

# POSITION PAPER: LAVORARE IN TEAM SUI DISTURBI ALIMENTARI

a cura di A. Maghetti, B. Paolini, L. Zoni, P. Ugenti, M. Vincenzi

## ASPETTI EPIDEMIOLOGICI E DI EBM

Nel documento ministeriale del 1998 (Ministero della Sanità, 1998) i valori di prevalenza dei disturbi del comportamento alimentare (DCA) in Italia nelle donne tra i 12 e i 25 anni sono:

- **Anoressia Nervosa (AN) 0.3%;**
- **Bulimia Nervosa (BN) 1%;**
- **Disturbi dell'alimentazione non altrimenti specificati (EDNOS) 6%** Il **disturbo da alimentazione incontrollata (BED)** è calcolato intorno al 10-30% della popolazione obesa adulta, benché la sua valutazione dipenda molto dai diversi criteri diagnostici utilizzati dai ricercatori; scende infatti a 3-7% se si impiegano le indicazioni del DSM-IV. L'approccio terapeutico a tali patologie varia, nella nostra realtà italiana, sulla base delle diverse modalità organizzative dei Servizi pubblici e privati e sulla differente estrinsecazione al loro interno di diverse figure professionali. A questa varietà di offerte terapeutiche non sempre fa riscontro, al momento, una provata efficacia in tal senso. Il trattamento dei DCA deve, infatti, consentire percorsi personalizzati, tali da garantire interventi modulati a seconda delle diverse specificità, sia per tipologia clinica e relativa gravità, sia per età, condizione sociale, familiare. Inoltre, secondo Paul Garfinkel *“il lavoro degli ultimi dieci anni ha evidenziato la necessità di trattamenti individualizzati sulla base delle esigenze del paziente. Ma c'è anche la generale accettazione del valore della riabilitazione o della stabilizzazione nutrizionale prima che i pazienti possano significativamente beneficiare della psicoterapia”* (Congresso Italiano per i Disturbi del Comportamento Alimentare, giugno 2002).

Al momento sono poche le situazioni di DCA a cui la medicina basata sull'evidenza (EBM) offre riferimenti e dati di certezza per un corretto comportamento clinico da adottare. Infatti, i punti conclusivi per le diverse forme di DCA sono:

**per l'AN** il persistere di assenza di dati: lo standard della terapia con-

tinua ad essere definito come l'opinione migliore di esperti piuttosto che una migliore evidenza; i trials controllati continuano a dare risultati modesti o equivoci se non per un numero limitato e definito di sottogruppi di soggetti con anoressia. Lo sforzo dovrà essere orientato a raccogliere dati nel modo più rigoroso possibile.

**Per la BN** la terapia cognitivo-comportamentale (CBT) rappresenta il trattamento di prima scelta; il vero problema è lo studio dei fallimenti e delle opzioni terapeutiche. Le alternative spaziano dalla terapia farmacologica a modelli CBT innovativi.

**Per il BED** si osserva la costante associazione con l'obesità e con la comorbidità psicologicopsichiatrica. Sebbene i dati siano ancora scarsi, esiste tuttavia sufficiente evidenza che l'autoaiuto, la terapia cognitivo-comportamentale, la psicoterapia interpersonale e la terapia comportamentale per il controllo del peso sono trattamenti raccomandati.

**Per l'uso degli psicofarmaci nell'AN** non ci sono evidenze, se non il fatto che gli inibitori selettivi del riassorbimento della serotonina (SSRI) possono ridurre la probabilità di ricaduta quando il peso sia stato raggiunto. Gli antidepressivi sono utili **nella BN**, ma non esistono conclusioni sulle caratteristiche dei candidati, su quanto iniziare la terapia e per quanto tempo prostrarla. Emergono anche dati di evidenza per l'uso degli antidepressivi **nel BED**.

Trattandosi di patologie complesse è fondamentale poter fruire di interventi che vedano affiancate più figure professionali cooperanti tra di loro, sotto un'ottica di best practice ad impronta multidimensionale e multiprofessionale. Le situazioni locali consentiranno, poi, di sviluppare modelli organizzativi diversi, dal più semplice al più complesso, con gradazione di interventi in relazione con le disