte improvvisa (circa 60 volte superiore a quella di un soggetto normopeso);
- che secondo i dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, l'86% dei decessi, il 77% della perdita di anni di vita in buona salute e il 75% delle spese sanitarie in Europa e in Italia sono causati da patologie correlate all'obesità.

**VALUTATO**

- che la chirurgia dell'obesità rappresenta nei casi di obesità elevata/elevatissima l'unica soluzione possibile e che, in Italia, circa 1,5 milioni di pazienti potrebbero giovare di chirurgia bariatrica;
- che in Campania si stima in circa 90.000 le persone arruolabili dalla chirurgia dell'obesità;

**VERIFICATO**

- che i piani di programmazione nazionale e regionale e specificamente, in Campania, il Piano Sanitario Regionale, il Piano di Prevenzione ed il Piano materno infantile individuano il problema dei disordini alimentari tra quelli di maggiore rilevanza;
- che la cura dei pazienti con disturbi del comportamento alimentare può giovare, oltre che delle terapie tradizionali, anche di spazi di cura alternativi quali idonee residenze nelle quali il paziente possa vivere un'esperienza di terapia continuativa, integrata e scevra da effetti negativi quali quelli che potrebbero essere connessi al ricovero presso una struttura psichiatrica, per sua natura attrezzata e dedicata a pazienti con diverse necessità;
- che in strutture, quindi, appositamente concepite possa proseguire il percorso terapeutico iniziato durante la fase acuta e caratterizzato da prestazioni quali il counseling dietetico-nutrizionale, la psicote-

rapia, la farmacoterapia, l'attività motoria programmata, la riabilitazione dell'espressività emozionale e della percezione motoria;

- che in tali strutture si possa attuare anche un'opera di psicoeducazione e sostegno alle famiglie largamente provate, sia sul piano sociale, sia economico dalla gestione familiare di un paziente complesso;
- che in tali strutture si possa anche attivare un'opera di graduale reinserimento socio-lavorativo del paziente.
- che attraverso le medesime strutture si debba costruire una rete regionale di presidi ubicati a livello provinciale – od interprovinciale, a seconda della domanda – che possa calibrare adeguatamente l'offerta in base alle risorse effettivamente sostenibili ma, comunque, in base ad un sistema d'approccio comune, scientificamente aggiornato e condiviso secondo Linee – Guida diagnostico terapeutiche basate sui comportamenti più appropriati e giovevoli per la salute degli interessati.

#### **PRESO ATTO**

- che il Direttore Generale della ASL NA1 con nota prot. n. 0014939 del 20.2.2009 ha presentato un progetto denominato : “PREVENZIONE, TRATTAMENTO E RIABILITAZIONE DEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE E DELL'OBESITA' GRAVE consistente in due sottoprogetti :
  - o sottoprogetto A: ATTIVAZIONE DI UNA STRUTTURA RESIDENZIALE TERAPEUTICO-RIABILITATIVA PER I DISTURBI PSICOGENI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE NELLA REGIONE CAMPANIA
  - o sottoprogetto B: ISTITUZIONE DEL CENTRO PILOTA DI COMPETENZA REGIONALE PER LA PREVENZIONE E LA TERAPIA INTERDISCIPLINARE DELL'OBESITA' DI ALTO GRADO E REALIZZAZIONE DI UNA RETE REGIONALE INTEGRATA; ATTIVAZIONE DI UNA STRUTTURA RESIDENZIALE TERAPEUTICO-RIABILITATIVA PER OBESI GRAVI E PER OBESI DA SOTTOPORRE O SOTTOPOSTI A CHIRURGIA BARIATRICA;
- che il progetto presentato dalla ASL NA1 prevede la partecipazione in qualità di partner dei:
  1. Centro pilota regionale per i disturbi del comportamento alimentare (Dipartimento di Psichiatria AOU 2<sup>a</sup> Univesita' di Napoli)
  2. Centro di alta specializzazione per la terapia interdisciplinare dell'obesità di alto grado (Dipartimento di Chirurgia generale, Oncologica e Videoassistita) – AOU Federico II

#### **ATTESO:**

- che il presente progetto, alla luce di una attenta analisi comparativa non ne trova analoghi tra quelli pervenuti;
- che appare congruo con gli obiettivi di salute prefissati in ambito nazionale e regionale;
- che i costi preventivati per la sua esecuzione nella misura di euro 1.290.000,00 appaiono sostenibili e, ad una analisi in termini di risparmio indiretto per ricoveri inappropriati, gestione delle complicazioni evitabili, in linea con i più moderni modelli economici di gestione delle risorse in sanità.

Propone e la Giunta in conformità a voto unanime

#### **DELIBERA**

Per quanto esposto in narrativa e che qui si intende integralmente riportato:

- di approvare il progetto denominato “PREVENZIONE, TRATTAMENTO E RIABILITAZIONE DEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE E DELL'OBESITA' GRAVE che allegato al presente deliberato ne costituisce parte integrante e sostanziale e che è consistente in due sottoprogetti:
  - o sottoprogetto A: ATTIVAZIONE DI UNA STRUTTURA RESIDENZIALE TERAPEUTICO-RIABILITATIVA PER I DISTURBI PSICOGENI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE NELLA REGIONE CAMPANIA
  - o sottoprogetto B: ISTITUZIONE DEL CENTRO PILOTA DI COMPETENZA REGIONALE

*PER LA PREVENZIONE E LA TERAPIA INTERDISCIPLINARE DELL'OBESITA' DI ALTO GRADO E REALIZZAZIONE DI UNA RETE REGIONALE INTEGRATA; ATTIVAZIONE DI UNA STRUTTURA RESIDENZIALE TERAPEUTICO-RIABILITATIVA PER OBESI GRAVI E PER OBESI DA SOTTOPORRE O SOTTOPOSTI A CHIRURGIA BARIATRICA.*

- di costituire una apposita Commissione di "Audit" – e cioè di verifica e miglioramento di qualità del progetto – operante a titolo gratuito e di cui faranno parte due rappresentanti dell'Assessorato alla Sanità, di cui uno con funzioni di Presidente, due rappresentanti dell'Assessorato alle Politiche Sociali, un rappresentante per ciascuno dei due centri universitari coinvolti nel progetto e due rappresentanti della ASL Napoli 1, Azienda che fornirà il supporto di segreteria alla Commissione stessa nell'ambito dei costi del Progetto.
- che alla nomina di detta Commissione provvederà, con successivo decreto, il Coordinatore AGC Assistenza Sanitaria che, assumendo la presidenza della Commissione nella prima seduta della stessa, provvederà anche a farne redigere ed approvare all'unanimità un apposito Regolamento di funzionamento che verrà reso pubblico attraverso idoneo atto di recepimento, ( decreto dirigenziale ), verificatane la compatibilità con la vigente normativa nazionale e regionale.
- di imputare la spesa di euro 1.000.000,00 sul capitolo 7092 UPB 4.15.38 del bilancio esercizio 2009 dell'Assessorato alla Sanità
- di imputare la spesa di euro 290.000,00 sul capitolo 7870 UPB 4.16.41 del bilancio esercizio 2009 dell'Assessorato alle Politiche Sociali
- di trasmettere il presente atto all'Area Assistenza sanitaria dell'Assessorato alla Sanità per il seguito di competenza di impegno e liquidazione che sarà effettuata nella misura del 50% all'atto della comunicazione di avvio delle attività ed il restante 50% a presentazione della rendicontazione e relazione finale, sentita la Commissione di Audit del Progetto innanzi descritta ;
- di trasmettere il presente atto all' Area Politiche Sociali dell'Assessorato alle Politiche Sociali per il seguito di competenza di impegno e liquidazione che sarà effettuata nella misura del 50% all'atto della comunicazione di avvio delle attività ed il restante 50% a presentazione della rendicontazione e relazione finale, sentita la Commissione di Audit del Progetto innanzi descritta.
- di trasmettere il presente atto alla direzione generale della ASLNA1 ed alle direzioni generali delle Aziende Ospedaliero-Universitarie Federico II e Seconda Università di Napoli per la stipula dei protocolli di intesa necessari per lo svolgimento dei progetti,
- di trasmettere il presente atto al BURC per la successiva pubblicazione.

Il Segretario  
*D'Elia*

Il Presidente  
*Valiante*



## **AZIENDA SANITARIA LOCALE NAPOLI 1**

### **Direzione Generale**

**Centro Direzionale Isola. F/9 - 80143 - Napoli**

**Al Sig. Assessore alla Sanità  
Prof. Angelo Montemarano**

**Al Sig. Assessore alle Politiche sociali  
Prof.ssa Alfonsina De Felice**

**S E D I**

#### **PROGETTO INTEGRATO INTERAZIENDIALE**

### **PREVENZIONE, TRATTAMENTO E RIABILITAZIONE DEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE E DELL'OBESITA' GRAVE**

#### **Sottoprogetto A:**

**Attivazione di una struttura residenziale terapeutico-riabilitativa per i disturbi psicogeni del comportamento alimentare nella Regione Campania.**

#### **Sottoprogetto B:**

**Istituzione del Centro Pilota di Competenza Regionale per la prevenzione e la terapia interdisciplinare dell'obesità di alto grado e realizzazione di una Rete Regionale Integrata; attivazione di una struttura residenziale terapeutico-riabilitativa per obesi gravi e per obesi da sottoporre o sottoposti a chirurgia bariatrica.**

***Istituzione proponente:*** Azienda Sanitaria Locale Napoli 1 - Dipartimento Centrale Medicina Territoriale

#### ***Istituzioni Partner:***

1. Centro Pilota Regionale per i disturbi del comportamento alimentare (DCA) (Dipartimento di Psichiatria) – A.O.U. Seconda Università di Napoli
2. Centro di Alta Specializzazione per la terapia interdisciplinare dell'obesità di alto grado (Dipartimento di Chirurgia generale, oncologica e videoassistita) – A.O.U. Università Federico II di Napoli

## PREMESSE

### A. DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

#### 1. NATURA DEL PROBLEMA

Secondo l'ultima edizione del *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders* (DSM-IV), la categoria dei Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) comprende l'Anoressia Nervosa (AN), la Bulimia Nervosa (BN), il Disturbo da Alimentazione Incontrollata (*Binge Eating Disorder*) e i DCA non altrimenti specificati. In breve, l'AN si caratterizza per: a) consistente perdita di peso corporeo; b) intensa paura di ingrassare anche se si è sottopeso; c) disturbi della propria immagine corporea; d) nel sesso femminile, amenorrea. Il calo ponderale e le alterazioni dismetaboliche conseguenti al digiuno e alle pratiche improprie messe in atto per ottenere un ulteriore dimagrimento possono essere talmente gravi da porre in serio rischio la vita del paziente.

La BN, invece, si caratterizza per: a) ricorrenti episodi di abbuffate compulsive; b) comportamenti impropri di compenso volti ad evitare l'aumento di peso; c) intensa paura di aumentare di peso.

Il Disturbo da Alimentazione Incontrollata è fenomenologicamente molto simile alla BN per il fatto che sono presenti ricorrenti episodi di abbuffate compulsive, ma mancano tutte quelle pratiche di compenso volte ad impedire l'aumento di peso, ragion per cui i pazienti possono diventare francamente obesi.

Nella categoria dei DCA non altrimenti specificati vanno incluse quelle sindromi parziali in cui sono presenti alcuni, ma non tutti, i sintomi codificati nei criteri diagnostici del DSM-IV per l'AN o la BN. In breve, per il sesso femminile, si tratta di pazienti che, ad esempio, rispondono a tutti i criteri dell'AN eccetto l'amenorrea o che, malgrado la significativa perdita di peso corporeo, presentano un peso che è ancora nella norma. Nel caso della BN, ad esempio, sono soddisfatti tutti i criteri del DSM-IV tranne il fatto che le abbuffate avvengono con una frequenza inferiore a due episodi per settimana per tre mesi.

#### 2. DIMENSIONI DEL PROBLEMA

I DCA colpiscono soprattutto le adolescenti e le giovani donne, con età d'esordio tra i 10 e 30 anni. Per quanto riguarda l'AN, la distribuzione della frequenza dell'età d'esordio è bimodale, con un primo picco intorno ai 14 anni ed un secondo intorno ai 18 anni.

L'incidenza dell'AN è aumentata notevolmente nel corso degli ultimi venti anni. Non si tratta solamente di un aumento apparente dovuto ad una migliore conoscenza della malattia e, quindi, al maggior numero di diagnosi corrette. Infatti, numerosi studi, condotti in diversi Paesi, testimoniano che la malattia è diventata realmente più frequente nel corso degli anni '70 e '80. Anche per la BN è stato segnalato una diffusione dilagante negli ultimi 15 anni.

Alcuni studi epidemiologici hanno fornito indicazioni sulla prevalenza dei DCA in differenti popolazioni, con valori compresi tra 0.2 e 0.8% per l'AN e tra 0.5 ed 1.5% per la BN; l'incidenza dell'AN è indicata su valori di 4-8 nuovi casi annui per 100.000 abitanti, mentre per la BN è valutata in 9-12 nuovi casi anno per 100.000 abitanti. Il rapporto maschi/femmine è stato stimato pari ad 1 caso ogni 10 soggetti.

Considerato che i DCA insorgono prevalentemente nel corso dell'adolescenza e tendono a cronicizzare, è intuibile come essi possano costituire un serio problema di salute pubblica, in

termini sia di costi sociali sia di disabilità individuale. Di qui la necessità di organizzare un'adeguata programmazione sanitaria.

Allo stato attuale, nella nostra regione, gli unici dati disponibili sulla prevalenza dei DCA, sono quelli derivanti da una ricerca condotta dal Centro Pilota Regionale per i DCA del Dipartimento di Psichiatria della Seconda Università di Napoli. Tale studio condotto su un campione di circa 1000 studentesse di alcune scuole medie di secondo grado di Napoli ha dimostrato che, tra le adolescenti di età compresa tra i 14 ed i 18 anni, la prevalenza di AN è dello 0.2%, quella di BN del 2.3%, quella del BED è dello 0.2% e quella delle Sindromi Parziali del 13.9%.

Questi dati epidemiologici lasciano chiaramente intravedere la dimensione del problema nella regione Campania. Se si considera, poi, l'invalidità conseguente ai DCA e l'età in cui essi si collocano, ci si rende conto che siamo di fronte a situazioni di seria portata clinica e sociale.

## **B. OBESITA' GRAVE**

### **1. QUADRO DI RIFERIMENTO EPIDEMIOLOGICO-CLINICO**

L'obesità è tra le prime 10 cause di malattia nel Mondo e tra le prime 5 nei paesi industrializzati come l'Italia, in cui rappresenta un problema sanitario di crescente e pressante gravità. La percentuale di soggetti in sovrappeso è di circa il 35%, mentre la percentuale di soggetti francamente obesi è di circa il 10%. L'andamento è in preoccupante aumento se si considera che il numero degli obesi dal 1994 ad oggi è cresciuto del 25%, che ad aumentare non è tanto il numero dei soggetti in sovrappeso quanto quello dei pazienti obesi e che, infine, l'Italia è al primo posto in Europa per bambini in sovrappeso (36%) ed obesi (10-15%). In Italia vi sono attualmente, circa 16,5 milioni di soggetti in sovrappeso e circa 5,5 milioni di pazienti obesi. Dato che l'obesità, specialmente se di alto grado, si associa ad elevati tassi di morbosità e mortalità per numerose patologie e, come conseguenza, ad elevate spese sanitarie, sono necessari urgenti interventi di prevenzione e di cura, che devono coinvolgere governi ed organizzazioni anche non governative (OMS, FAO, etc.), sia nazionali che internazionali. La Campania è la Regione con la maggior prevalenza di obesità in età pediatrica, che è predittiva di obesità anche nell'età adulta. In particolare, è l'obesità di alto grado che rappresenta un problema di salute pubblica finora sottovalutato.

### **2. OBESITÀ DI ALTO GRADO**

L'obesità di alto grado o di grado III, secondo i criteri riconosciuti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, si caratterizza per un Indice di Massa Corporea (IMC) superiore a 40 Kg/m<sup>2</sup>. Per essa, una delle opzioni terapeutiche è rappresentata dalla terapia chirurgica, la cosiddetta chirurgia bariatrica.

L'obesità di alto grado/severa, infatti, si accompagna ad un forte aumento di tutte le complicanze tipiche dell'eccesso del grasso corporeo come diabete, ipertensione arteriosa, insufficienza d'organo (cardiaca, respiratoria, epatica, etc.), colelitiasi, osteoartrosi invalidante, alcuni tipi di neoplasie e, soprattutto, elevato rischio di morte improvvisa (circa 60 volte superiore a quella del soggetto normopeso).

Accanto alle problematiche cliniche esistono, poi, bisogni di nursing/assistenza, in quanto alcuni pazienti sono quasi del tutto disabili. Anche l'efficacia lavorativa di un paziente obeso con IMC > 40 kg/m<sup>2</sup> è molto spesso notevolmente ridotta, con ulteriore aumento dei costi sociali di tale patologia. Il paziente con obesità di alto grado rappresenta un'entità clinica "relativamente nuova"

nel panorama assistenziale proprio perché richiede adeguati percorsi assistenziali e diagnostici. Il numero di tali pazienti è in costante e rapido incremento, particolarmente per le forme più gravi ( $IMC > 50 \text{ kg/m}^2$ ). E' assolutamente necessario, pertanto, programmare una rete integrata di assistenza.

### **3. LA TERAPIA DELL'OBESITÀ DI ALTO GRADO**

La terapia chirurgica rappresenta l'unica forma di trattamento che consente la guarigione duratura ed in un elevatissimo numero di casi degli obesi gravi e dei superobesi. I più recenti studi, con un follow-up adeguatamente prolungato, hanno dimostrato, inequivocabilmente, una significativa riduzione, tra i soggetti trattati chirurgicamente, della mortalità, del rischio di sviluppare altre patologie associate, del ricorso a trattamenti terapeutici e dei costi sanitari e sociali, diretti o indiretti. Attualmente, in Italia, sono circa 1,5 milioni i pazienti che potrebbero giovare del notevole e duraturo calo ponderale indotto dalla chirurgia. Vi sarebbe, inoltre, da considerare, e non secondariamente, la notevole riduzione dei costi indiretti, con il pieno recupero dei pazienti ad una normale attività lavorativa, sociale e di relazione nella massima parte dei casi.

Nella nostra Regione dati epidemiologici definitivi non sono ancora disponibili. Se calcoliamo, però, una prevalenza di circa il 2.5% su una popolazione adulta in Campania di 3.5 milioni di abitanti, ne deriva che l'attesa di pazienti affetti da tale patologia è di circa 90.000 individui. Si tratta, quindi, di una patologia ancora misconosciuta, di grandissima rilevanza, di enormi costi socio-sanitari e causa di frequente migrazione sanitaria. La terapia dell'obesità di alto grado è una terapia difficile che richiede un trattamento integrato ed interdisciplinare. Esiste, infatti, una "fase medica" (gestione delle complicanze "anche critiche"; selezione e preparazione del paziente per l'eventuale opzione chirurgica; necessario follow-up clinico-nutrizionale) ed una "fase chirurgica". Le problematiche mediche e chirurgiche dell'obesità grave sono descritte nell'Appendice 1 di questo documento.

## **Sottoprogetto A:**

### **Costituzione di una Struttura residenziale terapeutico-riabilitativa per i disturbi del comportamento alimentare nella Regione Campania.**

#### **1. ISTITUZIONE DEL CENTRO PILOTA REGIONALE E ORGANIZZAZIONE DI UNA RETE DIAGNOSTICO-ASSISTENZIALE PER I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE NELLA REGIONE CAMPANIA**

In linea con la prescrizione contenuta nel D.P.R. 23 luglio 1998 di approvazione del Piano Sanitario Nazionale 1998-2000, il Piano Sanitario della Regione Campania 2002-2004 ha individuato tra i suoi obiettivi:

- la promozione dell'adozione di "sani" modelli alimentari nella popolazione giovanile anche all'interno dei programmi di medicina preventiva e di educazione alimentare;
- la prevenzione primaria e secondaria dei disturbi del comportamento alimentare con particolare riferimento ai soggetti a rischio attraverso la loro individuazione precoce;
- la prevenzione terziaria attraverso metodi riabilitativi (riabilitazione nutrizionale e riabilitazione psicologica e psichiatrica combinate).

e ha previsto:

1. l'istituzione di un Centro Pilota Regionale per i Disturbi del Comportamento Alimentare;
2. l'organizzazione e strutturazione di una rete diagnostico-assistenziale per i disturbi del comportamento alimentare.

Con delibera N. 4215 del 20.09.2002, la Regione Campania ha istituito il Centro Pilota Regionale per la Cura dei Disturbi del Comportamento Alimentare presso il Dipartimento di Psichiatria della Seconda Università di Napoli.

I compiti del Centro Pilota Regionale sono:

1. coordinamento delle iniziative epidemiologiche volte alla creazione di un Registro Regionale dei disturbi del comportamento alimentare;
2. coordinamento tecnico e omogeneizzazione delle iniziative di prevenzione primaria e secondaria;
3. promozione di iniziative per la definizione di linee guida e di protocolli diagnostici, terapeutici e di follow-up;
4. ricerca clinica e biomedica;
5. formazione e aggiornamento del personale medico e non medico;
6. fornitura di prestazioni assistenziali cliniche e diagnostiche di alto livello e particolarmente impegnative;
7. predisposizione e coordinamento di programmi di controllo di qualità;
8. supporto organizzativo alle attività diagnostiche e terapeutiche della rete territoriale dei servizi.

Di seguito vengono riportate le linee guida per il funzionamento del Centro.

## 1.1 COORDINAMENTO DELLE INIZIATIVE EPIDEMIOLOGICHE VOLTE ALLA CREAZIONE DI UN REGISTRO REGIONALE DEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

Il Centro Pilota Regionale per i Disturbi del Comportamento Alimentare ha il compito di coordinare le iniziative epidemiologiche territoriali, allo scopo di avviare l'istituzione di un registro regionale che consenta di:

- a) Identificare i casi secondo le categorie previste dal DSM-IV, valutare il numero di nuovi casi in relazione alla popolazione residente; valutare le tendenze temporali dei Disturbi del Comportamento Alimentare, i dati relativi alla sopravvivenza e alla cronicizzazione. Sulla base di questi dati potranno essere programmate le risorse necessarie a fronteggiare questi stati morbosi.
- b) Individuare i soggetti ad alto rischio per indirizzare con maggiore precisione le politiche di intervento, soprattutto per ciò che riguarda la prevenzione primaria.
- c) Pianificare ed attivare programmi di screening, in particolare nell'ambito di comunità ad alto rischio. Verificare l'efficacia degli interventi di prevenzione secondaria attraverso la rivalutazione dello screening a distanza di tempo.
- d) Monitorare i flussi di residenti che si spostano per diagnosi e cura fuori dalla propria ASL, consentendo di programmare con maggiore precisione gli interventi e le risorse necessarie per rispondere ai bisogni delle singole Aziende.

A tal fine il Centro Pilota Regionale provvede a:

- elaborare e validare specifici strumenti di rilevazione dei dati epidemiologici;
- validare adeguati strumenti di valutazione clinica e psicosociale (carico familiare, qualità di vita);
- sviluppare programmi formativi per il personale che dovrà utilizzare gli strumenti epidemiologici, nell'ambito della istituenda rete regionale.

Per le iniziative epidemiologiche il Centro si avvale delle competenze professionali presenti nell'ambito del Dipartimento Universitario di Psichiatria della Seconda Università degli Studi di Napoli e dei supporti informatici di cui il Dipartimento è già dotato (Laboratorio di Epidemiologia Psichiatrica).

## 1.2 COORDINAMENTO TECNICO E OMOGENEIZZAZIONE DELLE INIZIATIVE DI PREVENZIONE PRIMARIA E SECONDARIA

### *Prevenzione primaria*

I fattori di rischio per i Disturbi del Comportamento Alimentare sono molteplici e vanno ricercati sia tra gli aspetti genetici sia tra quelli psicosociali. L'individuazione dei fattori di rischio consente di attivare strategie diverse a seconda della tipologia di rischio, per ridurre l'incidenza dei Disturbi del Comportamento Alimentare nella popolazione generale.

A tal fine, il Centro Pilota Regionale per i Disturbi del Comportamento Alimentare provvede a:

1. Definire programmi di prevenzione primaria da sottoporre ad adeguata valutazione sotto il profilo dell'efficacia. Tali programmi sono rivolti agli operatori delle strutture scolastiche esistenti sul territorio, in quanto è in questa sede che è possibile raggiungere la maggior

parte della popolazione adolescenziale, che rappresenta la fascia d'età maggiormente a rischio;

2. Sviluppare azioni nel campo dell'educazione alimentare. Tali interventi sono rivolti preliminarmente ad insegnanti e medici scolastici, dietisti, specialisti ambulatoriali (ginecologi, dietologi, endocrinologi), nonché alla popolazione generale.

La metodologia utilizzata prevede:

- la rilevazione del tipo di conoscenze possedute dai soggetti a cui l'intervento è diretto;
- l'elaborazione di programmi mirati ad aumentare le informazioni già possedute e/o a modificare le conoscenze errate;
- la verifica finale dell'efficacia dell'intervento.

#### *Prevenzione secondaria*

Obiettivo specifico di un programma di prevenzione secondaria è quello di mettere in atto tutti i meccanismi che favoriscono un'individuazione precoce dei casi e la riduzione del periodo di tempo che intercorre tra la diagnosi e l'inizio di un trattamento. L'individuazione precoce dei casi, l'ottimizzazione della diagnosi e la tempestività dell'intervento terapeutico riducono il rischio di cronicizzazione del disturbo e, nel contempo, rappresentano un meccanismo di risparmio per la spesa sanitaria.

Le attività di prevenzione secondaria debbono avvenire in stretta integrazione funzionale tra i medici di medicina generale, dei servizi specialistici distrettuali ed ospedalieri e la "rete regionale".

A tal fine il Centro provvede alla definizione di programmi e strumenti idonei a promuovere iniziative di formazione e di aggiornamento sui Disturbi del Comportamento Alimentare per il personale medico e non medico.

#### 1.3 PROMOZIONE DI INIZIATIVE PER LA DEFINIZIONE DI LINEE GUIDA E DI PROTOCOLLI DIAGNOSTICI, TERAPEUTICI E DI FOLLOW-UP

Obiettivo del Centro Pilota Regionale è di definire le linee guida di intervento nei pazienti con Disturbo del Comportamento Alimentare attraverso la messa a punto di protocolli diagnostici, terapeutici e di follow-up. Viene qui proposto il modello di intervento attualmente utilizzato presso il Centro Pilota Regionale.

La presa in carico dei pazienti con Disturbi del Comportamento Alimentare richiede una valutazione globale che tenga conto sia degli aspetti nutrizionali, metabolici, internistici, endocrini sia di quelli intrapsichici e relazionali. Pertanto, l'assistenza di tali pazienti prevede la collaborazione di più figure professionali: lo psichiatra, l'internista con competenze clinico-nutrizionali, il nutrizionista, lo psicologo clinico, l'infermiere professionale, il tecnico della riabilitazione psichiatrica. La rilevazione di situazioni particolari, inoltre, può comportare la richiesta di valutazioni specialistiche da parte di altre figure professionali (ginecologo, medico legale, pediatra) in qualità di consulenti esterni.

L'intervento da praticare viene deciso sulla base di un algoritmo appositamente validato, che prende in considerazione i seguenti elementi: a) il *pattern* di disturbo del comportamento alimentare e la sua gravità; b) le condizioni fisiche generali del paziente e le eventuali alterazioni degli indici di funzionalità organica; c) il profilo psicopatologico e personologico del paziente (compresa la prevedibile *compliance* agli interventi farmacologici e psicoterapeutici); d) le dinamiche familiari e la situazione socio-ambientale (compresa la prevedibile collaborazione dei familiari e delle altre

persone significative nei confronti dell'intervento terapeutico); e) la probabile risposta ai trattamenti psicofarmacologici (per quanto prevedibile sulla base dei predittori clinico-biologici oggi noti).

Sulla base dell'algoritmo suddetto viene deciso il regime in cui verrà attuato l'intervento terapeutico: ambulatoriale, in *day-hospital* o in condizioni di ricovero ordinario.

#### LINEE GUIDA PER IL TRATTAMENTO DEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE A LIVELLO AMBULATORIALE

L'ambulatorio risponde all'esigenza di avere a disposizione un centro a diretto contatto sia con il territorio sia con le altre strutture sanitarie specifiche (medico di base, ospedale generale, servizio di salute mentale). Costituisce il nucleo fondamentale dell'attività diagnostica e terapeutica del Centro Pilota Regionale e svolge funzione di filtro per i successivi livelli terapeutici, di *day-hospital* e di ricovero ordinario, in relazione agli elementi clinici emersi durante l'iter diagnostico. Un accurato "disease staging" rappresenta la premessa per il più corretto e razionale livello operativo terapeutico. Oltre alla fase diagnostica, il livello assistenziale ambulatoriale svolge anche compiti di controllo periodico per i soggetti che non hanno rivelato elementi clinici tali da richiedere trattamenti intensivi ma che, comunque, manifestano fattori di rischio che non possono essere trascurati.

La dimensione ambulatoriale consente un contatto diretto con la popolazione promuovendo la ricerca epidemiologica e costituendo un punto di riferimento per l'informazione e l'educazione delle categorie a rischio e delle figure con esse a più stretto contatto (ad es., genitori, insegnanti e medici di base).

La presenza, poi, di personale qualificato e, soprattutto, in grado di fare riferimento ad una comune metodologia operativa, fa di questa sede il luogo ideale per la formazione delle figure professionali chiamate alla diagnosi e alla terapia ambulatoriale e ospedaliera dei Disturbi del Comportamento Alimentare. La presenza di un ambulatorio in un centro universitario permette di offrire a studenti e specializzandi nelle diverse discipline la possibilità di analoga e qualificata formazione.

#### *Iter diagnostico-terapeutico*

Il processo diagnostico è volto a determinare l'esistenza e il tipo di Disturbo del Comportamento Alimentare, la sua natura primaria o secondaria, l'eventuale atipicità ed il significato che i sintomi assumono nel complesso biologico, psicologico, familiare e culturale dell'individuo ai fini di un'adeguata programmazione terapeutica. Schematicamente, nel corso dell'*assessment* diagnostico, possono essere individuate varie fasi.

#### *Fase 0. Accoglienza, valutazione e filtro della domanda*

L'analisi dell'invio e della domanda di cura è una tappa preliminare del processo di valutazione diagnostica. Il paziente può giungere all'osservazione attraverso vari percorsi di invio: medico di base, ospedale generale, servizio di salute mentale, strutture socio-assistenziali. L'inviante può richiedere una consultazione per un processo diagnostico da avviare (in toto delegato al Centro) o per un *assessment* già in corso che presenta specifiche difficoltà.

La rilevazione delle informazioni generali e delle necessità più immediate del paziente è svolta da personale paramedico adeguatamente formato, con il supporto di un'apposita griglia di riferimento.

### *Fase 1. Il colloquio clinico*

Attraverso un'intervista clinica strutturata, lo psichiatra provvede alla raccolta dell'anamnesi medica e psicopatologica del paziente, dedicando particolare cura all'individuazione delle situazioni di "emergenza" o "urgenza" che possano imporre la necessità dell'ospedalizzazione, determina la tipologia del disturbo alimentare, i vissuti relativi alla consultazione ("volontaria" o "indotta") e l'eventuale comorbidità; programma, inoltre, una visita con l'internista o il dietologo nutrizionista per una più puntuale definizione del quadro fisico e nutrizionale.

Lo psicologo clinico procede ad un'analisi quantitativa delle dimensioni psicopatologiche relative al comportamento alimentare e alle eventuali sindromi associate, valuta le dinamiche familiari e del contesto socio-ambientale.

### *Fase 2. La visita medica*

La visita medica prevede sia la valutazione delle condizioni fisiche generali del paziente sia, più specificamente, del suo stato nutrizionale. Essa si avvale della collaborazione dell'internista con competenze clinico-nutrizionali.

La valutazione medica avviene attraverso l'esecuzione dell'esame obiettivo generale, eventualmente seguito dalla prescrizione di alcuni esami clinici e strumentali.

La valutazione dello stato nutrizionale avviene attraverso:

1. raccolta dell'anamnesi relativa alle abitudini alimentari;
2. determinazione del diario alimentare del paziente;
3. definizione delle caratteristiche antropometriche e degli indici somatici del paziente, secondo le tabelle della *Metropolitan Life Insurance Co.*;
4. misurazione delle circonferenze;
5. misurazione delle pliche cutanee;
6. valutazione dei compartimenti corporei adiposo e muscolare mediante bioimpedenziometria;
7. valutazione del ricambio energetico mediante calorimetria indiretta.

Condizioni di denutrizione severa o prolungata possono richiedere indagini meno routinarie (TAC, RM, etc...) e un approfondimento diagnostico endocrinologico.

### *Fase 3. Prima valutazione d'équipe*

Con le informazioni ottenute al termine di queste prime fasi, si giunge ad un primo orientamento diagnostico onde valutare, innanzitutto, l'eventuale presenza di urgenza o emergenza medica e psichiatrica e decidere, dunque, sulla necessità immediata di terapia o di un ricovero.

Se i provvedimenti di quest'ordine non sono necessari, si procede alla definizione del programma terapeutico ambulatoriale.

### *Fase 4. Il programma terapeutico*

Il programma terapeutico ambulatoriale prevede quattro componenti: a) psicoeducativa e nutrizionale; b) psicoterapeutica ad orientamento cognitivo-comportamentale;

c) psicofarmacologica; d) informativa e di supporto emozionale per i familiari ed altre figure significative.

L'intervento psicoeducativo e nutrizionale si propone di correggere le abitudini alimentari disfunzionali e di fornire al paziente un preciso schema alimentare, con lui concordato, che consenta un adeguato apporto calorico e un progressivo recupero del peso corporeo.

L'intervento psicoterapeutico ad orientamento cognitivo-comportamentale si propone: a) la ridefinizione del disturbo del comportamento alimentare come modalità di espressione di stati emotivi e sensi di sé; b) lo sviluppo della capacità di sequenzializzazione dell'esperienza e di riconoscimento delle emozioni e dei sensi di sé; c) la modulazione dei temi centrali dell'organizzazione di personalità, con particolare riferimento al tema della definizione di sé dall'esterno e della massimalità/perfezionismo.

L'intervento psicofarmacologico ha lo scopo di influenzare favorevolmente la sensazione di controllo dei propri impulsi alimentari da parte del paziente e di correggere la sintomatologia ossessiva, ansiosa e depressiva spesso concomitante.

L'intervento sui familiari e sulle altre persone significative si propone di fornire loro informazioni dettagliate sulla patologia del paziente, di sostenerli sul piano emozionale (quando necessario, attraverso tecniche psicoterapeutiche strutturate) e di correggere le eventuali dinamiche relazionali disfunzionali (quando necessario, attraverso tecniche psicoterapeutiche specifiche).

#### *LINEE GUIDA PER IL TRATTAMENTO DEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE IN REGIME DI DAY-HOSPITAL O DI RICOVERO ORDINARIO*

Il ricovero in regime di day-hospital o di degenza ordinaria può rendersi necessario qualora sussistano condizioni internistiche e/o psichiatriche di consistente gravità oppure problematiche socio-ambientali particolari.

##### a) Indicazioni di carattere internistico:

1. peso inferiore al 25% del peso corporeo ideale;
2. alcune settimane di perdita di peso di 1.8 - 2.3 Kg o più per settimana (di solito correlate a difficoltà di concentrazione, sensazioni di freddo, diminuzione di parametri vitali e debolezza);
3. abbassamento della potassiemia (legata a vomito autoindotto, abuso di lassativi o diuretici) e rischio per aritmie cardiache. Altre complicanze (esofagee, gastriche, parotidiche) non costituiscono solitamente un pericolo per la vita se non in casi particolari, ma possono rendere ugualmente necessario un periodo di regime ospedaliero;
4. grave cronicizzazione della malattia.

##### b) Indicazioni di carattere psichiatrico:

1. condizioni psicopatologiche per cui è indispensabile l'intervento terapeutico in regime protetto, come depressione grave, soprattutto se associata a basso peso e ideazione suicida, pensieri o comportamenti coatti invalidanti;
2. impossibilità di una gestione ambulatoriale efficace;

3. necessità di allontanare il paziente da un contesto familiare inadeguato (ricovero strategico).

Tali indicazioni sono valide sia per l'anoressia sia per la bulimia. In quest'ultimo caso, la frequente coesistenza, accanto alla patologia alimentare, di disturbi da abuso di alcol o di sostanze e di impulsività impone la necessità del ricovero sia per un adeguato svezzamento dalle sostanze d'abuso sia per la gestione delle condizioni di impulsività, che non trovano nel regime ambulatoriale sufficienti garanzie.

La scelta tra i due livelli di assistenza dipende da una valutazione costi/benefici effettuata dagli operatori del Centro.

Il *day-hospital* costituisce una sorta di camera di compensazione tra le esigenze non soddisfacenti a livello ambulatoriale e la situazione del reparto di degenza.

Paragonato ad un ricovero in regime ordinario, il trattamento in *day-hospital* : a) evita il contatto e l'identificazione con i malati mentali cronici; b) offre il minor pericolo di regressione e di dipendenza riguardo all'ambiente terapeutico; c) permette di mantenere il contatto con l'ambiente sociale di provenienza e d) favorisce l'occupazione del tempo libero.

Paragonato al trattamento ambulatoriale, il *day-hospital*: a) offre un ambiente terapeutico strutturato per pazienti che vivono socialmente isolati e che hanno delle difficoltà relazionali notevoli nel loro ambiente di provenienza; b) offre una maggiore sicurezza nei riguardi del rischio metabolico e della denutrizione e/o malnutrizione e, nelle situazioni di crisi, c) offre una maggiore flessibilità e un'attività terapeutica intensiva da parte di un'équipe formata ed esperta sia nella conoscenza della psicopatologia dei suoi pazienti che dell'ambiente familiare e sociale.

Il regime di ricovero in *day-hospital* può essere utilizzato per pazienti che necessitano di:

- un approfondimento diagnostico attraverso indagini non routinarie (TAC, RMN, indagini endocrinologiche);
- un monitoraggio costante del trattamento terapeutico o dell'intervento di riabilitazione psiconutrizionale;
- di trattamenti terapeutici complessi di natura farmacologica, psicoterapeutica o nutrizionali;
- una "dimissione protetta" dal ricovero in degenza ordinaria.

Il ricovero in regime di degenza ordinario può rendersi indispensabile per provvedere a garantire trattamenti intensivi e/o urgenti per situazioni cliniche particolarmente gravi o complesse. Nel corso del ricovero ordinario è applicato uno specifico protocollo terapeutico volto alla correzione delle complicanze mediche e degli scompensi ematochimici e al graduale recupero del peso corporeo. I metodi per promuovere l'aumento dell'introito calorico e il recupero del peso corporeo possono essere divisi in due gruppi:

- a) metodi attivi (nutrizione enterale con sondino naso-gastrico; nutrizione parenterale totale o periferica)
- b) metodi riabilitativi (riabilitazione nutrizionale e riabilitazione psicologica e psichiatrica combinate).

Nei casi in cui vi siano condizioni cliniche gravi e/o urgenti complicanze mediche legate allo stato di denutrizione che possono compromettere la sopravvivenza del paziente è previsto il ricovero presso reparti di terapia intensiva. Gli operatori del Centro forniscono, nella fase acuta del ricovero, adeguato supporto specialistico attraverso l'attività di consulenza. Nella fase di dimissione

dal reparto di terapia intensiva, il Centro garantisce la presa in carico del paziente nelle sue strutture assistenziali.

#### 1.4 RICERCA CLINICA E BIOMEDICA

L'interesse per la ricerca, sia di base sia clinica ed epidemiologica, costituisce uno degli elementi chiave di una strategia a medio-lungo termine di lotta contro i Disturbi del Comportamento Alimentare. E' essenziale poter contare su una ricerca che abbia caratteri di elevata qualità e garantita stabilità, soprattutto in settori cruciali come la ricerca eziologica, l'individuazione dei fattori di rischio, il miglioramento della diagnosi precoce e dell'efficacia delle terapie. La ricerca delle cause dei Disturbi del Comportamento Alimentare rimane l'obiettivo principale soprattutto in considerazione delle implicazioni preventive di ogni nuova acquisizione in questo campo.

A tale scopo, il Centro Pilota Regionale per i Disturbi del Comportamento Alimentare promuove e coordina linee di ricerca volte allo studio:

- dei fattori genetici coinvolti nel determinismo della vulnerabilità allo sviluppo di un disturbo del comportamento alimentare;
- dei meccanismi biochimici implicati nella regolazione del comportamento alimentare;
- dei fattori psicologici e personologici che condizionano il decorso, l'esito e la risposta ai trattamenti;
- della prevalenza e dell'incidenza di tali disturbi (anche nelle forme cliniche non conclamate) nelle popolazioni a rischio e nella comunità;
- della valutazione della risposta a nuovi protocolli terapeutici.

Per l'attività di ricerca il Centro utilizza:

- il Laboratorio di Biochimica, dotato di attrezzature per indagini genetiche avanzate, per la determinazione dei livelli di ormoni e psicofarmaci nei tessuti e nei liquidi biologici, per l'effettuazione di binding tissutali;
- il Laboratorio di Neurofisiologia, dotato di attrezzature per l'EEG computerizzato, il Brain Electrical Activity Mapping, i potenziali evocati cognitivi;
- il Laboratorio di Informatica, dotato di personal computer e software aggiornato;
- le aule dotate di attrezzature audiovisive (tv a circuito chiuso, registratori tipo videotape) per il training all'uso degli strumenti di valutazione clinica e psicosociale;
- la Biblioteca fornita di postazione per i collegamenti via internet ai più importanti archivi internazionali di letteratura scientifica.

I laboratori, le aule e la biblioteca sono ubicate presso il Dipartimento Universitario di Psichiatria della Seconda Università di Napoli.

#### 1.5 FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO DEL PERSONALE MEDICO E NON MEDICO

Non sempre i Disturbi del Comportamento Alimentare fanno parte del "core curriculum" dei corsi di laurea specialistica in Medicina e Chirurgia. Per tale motivo essi sono ancora poco conosciuti dai *giovani* (e meno giovani) laureati. Anche a livello di Scuola di Specializzazione e di Lauree non specialistiche (di tipo sia psichiatrico sia internistico) non risulta che essi siano, in tutte

le sedi Universitarie, oggetto di adeguata trattazione. L'operatore sanitario è spesso impreparato ad affrontare una patologia grave e difficile.

Il Centro Pilota Regionale ha l'obiettivo di promuovere alcune linee di intervento formativo a vari livelli:

1. Organizzazione di corsi di formazione per operatori socio-sanitari, di corsi di perfezionamento post-laurea, con livelli differenziati a seconda delle professionalità e responsabilità.
2. Promozione ed organizzazione di corsi periodici di aggiornamento per tutti gli operatori, in particolare per medici di Medicina Generale, personale paramedico e operatori di volontariato.

Per le attività di formazione e di aggiornamento, il Centro utilizza:

- le aule dotate di sistemi audiovisivi a circuito chiuso;
- le attrezzature audiovisive (tv a circuito chiuso, registratori tipo videotape) disponibili per il training all'utilizzazione degli strumenti di valutazione clinica e psicosociale;
- le postazioni informatiche corredate di programmi per uso statistico ed epidemiologico;
- la Biblioteca fornita di postazione per i collegamenti via internet ai più importanti archivi internazionali di letteratura scientifica.

Le aule, la biblioteca e le attrezzature sono ubicate presso il Dipartimento Universitario di Psichiatria della Seconda Università di Napoli.

#### 1.6 FORNITURA DI PRESTAZIONI ASSISTENZIALI CLINICHE E DIAGNOSTICHE DI ALTO LIVELLO E PARTICOLARMENTE IMPEGNATIVE

Il Centro Pilota Regionale presente garantisce l'assistenza a pazienti affetti da Disturbi del Comportamento Alimentare, attraverso prestazioni diagnostiche e terapeutiche di alto livello e particolarmente impegnative.

Nella fase di avvio della rete diagnostico-assistenziale regionale, il Centro svolge funzioni anche di struttura di primo accesso. Successivamente, il Centro si caratterizzerà come punto di riferimento per la valutazione e l'impostazione del programma terapeutico di situazioni cliniche complesse segnalate o inviate dalle altre strutture della rete regionale.

Il Centro, su richiesta del paziente e/o di un suo familiare o su segnalazione da parte del medico di base o di altri operatori sanitari e socio-assistenziali, assicura, entro tempi adeguati alle esigenze del singolo paziente, una valutazione clinica in regime ambulatoriale e, una volta definito il programma terapeutico, fornisce l'assistenza ambulatoriale o di day-hospital (espletata con cadenza stabilita sulla base delle caratteristiche cliniche del singolo caso) o il ricovero ordinario.

Per tali scopi Il Centro Pilota Regionale dispone:

1. di una STRUTTURA AMBULATORIALE, caratterizzata da locali ben individuabili dall'utenza, dove è possibile assicurare le attività di consulenza specialistica necessarie per il corretto inquadramento clinico-diagnostico del paziente e per l'adeguata programmazione terapeutica. Tale struttura opera 12 ore al giorno (ore 8.00 – 20.00) dal lunedì al venerdì, e 6 ore al giorno (8.00 – 14.00) il sabato. Trattandosi di utenti molto spesso in età adolescenziale, il Centro Pilota garantisce orari di accesso compatibili con le esigenze

scolastiche e percorsi preferenziali nell'accesso alle prestazioni accessorie (consulenze specialistiche), onde favorire il rapporto empatico con tale tipo di utenza;

2. di una STRUTTURA DI DAY-HOSPITAL con tre posti letto, operante dalle ore 8,00 alle ore 20,00 dal lunedì al venerdì e, al sabato, dalle 8.00 alle 14.00, così che i pazienti possano essere assistiti anche nella fase di consumo dei pasti e nel corso delle due ore seguenti (per addestrarli a controllare la compulsione al vomito). In tale struttura sono attuati interventi terapeutici integrati di ampia portata di natura farmacologica, psicoterapeutica e nutrizionale;
3. di una STRUTTURA DI RICOVERO ORDINARIO con 3 posti letto, ubicata nel reparto della Clinica Psichiatrica.

Le strutture del Centro Pilota Regionale sono allocate presso il Dipartimento Assistenziale di Psichiatria della Seconda Università di Napoli.

#### 1.7 PREDISPOSIZIONE E COORDINAMENTO DI PROGRAMMI DI CONTROLLO DI QUALITÀ

Allo scopo di assicurare l'omogeneità e la qualità degli interventi diagnostici e terapeutici dell'istituenda rete regionale e di favorire il monitoraggio delle attività clinico-assistenziali, il Centro Pilota Regionale ha avviato programmi per:

- la messa a punto di un manuale delle procedure organizzative più rilevanti;
- la creazione di un archivio cartaceo e/o informatico;
- la definizione e la raccolta periodica di indicatori in grado di misurare i processi;
- l'elaborazione di report periodici delle attività svolte;
- la redazione di un pacchetto informativo per l'utenza.

#### 1.8 SUPPORTO ORGANIZZATIVO ALLE ATTIVITÀ DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE DELLA RETE TERRITORIALE DEI SERVIZI

Obiettivo prioritario del Centro Pilota Regionale è quello di fornire supporto all'organizzazione della rete diagnostico-assistenziale regionale. A tale proposito, il programma del Centro si articola in tre fasi.

La prima fase prevede attività didattiche di tipo esclusivamente teorico, volte alla acquisizione, da parte dei partecipanti, delle conoscenze attualmente disponibili sui vari aspetti dei Disturbi del Comportamento Alimentare (epidemiologia, fisiologia dell'alimentazione, psicopatologia, terapia, ecc.). Sono previsti, ed in parte già espletati, corsi di formazione differenziati per i vari profili professionali.

La seconda fase prevede un periodo di addestramento pratico da effettuarsi presso il Centro Pilota. Nel corso di questa fase, gli operatori potranno seguire i vari momenti dell'iter diagnostico-terapeutico, separatamente per i tre diversi livelli di assistenza (ambulatorio, *day-hospital*, reparto di degenza) e potranno, poi, direttamente "prendersi cura" dei pazienti con l'aiuto di un supervisore.

La terza fase prevede una campagna informativo-educazionale, attraverso i mass-media, che possa far giungere alla maggior parte della popolazione le conoscenze più importanti sulla natura, sul trattamento, sulla prognosi dei Disturbi del Comportamento Alimentare e sulle vie da seguire per accedere ai servizi forniti attraverso la costituenda "rete". Contemporaneamente, gli operatori

formatisi nelle due fasi precedenti, ciascuno nella propria sede di provenienza, avvieranno l'organizzazione di strutture *ad hoc* per il trattamento dei Disturbi del Comportamento Alimentare.

Una volta istituita la rete diagnostico-assistenziale regionale, il Centro Pilota svolgerà funzione di supporto organizzativo e di consulenza per le attività diagnostiche e terapeutiche di detta rete regionale.

## **2. ATTIVITA' DEL CENTRO PILOTA REGIONALE PER I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE NEL QUADRIENNIO 2004-2007**

### **2.1 FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO DEL PERSONALE MEDICO E NON MEDICO**

Per quanto riguarda l'attività formativa, esplicitamente prevista tra i compiti del Centro Pilota, sono stati effettuati corsi di formazione rivolti ai medici di medicina generale sia della Regione Campania sia di altre regioni, accreditati presso il Ministero della Salute.

### **2.2 SUPPORTO ORGANIZZATIVO ALLE ATTIVITÀ DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE DELLA RETE TERRITORIALE DEI SERVIZI**

Ai fini dell'organizzazione e strutturazione della rete diagnostico-assistenziale per i disturbi del comportamento alimentare, prevista dal Piano Sanitario Regionale 2002-2004, il Centro Pilota ha inviato, in data 3.03.2004, ai Direttori Generali delle ASL e delle AO della Campania una comunicazione sul funzionamento e sulla disponibilità del Centro a collaborare con le strutture territoriali e ospedaliere per la formazione del personale che le singole ASL e AO intendono coinvolgere nella istituenda rete regionale.

In seguito a tale comunicazione, l'ASL di AV1 ha avanzato formale richiesta di formazione per alcuni suoi dipendenti, per i quali è in corso di espletamento uno specifico programma di addestramento.

### **2.3 RICERCA CLINICA E BIOMEDICA**

L'attività di ricerca del Centro Pilota si è rivolta principalmente:

1. allo studio del ruolo di alcuni peptidi periferici regolatori del comportamento alimentare (leptina, ghrelina, peptide YY, *brain-derived neurotrophic factor*, obestatina, endocannabinoidi) nella patogenesi dell'anoressia nervosa, della bulimia nervosa e del disturbo da *binge-eating* ;
2. alla valutazione dell'evoluzione naturale dei disturbi del comportamento alimentare sottosoglia (sindromi parziali);
3. all'esplorazione della funzionalità della barriera intestinale nelle pazienti affette da anoressia nervosa;
4. alla valutazione dell'impatto che i disturbi del comportamento alimentare hanno sui familiari dei pazienti;
5. all'esplorazione delle possibili determinanti genetiche di questi disturbi e del loro coinvolgimento nella risposta terapeutica agli agenti psicofarmacologici.

I risultati di detta attività di ricerca sono stati oggetto di pubblicazione in riviste scientifiche a diffusione internazionale (di cui all'allegato elenco) e sono stati presentati in numerosi congressi e seminari nazionali e internazionali. Tutto ciò ha fatto sì che il Centro Pilota Regionale per i Disturbi

del Comportamento Alimentare acquisisse il ruolo di centro di riferimento internazionale sia per la ricerca sia per l'attività clinico-diagnostica sia per la prevenzione di detti disturbi.

#### 2.4 FORNITURA DI PRESTAZIONI ASSISTENZIALI CLINICHE E DIAGNOSTICHE DI ALTO LIVELLO E PARTICOLARMENTE IMPEGNATIVE

Nel corso del quadriennio 2004-2007, il Centro Pilota Regionale ha effettuato ogni anno, in media, un totale di circa 5000 interventi di tipo assistenziale così ripartiti per tipologia:

- Prime visite
- Visite psichiatriche di follow-up
- Interventi di *counseling* nutrizionale
- Sedute di psicoterapia individuale
- Ricoveri in regime di day-hospital
- Ricoveri in regime ordinario
- Colloqui psichiatrici per degenti
- Interventi sulle famiglie (sostegno, psicoeducazione)
- Consulenze
- Interventi di sostegno
- Altro (psicodiagnostica, lavoro d'equipe...)

Tale attività assistenziale è stata rivolta a pazienti provenienti da tutte le province della Regione Campania e anche a pazienti di alcune province extraregionali (Bari, Taranto, Matera, Cosenza).

### 3. PROPOSTA PER L'ATTIVAZIONE DI UNA STRUTTURA RESIDENZIALE TERAPEUTICO-RIABILITATIVA PER I DISTURBI PSICOGENI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE NELLA REGIONE CAMPANIA

Nel corso dell'attività clinico-assistenziale svolta da questo Centro Pilota Regionale nel suddetto quadriennio, è emersa l'esigenza di disporre di uno spazio di cura alternativo alla struttura di ricovero ordinario della Clinica Psichiatrica, che fosse neutro e differenziato, dove i pazienti con DCA possano vivere un'esperienza di terapia continuativa, integrata e scevra dai gravi effetti stigmatizzanti di un ricovero psichiatrico. Una volta superata la fase acuta del disturbo che, com'è noto, comporta gravi conseguenze per la salute psico-fisica dei pazienti, questi hanno spesso bisogno di un lungo follow-up riabilitativo che, com'è intuibile, non può essere svolto in un reparto di degenza di tipo psichiatrico. Pertanto, si propone la creazione di un servizio di degenza residenziale riabilitativa che possa garantire il follow-up a lungo-termine dei pazienti con DCA, onde garantire il pieno recupero e la stabilizzazione delle loro condizioni psico-organiche. Una tale struttura deve assicurare lo svolgimento delle seguenti attività:

- Proseguimento del percorso terapeutico iniziato durante la fase acuta del disturbo attraverso:
  - o Counseling dietetico-nutrizionale
  - o Psicoterapie
  - o Farmacoterapie
  - o attività motoria programmata
  - o tecniche riabilitative volte al recupero dell'espressività emozionale e della percezione corporea (musicoterapia, teatroterapia, arti grafiche, etc..)
- psicoeducazione e sostegno alle famiglie
- graduale reinserimento socio-lavorativo dei pazienti

Secondo le linee guida illustrate nel documento della commissione ministeriale costituita con decreto del Ministero della Sanità del 23.3.1997, una tale struttura deve comprendere:

- 6-10 posti letto, allocati in camere singole con servizi;
- ampi spazi di interazione sociale;
- sala mensa e cucina;
- locali per attività di gruppo;
- laboratorio di arti grafiche ed espressive;
- palestra;
- ambulatori medici e di psicoterapia;
- spazi per il personale.

Le caratteristiche strutturali devono essere ad imitazione delle civili abitazioni con un'organizzazione interna che garantisca sia gli spazi e i ritmi della normale vita quotidiana sia le specifiche attività sanitarie.

L'equipe di trattamento deve essere così composta:

- 1 psichiatra responsabile
- 5 operatori (psichiatra, psicologo, internista)
- 1 nutrizionista
- 1 dietista
- 3 tecnici della riabilitazione psichiatrica
- 3 turni di personale infermieristico ruotanti sulle 24 ore

L'allocazione della struttura è prevista nell'ambito del Centro Polifunzionale di Villa Walpole dell'ASL Napoli 1

## **Sottoprogetto B:**

**Istituzione del Centro Pilota di Competenza Regionale per la prevenzione e la terapia interdisciplinare dell'obesità di alto grado e realizzazione di una Rete Regionale Integrata; attivazione di una struttura residenziale terapeutico-riabilitativa per obesi gravi e per obesi da sottoporre o sottoposti a chirurgia bariatrica.**

### **1. L'ASSISTENZA AI PAZIENTI OBESI DI ALTO GRADO NELL'A.O.U. FEDERICO II**

A) Nell'Area Centralizzata di Medicina Interna e Nutrizione Clinica del DAS di Clinica Medica ci sono 2 letti speciali per obesi regolarmente utilizzati per i pazienti ricoverati. Una bilancia per persone di oltre 200 kg sarà disponibile a breve termine.

Il DH ha una sede al quarto piano dell'edificio 1 dove i pazienti vengono visitati dal medico e possono incontrare la dietista. Nel laboratorio per la valutazione metabolica i pazienti effettuano l'indagine di calorimetria indiretta e le valutazioni BIA per la composizione corporea.

I controlli vengono, di norma, svolti presso l'ambulatorio al piano terra.

Un Medico specialista strutturato con la collaborazione di Medici specializzandi in formazione coordina le attività ambulatoriali e DH dedicate per i pazienti obesi (circa 300 DH e 4000 visite ambulatoriali per anno) che prevedono anche frequenti incontri con le dietiste (al momento 2 contrattiste aziendali sovraccariche di lavoro). Un Biologo nutrizionista strutturato è responsabile del laboratorio per la composizione corporea ed il dispendio energetico (circa 800 determinazioni per anno per esame per pazienti con varie forme di malnutrizione).

B) Nella Struttura Complessa di Chirurgia Generale, Oncologica e Bariatrica del DAS di Chirurgia Generale, Oncologica e Videoassistita è attivo un "Ambulatorio per la Terapia Chirurgica Interdisciplinare dell'Obesità". L'ambulatorio è provvisto di una bilancia pesapersona fino a 250 kg con integrato un programma per valutazione della composizione corporea e delle sue variazioni e collegabile ad un computer per l'analisi comparativa dei dati pre e post-operatori, alle varie scadenze di follow-up. È presente una pedana pesa-persone completa di scivolo per la valutazione del peso di persone inabili alla deambulazione che giungono alla nostra osservazione su sedie a rotelle o addirittura in barella. Tale pedana è in grado di registrare anche pesi superiori ai 350 kg.

Nell'ambulatorio il paziente viene intervistato da una dietista e redige il diario alimentare settimanale. Ha un primo incontro con il Chirurgo che gli illustra le varie possibilità terapeutiche anche con l'ausilio di materiale informativo. Il paziente, quindi, effettua una consulenza Psicologica che può richiedere anche varie sedute. Alla fine di questo percorso vi è una decisione collegiale sul tipo di intervento da effettuare che viene concordato con il paziente che rilascia apposito e specifico consenso informato. In previsione del ricovero ordinario per il trattamento chirurgico, il paziente, in regime ambulatoriale, effettua, oltre l'indagine alimentare e la consulenza psicologica/psichiatrica, gli esami di laboratorio; l'ECG, l'ecocardiogramma e la consulenza cardiologica; l'RX torace; la EGDS; la spirometria e la consulenza pneumologica; la valutazione endocrinologica e la diagnostica metabolica. Per quanto concerne l'attività ambulatoriale si è registrato un aumento esponenziale dell'attività. Nel periodo 2006/2007: le prime visite sono state 250 mentre nel periodo 2007/2008 sono state 450 (+ 44.4%); le visite di controllo, sono state 720 nel periodo 2006/2007 mentre nel periodo 2007/8 sono state 960 (+ 25%).

Al piano di degenza dell'Edificio n. 7 sono previste stanze specificamente dedicate per i pazienti obesi e superobesi, dotate di 4 letti, completamente elettrici e con portata fino a 250 kg. e di wc in acciaio, composto da un pezzo unico modellato, ad evitare eventuali pericolose rotture con conseguenti gravi lesioni. Allo stesso piano di degenza è presente una stanza da bagno, sempre

fornita di wc in acciaio e con maniglioni di sostegno, dedicata ai pazienti con handicap che può essere utilizzato da pazienti anche obesi e superobesi inabili alla deambulazione.

I trattamenti eseguiti sono: pallone intragastrico; bendaggio gastrico regolabile; diversione bilio-pancreatica e sleeve gastrectomy. La struttura è, inoltre, già Centro di riferimento nazionale per i reinterventi. Gli interventi vengono eseguiti, nella massima parte dei casi, in laparoscopia. L'imminente trasferimento della Struttura nell'Edificio n. 7 comporterà, inoltre, l'impiego di sale operatorie ad elevatissima tecnologia. Una di queste è stata specificamente attrezzata per gli obesi ed i superobesi, fornita di un tavolo operatorio dedicato, più largo, adattabile a tutte le posizioni con portata fino a 250 kg e superiore ai 250 kg se in posizione fissa. È disponibile, inoltre, una finestra passa-persone, con portata fino a 250 kg, completamente elettrica, che consente, nell'immediato post-operatorio, il trasporto del paziente, ancora sedato, dal letto operatorio al letto di degenza.

Nel corso di questi ultimi anni l'attività operatoria si è incrementata, nonostante notevoli difficoltà logistiche, carenze di posti letto e di personale, ridotta disponibilità delle sale operatorie. In Italia, infatti, sono stati censiti dalla S.I.C.OB. (Società Italiana di Chirurgia dell'Obesità e delle malattie metaboliche) 58 Centri di chirurgia bariatrica. Nell'inchiesta condotta dalla S.I.C.OB. il Centro dell'A.O.U. Federico II era, per casi operati, al 21° posto nel 2006 ed all'8° nel 2007. Ancora più importanti sono i dati desumibili dal Registro S.I.C.OB., basati su dati controllati (numero di cartella, data e numero intervento, ecc.) e non semplicemente forniti in risposta ad un questionario. Secondo i dati del Registro S.I.C.OB. (il più importante del mondo) il Centro dell'A.O.U. Federico II era all'11° posto nel 2006 ed al 2° posto nel 2007. L'incremento dell'attività operatoria è stata, infatti, nel 2007 del + 56.9% rispetto al 2006. Tale andamento potrebbe anche ulteriormente incrementarsi visto l'imminente trasferimento delle nostre attività assistenziali ed operatorie nei nuovi complessi dell'Edificio n. 7, con la disponibilità di maggiori spazi assistenziali e di più frequenti sedute operatorie. Questa migliore e più decorosa sistemazione logistica consentirà, inoltre, anche di soddisfare le numerose richieste di utilizzare il Centro come sede di Corsi di addestramento e perfezionamento.

## **2. PROBLEMATICHE MEDICHE E CHIRURGICHE DELL'OBESITÀ DI ALTO GRADO**

### **A) Problematiche mediche.**

La gestione medica di quei pazienti obesi che non possono essere candidati alla terapia chirurgica richiede particolare impegno proprio per le condizioni cliniche che ne sconsigliano l'intervento o per l'età, troppo giovane o avanzata.

Questi pazienti non candidabili alla terapia chirurgica richiedono un'assistenza medica specialistica per la gestione delle complicanze da curare in collaborazione con il medico di medicina generale, ma anche la necessità di un accesso preferenziale nei reparti di terapia medica e/o terapia intensiva, a volte necessario per fronteggiare condizioni cliniche di vera criticità ed urgenza (insufficienza cardio-respiratoria) ovvero in strutture per la riabilitazione fisica e nutrizionale in lungo-degenza.

### **B) Problematiche chirurgiche.**

Va tenuto presente il forte aumento del numero degli interventi di chirurgia bariatrica. In Italia si è osservato, nel corso di questi ultimi anni, un costante e progressivo incremento dell'attività di chirurgia bariatrica ed è facilmente prevedibile un forte incremento nei prossimi anni, considerando che essa rappresenta l'unica terapia dell'obesità di alto grado efficace a lungo termine.

La terapia chirurgica richiede, però, una selezione molto attenta dei pazienti candidati al fine di evitare rischi di mortalità perioperatoria e complicanze a breve e lungo termine, secondarie alla procedura chirurgica, prevalentemente legate a malnutrizione e/o a specifiche carenze nutrizionali. Per tale motivo è assolutamente indispensabile che tale attività non sia sporadica ed opera di un

singolo chirurgo ma sia, viceversa, praticata in Centri interdisciplinari di 1° e 2° livello, come raccomandato nell'opuscolo "Linee Guida e stato dell'arte della chirurgia bariatrica e metabolica in Italia" pubblicato, nell'Aprile del 2008, dalla Società Italiana di Chirurgia dell'Obesità e delle malattie metaboliche (S.I.C.OB.).

Una problematica di grandissima rilevanza sociale è che, almeno nei Centri di 2° livello, siano operativi chirurghi plastici che possano portare a compimento il rimodellamento corporeo a dimagrimento avvenuto. E' assolutamente superfluo sottolineare che questi interventi non sono estetici ma funzionali e che fanno parte integrante del trattamento interdisciplinare. Non esiste nella nostra Regione una struttura pubblica che eroghi tale tipo di attività e per questo motivo molti pazienti, operati anche presso la stessa A.O.U. Federico II, sono stati costretti a migrare in Lombardia per essere operati in strutture pubbliche.

In pazienti a rischio anestesilogico e chirurgico elevato (malattie correlate; obesità grave complicata; super- e super-superobesità) è indicato un dimagrimento preoperatorio ed una specifica preparazione medica, nutrizionale e riabilitativa in strutture specificamente attrezzate ed in lungodegenza. Analoga necessità si ha in questi pazienti nel periodo post-operatorio.

### ***C) Necessità di un intervento integrato specialistico.***

Le caratteristiche di alta specializzazione della gestione medica e chirurgica di questi pazienti richiedono, tra l'altro, un inquadramento psico-comportamentale ai fini delle opportune decisioni terapeutiche, nonché di specifiche competenze di nursing riabilitativo. L'assistenza o nursing del paziente obeso, spesso un vero e proprio invalido, richiede, infatti, una particolare professionalità di tipo riabilitativo, se il paziente ha una vera e propria invalidità motoria, come, anche ad esempio, per la gestione di piaghe ed ulcere cutanee, fino all'igiene personale. Per queste necessità sarebbe utile anche l'apporto di personale medico specializzato in vulnologia.

In conclusione, la terapia dell'obesità di alto grado è sempre una terapia integrata ed interdisciplinare, che necessita di un'elaborata fase diagnostica per la definizione dell'intervento da effettuare: medico; medico e psico-comportamentale; medico, psico-comportamentale e chirurgico. La stessa scelta del tipo di intervento chirurgico da effettuare richiede una valutazione collegiale anche per la definizione del successivo controllo medico-nutrizionale a lungo termine.

A monte dell'intervento del Centro di alta specializzazione ed interdisciplinare, è da sottolineare come il ruolo del Medico di medicina generale nel dare inizio e nel collaborare attivamente al percorso diagnostico-terapeutico, a volte particolarmente complesso per questi pazienti, sia di primaria importanza. Inoltre il Centro potrà fornire al MMG le indicazioni necessarie per migliorare l'assistenza dei pazienti che siano già stati sottoposti ad interventi di chirurgia bariatrica presso centri extra regionali.

## **3. OBIETTIVI DEL PROGETTO.**

### **Obiettivo generale:**

**Istituzione del Centro Pilota di Competenza Regionale ed organizzazione di una rete diagnostico-assistenziale per la prevenzione e la terapia interdisciplinare dell'obesità di alto grado; costituzione di una struttura residenziale terapeutico-riabilitativa per obesi gravi e per obesi da sottoporre o sottoposti a chirurgia bariatrica.**

### **Obiettivi specifici:**

- implementare il Centro di Alta Specializzazione già esistente presso l'A.O.U. Federico II di Napoli e qualificarlo come Centro Pilota di Competenza Regionale (di 2° livello);

- favorire la creazione di Centri di 1° livello presso ognuna delle altre quattro province della Regione Campania;
- formare i professionisti (medici, chirurghi, nutrizionisti/dietisti, psicologi/psichiatri, infermieri, fisioterapisti, ecc.), capaci di prendere in carico i pazienti con obesità di alto grado nelle sedi provinciali e di riferire al Centro Pilota di Competenza Regionale pazienti con problemi particolari;
- mettere a punto, con i medici di medicina generale, metodologie di presa in carico congiunta, oltre che di consulenza e di riferimento per questi pazienti;
- implementare un sistema informativo capace di gestire il flusso di informazioni e l'invio dei pazienti dai medici di medicina generale, alle strutture provinciali ed al centro di riferimento regionale;
- collaborare ed integrarsi con una struttura residenziale terapeutico-riabilitativa per il trattamento a lungo termine degli obesi gravi e/o chirurgici (malattie correlate; obesità grave complicata; super- e super-superobesità) .

#### **Attività necessarie per raggiungere gli obiettivi identificati.**

Per raggiungere gli obiettivi su enunciati, vanno programmate alcune attività, che possiamo suddividere, per semplicità di esposizione, in:

- **Attività relative al Centro Pilota di Competenza Regionale (di 2° livello).**
- **Attività relative alle Strutture provinciali.**
- **Attività relative al sistema informativo ed alla formazione di tutti i partecipanti al Progetto.**
- **Attività relative struttura residenziale terapeutico-riabilitativa per il trattamento a lungo termine degli obesi gravi e/o chirurgici.**

#### **A) ATTIVITÀ RELATIVE AL CENTRO PILOTA DI COMPETENZA REGIONALE DI 2° LIVELLO.**

L'A.O.U. Federico II è fornita di elevate professionalità mediche e chirurgiche specialistiche in questo settore, che sono in grado di fornire assistenza sia nella fase diagnostica che terapeutica. Per tale motivo, la naturale sede del Centro Pilota di Competenza Regionale è rappresentata dall'A.O.U. Federico II.

#### **Attività del Centro Pilota di Competenza Regionale di 2° livello.**

- Standardizzare protocolli diagnostici e terapeutici.
- Prendersi cura dei pazienti a più alto rischio.
- Fornire consulenza "sul campo" ai colleghi dei centri provinciali per i pazienti a minore rischio e complessità.
- Curare la formazione dei colleghi di questi centri e dei medici di medicina generale.
- Mettere a punto e gestire un sistema informativo informatizzato capace di governare il Progetto.

#### **Indicatori per la valutazione relativi agli obiettivi del Centro Pilota di Competenza Regionale.**

- Numero di protocolli diagnostici e terapeutici prodotti e diffusi alle sedi provinciali ed ai MMG partecipanti al Progetto.
- Numero di pazienti ad alto rischio seguiti/anno.

- Numero di pazienti seguiti/anno in collaborazione con i Centri provinciali.
- Numero di eventi formativi, a distanza, in presenza e sul campo realizzati a favore dei partecipanti al Progetto.
- Creazione di un sistema informativo per la gestione clinica, epidemiologica e formativa del Progetto.

#### **B). ATTIVITÀ RELATIVE ALLE STRUTTURE PROVINCIALI.**

- Identificare le risorse e le competenze necessarie per prendere in carico pazienti con obesità grave da un punto di vista medico e chirurgico.

In particolare, ogni Unità Operativa deve prevedere attività ambulatoriale, DH e ricovero ordinario dedicati alla grande obesità, con possibilità di accesso a consulenze specialistiche. L'Unità deve essere attrezzata di strumenti assistenziali come barelle, letti speciali, bilance, etc. adatti alla dimensione corporea ed alle eventuali disabilità di tali pazienti. Il personale parasanitario deve essere, poi, adeguatamente qualificato. Il Centro di 2° livello si farà carico di costituire una rete integrata di chirurghi ed anestesisti con specifiche competenze per effettuare le varie tipologie d'intervento bariatrico. La scelta dell'eventuale terapia chirurgica andrà sempre concordata tra medici internisti, psicologi/psichiatri, anestesisti e chirurghi. La rete integrata interdisciplinare con supporto telematico si farà carico del follow-up dei pazienti sottoposti a terapia medica o ad intervento chirurgico.

- Identificare, con la supervisione e l'appoggio del Centro di Riferimento Regionale di 2° livello e con le risorse messe a disposizione dal Progetto, le modalità di acquisizione delle risorse e delle competenze necessarie.
- Implementare il sistema informativo del Progetto.
- Implementare gli step formativi previsti, in relazione ai momenti di incontro con i Medici di medicina generale e con la struttura regionale.

#### **Indicatori per la valutazione relativi agli obiettivi delle strutture provinciali.**

- Numero di pazienti con obesità di alto grado seguiti/anno.
- Numero di pazienti seguiti/anno in collaborazione con il Centro di Riferimento Regionale.
- Risorse e competenze acquisite per poter fungere da Centro provinciale di 1° livello.
- Numero di eventi formativi, a distanza, in presenza e sul campo realizzati con/per i partecipanti al Progetto.
- Utilizzazione di un sistema informativo per la gestione clinica, epidemiologica e formativa del Progetto.

#### **C). ATTIVITÀ RELATIVE AL SISTEMA INFORMATIVO ED ALLA FORMAZIONE DI TUTTI I PARTECIPANTI AL PROGETTO.**

- Creazione di un sistema informativo, basato sul web, capace di acquisire le informazioni relative a tutte le tappe del Progetto, di mettere in contatto tra loro tutti i professionisti coinvolti e di permettere a questi di scambiare informazioni diagnostiche e cliniche relative ai pazienti presi in carico.
- Realizzazione di una serie di iniziative formative (in presenza, a distanza, sul campo) capaci di creare le competenze, tecniche, relazionali e gestionali e di lavoro di squadra, necessarie ai professionisti che parteciperanno al Progetto.

**Indicatori per la valutazione relativi al sistema informativo ed alla formazione di tutti i partecipanti al Progetto.**

- Disponibilità di un sistema informativo presente e funzionante in tutte le sedi nelle quali il Progetto sarà operante (dai Medici di medicina generale, alle strutture provinciali al Centro di Riferimento Regionale).
- Numero e tipologia di eventi formativi organizzati.

**D. ATTIVITA' RELATIVE ALLA STRUTTURA RESIDENZIALE TERAPEUTICO-RIABILITATIVA**

Per la descrizione analitica di tali attività (premessa; criteri diagnostici; criteri clinici; setting di cura; principi generali, articolazione della rete assistenziale, percorsi di trattamento, follow-up; proposta di strumenti operativi: criteri di appropriatezza del setting di cura; misure del grado di disabilità) si ritiene più utile riferirsi al documento base (che si allega) per una *consensus conference* "Indicazioni per trattamenti residenziali di riabilitazione intensiva metabolico-nutrizionale-psicologica", elaborato da vari specialisti, tra cui il Prof. F. Pasanisi dell'Università Federico II di Napoli che è tra i proponenti del presente Progetto.

Considerate le peculiarità e le finalità del Progetto in oggetto, al documento suddetto ed allegato vanno aggiunte le figure dei vari chirurghi bariatrici e di almeno un chirurgo plastico nei diversi setting di cura: team approach e fase diagnostica; articolazione della rete assistenziale; percorsi di trattamento; follow-up.

L'allocazione della struttura è prevista nell'ambito del Centro Polifunzionale di Villa Walpole dell'ASL Napoli 1

**4. VANTAGGI CHE IL PROGETTO POTRÀ APPORTARE AL SISTEMA SANITARIO REGIONALE.**

**A) Creazione, formazione e perfezionamento dei Centri di 1° livello nelle Provincie di Avellino, Benevento, Caserta e Salerno.**

Attraverso questo Progetto si intende creare una Rete Regionale integrata ed informatizzata tra medici di medicina generale, Centri di 1° livello provinciali ed il Centro di Riferimento Regionale di 2° livello dell'A.O.U. Federico II di Napoli per la prevenzione e la terapia integrata ed interdisciplinare dell'obesità.

Attualmente, infatti, mentre nella città di Napoli vi sono Centri variamente attrezzati e dotati delle specifiche competenze in grado di soddisfare i fabbisogni della popolazione della provincia napoletana, in tutte le altre provincie della Regione non esistono strutture adeguate che vanno, quindi, appositamente create, dotandole di idonee attrezzature e, soprattutto, formando e perfezionando il personale medico e di supporto attraverso continue e coordinate azioni di didattica e di tutoraggio, anche avvalendosi delle opportunità offerte dalla telemedicina.

Il Progetto presentato dall'A.O.U. Federico II è in grado di garantire, nell'arco dei due anni previsti, la istituzione di un Centro di 1° livello per la prevenzione e la terapia integrata ed interdisciplinare dell'obesità in ognuna delle 4 Provincie. Tali Centri, alla fine del periodo previsto, saranno in grado di trattare da un punto di vista medico, medico-psicocomportamentale e chirurgico la massima parte dei casi occorsi alla loro osservazione.

Nelle Provincie di Avellino, Benevento, Caserta e Salerno vivono circa 3.000.000 di abitanti. Se calcoliamo una prevalenza di circa il 2,5% su una rispettiva popolazione adulta di 1,3

milioni di abitanti, ne deriva che l'attesa di pazienti affetti da tale patologia, in queste quattro Provincie, è di circa 35.000 individui. Si tratta, quindi, di una patologia di grandissima rilevanza, di enormi costi socio-sanitari e causa di frequente migrazione sanitaria passiva extraregionale, essendo i Centri della Provincia di Napoli nemmeno sufficienti a soddisfare le richieste dei potenziali pazienti della provincia napoletana (circa 45.000).

I Centri di 1° livello provinciali andrebbero allocati nelle rispettive Aziende Ospedaliere: "San Giuseppe Moscati" di Avellino; "G. Rummo di Benevento"; "Sant'Anna e San Sebastiano" di Caserta e "San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona" di Salerno. Presso queste Aziende, infatti, sono già preesistenti ed attive tutte le Strutture di supporto, sia da un punto di vista diagnostico sia da un punto di vista terapeutico, comprese le Unità di Terapia Intensiva e di Rianimazione. Sono, inoltre, già presenti ed attive Strutture Complesse o Unità di Medicina Interna, di Endocrinologia, di Diabetologia, ecc. nelle quali sono già presenti ottime competenze professionali in materia, che andrebbero, però, specificamente individuate (anche con la destinazione di 4-6 letti dedicati a tale patologia) ed opportunamente coordinate, da un lato, con i medici di medicina generale, e, dall'altro, con la componente chirurgica, che, invece, va specificamente formata e perfezionata nel corso di questi quattro anni.

Sarebbe indispensabile individuare in ognuna delle suddette Aziende un'équipe chirurgica (almeno 2 chirurghi ed 1 endoscopista) che volesse dedicarsi prevalentemente, se non esclusivamente, a tale attività.

Alla fine del Progetto, tutte le componenti dei Centri provinciali integrati ed interdisciplinari di 1° livello avranno il know-how indispensabile per un'ottimale opera di prevenzione da svolgere sul territorio, con l'indispensabile collaborazione dei medici di medicina generale, per un corretto inquadramento diagnostico, per una scelta ed una condotta terapeutica ineccepibili e per un adeguato programma di follow-up dei casi trattati.

Le 4 Unità Operative provinciali, alla fine del Progetto, saranno in grado di ottemperare a tutte le caratteristiche riportate nell'opuscolo (che si allega) "Linee Guida e stato dell'arte della chirurgia bariatrica e metabolica in Italia" pubblicato, nell'Aprile del 2008, dalla Società Italiana di Chirurgia dell'Obesità e delle malattie metaboliche (S.I.C.O.B.), relative ai Centri di 1° livello, seguendo, anche, le raccomandazioni in esso contenute e sulla cui osservanza vigilerà il Centro di Riferimento Regionale di 2° livello della A.O.U. Federico II di Napoli.

***B) Creazione di una Rete Regionale integrata ed informatizzata tra Centro di Riferimento Regionale, Centri provinciali di 1° livello e Medici di medicina generale.***

La creazione di una rete regionale integrata rappresenta un percorso assistenziale semplificato a partire dal medico di medicina generale fino ai Centri di alta specializzazione, provinciali di 1° livello e di Riferimento Regionale di 2° livello per i pazienti affetti da obesità di alto grado, che avrà una serie di utilissime ricadute:

1. si definisce un percorso diagnostico ed assistenziale razionale per una patologia emergente e di grandissima rilevanza sociale, con il pieno coinvolgimento dei medici di medicina generale;
2. si creano sedi territoriali adeguate, a diffusione almeno provinciale, con professionalità (mediche, chirurgiche, specialistiche e parasanitarie) adeguatamente e specificamente formate e perfezionate, in grado di garantire l'altissima specializzazione richiesta dalla particolare tipologia di pazienti;
3. si limiteranno le cosiddette " migrazioni " in altre regioni (in particolare per strutture riabilitative pre- e post-trattamento, per la chirurgia bariatrica e per la chirurgia plastica post-dimagrimento), sia presso strutture pubbliche che private;

4. si potranno impiegare al meglio alcuni posti letto di strutture ospedaliere delle varie provincie, altrimenti sottoutilizzati;
5. si contribuirà, in ultima analisi, al contenimento della spesa sanitaria (notevolissima riduzione dei costi sanitari e sociali, diretti ed indiretti) ed al miglioramento dell'assistenza per pazienti di estrema gravità.

Oltre le ricadute future, più o meno immediate, ottenibili dalla prevenzione, dal coinvolgimento dei medici di medicina generale e dalla costituzione di una rete con supporto telematico a livello regionale, si devono considerare gli elevatissimi costi sociali e sanitari, diretti ed indiretti, comportati dall'obesità di alto grado che, attraverso questa azione diffusa, efficace e coordinata, sarebbero notevolmente ridotti.

E', infine, prevedibile non solo quasi un azzeramento della migrazione sanitaria passiva ma anche un'inversione di tendenza, fino ad osservare, finalmente, una migrazione sanitaria attiva. Il Centro dell'A.O.U. Federico II, infine, potrebbe formare e perfezionare anche personale di altre Regioni o di altri Paesi, con una positiva ricaduta di immagine sulla Sanità della nostra Regione.

**ASPETTI SOCIOSANITARI (Sottoprogetti A e B)**

Punto in comune dei due sottoprogetti illustrati è la creazione di una struttura residenziale terapeutico-riabilitativa per i DCA e di una struttura residenziale terapeutico-riabilitativa per gli obesi gravi e per obesi da sottoporre o sottoposti a chirurgia bariatrica. Tali strutture potrebbero coesistere in un'unica residenza che opererà nell'ottica dell'integrazione sociosanitaria, promuovendo tutti quei processi volti a favorire la connessione con servizi ed iniziative sociosanitarie presenti sul territorio.

La sede delle strutture residenziali è individuata nel Centro Polifunzionale di Villa Walpole dell'ASL Napoli 1.

Tale compito risponde alla necessità di favorire lo sviluppo di processi utili a coniugare l'alta specializzazione dei servizi offerti con i reali bisogni di cura della popolazione. Finora, infatti, lo sviluppo di iniziative istituzionali territoriali orientate alla presa in carico di pazienti con DCA o obesità ha evidenziato nella nostra realtà molti spunti critici, nonostante lo sforzo della Regione Campania a supporto dei servizi pubblici e privati. Il rapporto che i servizi territoriali hanno istituito con i pazienti affetti da DCA o obesità è stato frequentemente caratterizzato da confusione o ambivalenze, determinando spesso sentimenti di demoralizzazione nei pazienti e negli operatori. Tra gli aspetti critici dell'organizzazione sanitaria e della presa in carico delle persone affette da DCA o obesità vanno segnalati: a) la mancata integrazione tra i servizi che seguono detti pazienti; b) una prevalenza significativa di casi con percorsi terapeutici incerti e discontinui; c) il frequente riscontro di percorsi clinici spesso interrotti per una carenza di specifici momenti di cura integrati e condivisi. Da ciò scaturisce la necessità di riprogrammare la metodologia di approccio e di gestione dei casi con DCA o obesità e, per quanto attiene ai primi, in questa direzione vanno registrati gli sforzi del Centro Pilota Regionale ed il riscontro delle linee di indirizzo delineate da detto Centro. Secondo tale ottica, l'istituzione di una struttura residenziale terapeutico-riabilitativa per i DCA e l'obesità risponde a due esigenze di notevole valenza sociosanitaria:

1. avviare la sperimentazione di percorsi ad elevata intensità assistenziale per i casi complessi e gravi (che attualmente sono prevalentemente indirizzati ad analoghi Centri di Alta Specializzazione extraregionali),
2. osservare e sperimentare il riscontro che l'istituzione di una tale struttura (relativa al terzo livello operativo del modello – vedi schema n.1) determina sul network dei servizi esistenti ed in che misura sviluppa un processo di miglioramento organizzativo e della qualità dei processi terapeutici nei servizi del I e II livello.

Come sopra specificato, al fine di garantire lo sviluppo di processi di integrazione socio-sanitaria, la struttura di cui sopra promuoverà quattro diverse azioni specifiche:

1. Indagine sulla prevalenza dei DCA negli adolescenti frequentanti le scuole secondarie di I e II grado della regione Campania (allegato 6),
2. Intervento-Progetto volto alla prevenzione dei DCA nelle scuole (allegato 6),
3. Intervento-Progetto teso a promuovere la comunicazione e la formazione su aspetti specifici dei DCA e dell'obesità,
4. Creazione di uno sportello informativo, con sede nella struttura stessa, che svolga una funzione di collegamento tra i cittadini-utenti, i servizi sociali e quelli sanitari del territorio e fornisca ai cittadini ogni idoneo materiale informativo sulla rete dei servizi campani.

Le azioni di cui ai punti 1 e 2 sono illustrate nell'allegato 6. Qui di seguito sono descritte brevemente, le azioni di cui ai punti 3 e 4.

**Intervento-Progetto teso a promuovere la comunicazione e la formazione su alcuni aspetti specifici dei DCA e dell'obesità. Tale intervento si articola in due azioni:**

1. **Lavorare con le famiglie (con gli insegnanti, etc.) sui dati utili alla comprensione del problema**, al fine di implementare le competenze relative ai cambiamenti nei costumi degli adolescenti che possano rappresentare indicatori della presenza di un DCA o di un'obesità incipiente.
2. **Percorso di comunicazione/informazione su quali e cosa sono i “Disturbi del Comportamento Alimentare” e sull'obesità e malattie correlate (cause, conseguenze, cosa si deve fare, diario alimentare, ecc.)**. Tale percorso è indirizzato alle famiglie, agli operatori sociali di settori coinvolti, ai docenti ed al personale delle scuole. Tutta la fase di formazione e di diffusione delle conoscenze verrà concordata e coordinata sulla base delle linee guida regionali in materia ed in diretto collegamento con il Centro Pilota regionale. Essa avrà quale materia di comunicazione/informazione la natura dei disturbi alimentari minori o sottosoglia ed il rapporto di queste manifestazioni con i fattori culturali e quelli di rischio generici nella popolazione di riferimento.

**Apertura di uno sportello informativo che indirizzi gli utenti e curi il collegamento con i servizi del territorio. Curi, inoltre il materiale informativo idoneo quale guida per la rete dei servizi campani - Costituzione di un sistema informativo psicosociale.**

Tali interventi perseguono il fine di garantire

- l'integrazione sociosanitaria con i servizi ed i percorsi istituzionali del 1° e del 2° livello (vedi schema n.1);
- i percorsi informativi e la guida delle persone con specifici bisogni di cura, con particolare attenzione al fatto che i cittadini conoscano:
  - o A chi rivolgersi (MMG, Nutrizionista, Psicologo, Psichiatra, Chirurghi bariatrici ed altri operatori dell'équipe che abbiano raggiunto un livello accreditato dalla formazione e dalla partecipazione alla rete integrata dei servizi),
  - o Qual è l'équipe multidisciplinare di riferimento a cui accedere da qualsiasi porta essa venga attivata;
- la individuazione di uno specifico meccanismo di management del percorso socio-assistenziale;
- la sottoscrizione di un Piano Aziendale specifico che recepisca le Linee Guida regionali in materia.

Secondo il *modello integrato di intervento*, la presa in carico dei casi con disturbi delle condotte alimentari o con obesità è fatta da un'unica équipe con competenze maturate negli specifici ambiti operativi e professionali. In questo caso il destinatario degli interventi riceve una spiegazione coerente della sua condizione di partenza e una “prescrizione” coerente. I trattamenti effettuati con questa prospettiva mirano a ridurre i conflitti tra i curanti, mirano a eliminare le difficoltà dei pazienti nel seguire programmi terapeutici diversi e sentire messaggi potenzialmente contrastanti e mirano a rimuovere barriere di vario genere (anche finanziario) per accedere al trattamento e continuarlo. Lo stesso modello favorisce uno scambio costante tra i diversi operatori innescando un processo di integrazione delle capacità possedute da ciascuno, a tutto vantaggio dell'efficacia del servizio erogato.

Lo sportello di accoglienza sociale cercherà di costruire una connessione facilitata e coerente con il modello integrato su esposto al fine di ottimizzare una **Metodologia dell'intervento presso la struttura stessa che rispetti i criteri di accessibilità definiti dalle Linee Guida**

**regionali e che permetta, al termine del percorso stesso, la piena titolarità della presa in carico presso i servizi della rete regionale, realizzando, così, il più alto livello di responsabilità istituzionale nell'attuazione di percorsi terapeutici, psico-educativi e assistenziali.**

In tal direzione lo sportello curerà le modalità dell'accertamento del bisogno di cura, le modalità di collaborazione tra servizi, e dei programmi terapeutici, compresa la definizione del servizio referente in collegamento con il case manager (uosm, medici di famiglia, etc.) che assume di volta in volta, a seconda delle necessità evidenziate, la funzione di coordinatore dell'intervento.

### **Punti di forza**

*Il punto di forza* dell'organizzazione del modello operativo nel quale si iscrive la presente struttura è il rispetto della *multidisciplinarietà*, nell'approccio integrato ai problemi, di un approccio sensibile alle *dinamiche individuali*, a quelle della famiglia e del contesto sociale.

Esso si configura, così, come un modello d'intervento *competente nel superare gli ostacoli* impliciti nell'attuale sistema dei servizi.

*Altro punto di forza* di tale progetto è quello di contribuire alla *creazione di una rete* tra tutte le istanze preposte al trattamento dei disturbi alimentari.

*A.O.U. Seconda Università' di Napoli*

*Centro Pilota Regionale per i disturbi del comportamento alimentare (DCA)*

*Dipartimento di Psichiatria*

Prof. Mario Maj

Prof. Palmiero Monteleone

*Centro di Alta Specializzazione per la terapia interdisciplinare dell'obesità di alto grado*

*Dipartimento di Chirurgia generale, oncologica e videoassistita*

*A.O.U. Università Federico II di Napoli*

Prof. Pietro Forestieri

**Il Direttore Generale ASL Napoli 1**

**Prof. Giovanni Di Minno**

**ALLEGATI:**

- 1- Valutazione della prevalenza dei DCA nella regione Campania. – Valutazione di un intervento educativo volto alla prevenzione primaria dei DCA**
- 2- Analisi Costi**
- 3- Centro Polifunzionale ASL NA 1 “Villa Walpole”**

## Analisi dei costi annui previsti per il Sottoprogetto A

### **ATTIVAZIONE DI UNA STRUTTURA RESIDENZIALE TERAPEUTICO-RIABILITATIVA PER I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE NELLA REGIONE CAMPANIA**

### **VALUTAZIONE DELLA PREVALENZA DEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE NELLA REGIONE CAMPANIA**

### **VALUTAZIONE DI UN INTERVENTO EDUCATIVO VOLTO ALLA PREVENZIONE PRIMARIA DEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE**

| <b>ANALISI DEI COSTI PREVISTI</b>                                                                                                                                                                                                  | <b>Euro</b>       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| <b>A) Attivazione di una struttura residenziale terapeutico-riabilitativa per i disturbi del comportamento alimentare nella regione Campania</b>                                                                                   |                   |
| Spese di gestione e per il personale                                                                                                                                                                                               | 650.000,00        |
| Piccole Attrezzature                                                                                                                                                                                                               | 30.000,00         |
| <b>Totale A</b>                                                                                                                                                                                                                    | <b>680.000,00</b> |
| <b>B) Valutazione della prevalenza dei disturbi del comportamento alimentare nella regione Campania</b><br><b>Valutazione di un intervento educativo volto alla prevenzione primaria dei disturbi del comportamento alimentare</b> |                   |
| Piccole Attrezzature                                                                                                                                                                                                               | 5.000,00          |
| Spese per la formazione                                                                                                                                                                                                            | 80.000,00         |
| <b>Totale B</b>                                                                                                                                                                                                                    | <b>85.000,00</b>  |
| <b>COSTO TOTALE DEL PROGETTO (in migliaia di euro)</b>                                                                                                                                                                             | <b>765.000,00</b> |

## Analisi dei costi annui previsti per il Sottoprogetto B

### ATTIVAZIONE DI UNA STRUTTURA RESIDENZIALE TERAPEUTICO-RIABILITATIVA PER OBESI GRAVI

### COSTITUZIONE DEL CENTRO PILOTA DI RIFERIMENTO REGIONALE DELL'A.O.U. FEDERICO II DI CHIRURGIA BARIATRICA E DI TERAPIA INTERDISCIPLINARE DELL'OBESITÀ GRAVE

| ANALISI DEI COSTI PREVISTI                                                                      | x 1 anno          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| <b>A) Costituzione Centro Pilota di Riferimento Regionale A.O.U. Federico II</b>                |                   |
| Spese generali, di gestione e per il personale                                                  | 290.000,00        |
| Aggiornamento tecnologico                                                                       | 60.000,00         |
| <b>Totale A</b>                                                                                 | <b>350.000,00</b> |
|                                                                                                 |                   |
| <b>B) Attivazione di una Struttura Residenziale Terapeutico - Riabilitativa per Obesi Gravi</b> |                   |
| Spese di gestione e per il personale                                                            | 170.000,00        |
| Piccole Attrezzature                                                                            | 5.000,00          |
| <b>Totale B</b>                                                                                 | <b>175.000,00</b> |
|                                                                                                 |                   |
|                                                                                                 |                   |
| <b>COSTO TOTALE DEL PROGETTO (in migliaia di euro)</b>                                          | <b>525.000,00</b> |

P.S. Alla fine della progettualità del primo anno di esperienza, valutati gli obiettivi raggiunti, si potrà prevedere nel caso l'attivazione di Centri Provinciali di 1° livello per cui sarà necessario un ulteriore finanziamento previsto complessivamente per altri 200,00 euro/annui.

**DIPARTIMENTO DI PSICHIATRIA – SECONDA UNIVERSITA’ DI NAPOLI**

**CENTRO PILOTA REGIONALE PER I DISTURBI DEL  
COMPORTAMENTO ALIMENTARE**

(DGRC n. 4215 del 20.09.2002 )

(Direttore Prof. Mario Maj)

**VALUTAZIONE DELLA PREVALENZA DEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO  
ALIMENTARE NELLA REGIONE CAMPANIA**

**VALUTAZIONE DI UN INTERVENTO EDUCATIVO VOLTO ALLA PREVENZIONE  
PRIMARIA DEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE**

## Razionale della ricerca

Secondo l'ultima edizione del *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders* (DSM-IV), la categoria dei Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) comprende l'Anoressia Nervosa (AN), la Bulimia Nervosa (BN), il Disturbo da Alimentazione Incontrollata (*Binge Eating Disorder*) e i DCA non altrimenti specificati. In breve, l'AN si caratterizza per: a) consistente perdita di peso corporeo; b) intensa paura di ingrassare anche se si è sottopeso; c) disturbi della propria immagine corporea; d) nel sesso femminile, amenorrea. Il calo ponderale e le alterazioni dismetaboliche conseguenti al digiuno e alle pratiche improprie messe in atto per ottenere un ulteriore dimagrimento possono essere talmente gravi da porre in serio rischio la vita del paziente.

La BN, invece, si caratterizza per: a) ricorrenti episodi di abbuffate compulsive; b) comportamenti impropri di compenso volti ad evitare l'aumento di peso; c) intensa paura di aumentare di peso.

Il Disturbo da Alimentazione Incontrollata è fenomenologicamente molto simile alla BN per il fatto che sono presenti ricorrenti episodi di abbuffate compulsive, ma mancano tutte quelle pratiche di compenso volte ad impedire l'aumento di peso, ragion per cui i pazienti possono diventare francamente obesi.

Nella categoria dei DCA non altrimenti specificati vanno incluse quelle sindromi parziali in cui sono presenti alcuni, ma non tutti, i sintomi codificati nei criteri diagnostici del DSM-IV per l'AN o la BN. In breve, per il sesso femminile, si tratta di pazienti che, ad esempio, rispondono a tutti i criteri dell'AN eccetto l'amenorrea o che, malgrado la significativa perdita di peso corporeo, presentano un peso che è ancora nella norma. Nel caso della BN, ad esempio, sono soddisfatti tutti i criteri del DSM-IV tranne il fatto che le abbuffate avvengono con una frequenza inferiore a due episodi per settimana per tre mesi. ). Essi costituiscono un rilevante problema sanitario e sociale, in quanto sono patologie a decorso tendenzialmente cronico, caratterizzate da grave morbidità fisica e psicologica e, nel caso dell'AN, da una notevole mortalità (10% dei casi ospedalizzati) (Patton, 1988).

I DCA colpiscono soprattutto le adolescenti e le giovani donne, con età d'esordio tra i 10 e 30 anni. Per quanto riguarda l'AN, la distribuzione della frequenza dell'età d'esordio è bimodale, con un primo picco intorno ai 14 anni ed un secondo intorno ai 18 anni.

L'incidenza dell'AN è aumentata notevolmente nel corso degli ultimi venti anni. Non si tratta solamente di un aumento apparente dovuto ad una migliore conoscenza della malattia e, quindi, al maggior numero di diagnosi corrette. Infatti, numerosi studi, condotti in diversi Paesi, testimoniano

che la malattia è diventata realmente più frequente nel corso degli anni '70 e '80. Anche per la BN è stato segnalato una diffusione dilagante negli ultimi 15 anni.

Alcuni studi epidemiologici hanno fornito indicazioni sulla prevalenza dei DCA in differenti popolazioni, con valori compresi tra 0.2 e 0.8% per l'AN e tra 0.5 ed 1.5% per la BN; l'incidenza dell'AN è indicata su valori di 4-8 nuovi casi annui per 100.000 abitanti, mentre per la BN è valutata in 9-12 nuovi casi anno per 100.000 abitanti (Dancynger e Garfinkel, 1995; Olivardia et al., 1995; Rathner et al., 1995; Wakeling, 1996). Il rapporto maschi/femmine è stato stimato pari ad 1 caso ogni 10 soggetti.

Considerato che i DCA insorgono prevalentemente nel corso dell'adolescenza e tendono a cronicizzare (Ponton, 1996), è intuibile come essi possano costituire un serio problema di salute pubblica, in termini sia di costi sociali sia di disabilità individuale. Di qui la necessità di organizzare un'adeguata programmazione sanitaria.

Allo stato attuale, nella nostra regione, gli unici dati disponibili sulla prevalenza dei DCA, sono quelli derivanti da una ricerca condotta dal Centro Pilota Regionale per i DCA del Dipartimento di Psichiatria della Seconda Università di Napoli (Cotrufo et al., 1998). Tale studio condotto su un campione di circa 1000 studentesse di alcune scuole medie di secondo grado della città di Napoli ha dimostrato che, tra le adolescenti di età compresa tra i 14 ed i 18 anni, la prevalenza di AN è dello 0.2%, quella di BN del 2.3%, quella del BED è dello 0.2% e quella delle Sindromi Parziali del 13.9%.

Tra i problemi emergenti nell'ambito dell'epidemiologia dei DCA, spiccano la tendenza da parte di questi disturbi ad anticipare sempre di più la loro età di insorgenza (al di sotto della fascia d'età tra 14 e 18 anni) e la notevole diffusione anche tra gli adolescenti di sesso maschile. Al momento, nella regione Campania, non esiste alcun dato riguardante la prevalenza dei DCA in detta fascia d'età e nei soggetti di sesso maschile.

## Obiettivi

In considerazione di quanto sopra esposto, il presente progetto si propone i seguenti obiettivi:

### Obiettivi principali:

1. Quantificare la prevalenza dell'AN e della BN in un campione di studenti di sesso maschile e femminile delle scuole medie di I e II grado della regione Campania, rappresentativo di alcune diverse realtà socio-economiche di questa regione.
2. Quantificare la prevalenza delle forme parziali di DCA e del BED nel campione suddetto.
3. Verificare la validità di un programma educativo volto alla prevenzione primaria dei DCA.

### Obiettivi secondari:

1. Sensibilizzare gli studenti, i loro familiari e gli insegnanti sulle problematiche relative ai disturbi del comportamento alimentare.
2. Fornire un intervento terapeutico integrato (nutrizionale, psicoterapeutico e farmacologico) nei casi in cui esso sia indicato.

## Metodologia

### Epidemiologia

La ricerca sarà condotta sugli studenti che frequentano sei istituti di scuola media di I grado (almeno 1000 soggetti di sesso femminile e 1000 di sesso maschile) e sei di scuola media di II grado (almeno 1000 soggetti di sesso femminile e 1000 di sesso maschile) della Campania, selezionati in quanto rappresentativi di alcune diverse realtà geografiche e socio-economiche di questa regione.

Lo studio si articolerà in due fasi.

Nella prima fase, a tutte gli studenti reclutati verranno somministrati:

- a) l'Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2) (Garner, 1991), quale strumento di screening per il comportamento alimentare. Tale strumento fornisce valori soglia oltre i quali il comportamento è da considerarsi a rischio per le patologie in questione. In questo studio, saranno utilizzati come valori soglia un punteggio  $\geq 13$  nella sottoscala IM (impulso alla magrezza), un punteggio  $\geq 9$  nella sottoscala BU (bulimia) e un punteggio  $\geq 18$  nella somma dei valori delle sottoscale IM + BU;
- b) il General Health Questionnaire (GHQ) nella versione a 28 items (Goldberg e Williams, 1988), per la valutazione degli aspetti propriamente psicopatologici (ansia psichica e somatizzata, depressione, disadattamento sociale);
- c) uno scheda di rilevazione di alcuni parametri clinici (osservanza di diete, peso desiderato, ecc.) e di alcuni dati inerenti alla famiglia (composizione, occupazione dei genitori, ecc.).

Gli studenti che supereranno i suddetti valori-soglia all'EDI-2, accederanno alla seconda fase dello studio che comprenderà una valutazione clinica volta alla conferma o meno della diagnosi di DCA, attraverso la somministrazione del modulo per i DCA dell'Intervista clinica strutturata per i disturbi mentali del DSM-IV (Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali-IV Edizione; *American Psychiatric Association*, 1994).

La prima fase prevede le seguenti procedure:

1. Formazione del personale deputato alla somministrazione degli strumenti indicati e valutazione della *inter-rater reliability*;
2. Identificazione di Scuole medie di I e II grado, ove condurre la ricerca, e incontri con i Presidi, i Consigli d'Istituto e i Docenti Referenti, tendenti all'illustrazione degli scopi e

delle modalità dello studio e all'ottenimento della collaborazione e del consenso da parte di dette figure istituzionali;

3. Invio ai genitori degli studenti (o agli esercenti la patria potestà) di una lettera informativa sulla ricerca ai fini dell'ottenimento del consenso allo svolgimento delle procedure sperimentali per il loro figliolo
4. Somministrazione agli studenti degli strumenti di screening indicati;
5. Computazione dei questionari ed individuazione dei soggetti raggiungenti i valori soglia indicati per i casi a rischio;

La seconda fase prevede le seguenti procedure:

1. Intervista clinico-diagnostica con i soggetti individuati come casi a rischio e di quanti, pur non avendo raggiunto detti valori soglia, ritenendo di essere affetti da disturbi del comportamento alimentare, ne facciano esplicita richiesta.
2. Archiviazione e valutazione statistica dei dati;
3. Pubblicazione dei risultati su riviste a diffusione internazionale e in convegni-seminari da organizzarsi *ad hoc*.

#### Educazione-Prevenzione dei DCA

Scopo di tale ricerca è confrontare gli esiti a medio termine di un programma di educazione volto alla prevenzione primaria dei DCA. Tale ricerca sarà condotta in due scuole: una media di I grado e un'altra di II grado, selezionate tra quelle individuate nella ricerca epidemiologica.

In ciascuna scuola saranno selezionate sei classi. Metà di esse riceveranno una lezione da parte di un esperto esterno su temi riguardanti i fattori di rischio per i DCA (i cui contenuti saranno definiti dai ricercatori), durante l'ora di scienze, una volta alla settimana (classi d'intervento); l'altra metà delle classi, invece, riceverà una lezione su temi analoghi da parte, però, del proprio insegnante di scienze (classi di non intervento).

Agli studenti delle classi o ai loro genitori (in caso di minore età) sarà chiesto di aderire al programma previo firma di consenso informato.

Prima dell'inizio del programma, ciascun alunno compilerà dei questionari di autovalutazione che riguardano la propria autostima (Rosenberg Self-Esteem), aspetti propri della psicopatologia dei DCA (Eating Disorder Inventory-2) e il proprio comportamento alimentare (Tree factor Eating Questionnaire). Inoltre, saranno registrati alcuni dati socio-demografici mediante un'apposita scheda. Dopo 3 mesi e 6 mesi dalla fine dell'intervento, tutti i soggetti che vi avranno partecipato ricompileranno gli stessi questionari di autovalutazione. Gli esiti del programma educativo-

preventivo saranno valutati attraverso la quantizzazione delle modifiche dei punteggi di detti questionari. I dati saranno statisticamente analizzati con metodiche appropriate.

## BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association (1994) *“Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders”*
- Cotrufo P., Barretta V., Monteleone P., Maj M. (1998) Full-syndrome, partial-syndrome and subclinical eating disorders: an epidemiological study on female students in Southern Italy. *Acta Psychiatrica Scand* 98: 112.
- Dancyger I.F., Garfinkel P.E. (1995) *“The relationship of Partial Syndrome Eating Disorders to Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa”* *Psychological Medicine* 1995, 25, 1019.
- Eagles J.M., Johnston M.I., Hunter D., Lobban M., Millar H.R. (1995) *“Increasing Incidence of Anorexia Nervosa in the Female Population of Northeast Scotland”* *Am J Psychiatry* 152:9.
- Garfinkel P.E., Lin E., Goering P., Spegg C., Goldbloom D.S., Kennedy S., Kaplan A.S., Woodside D.B. (1995) *“Bulimia Nervosa in a Canadian Community Sample: Prevalence and Comparison of Subgroups”* *Am J Psychiatry* 152:7.
- Garner D.M. (1991) *“Eating Disorder Inventory-2. Professional Manual”* Psychological Assessment Resources: Odessa
- Goldberg D.P., Williams P. (1988) *“A User’s Guide to the General Health Questionnaire”* NFER-Nelson: Windsor
- Olivardia R., Pope H.G., Mangweth B., Hudson J.I. (1995) *“Eating Disorders in a College Men”* *Am J Psychiatry* 152:9.
- Patton G.C. (1988) *“Mortality in Eating Disorders”* *Psychol Med* 18, 947.
- Ponton L.E. (1996) *“Disordered Eating”* in *Handbook of Adolescent Health Risk Behavior* (eds) Di Clemente R.J., Hansen W.B., Ponton L.E. Plenum Press, New York.
- Rathner G., Tùry F., Szabò P., Geyer M., Rumpold G., Forgàcs A., Sollner W., Plottner G. (1995) *“Prevalence of Eating Disorders and Minor Psychiatric Morbidity in Central Europe before the Political Changes in 1989: a Cross-Cultural Study”* *Psychol Med*, 25, 1027.
- Wakeling A. (1996) *“Epidemiology of Anorexia Nervosa”* *Psychiatry Res* 62: 3.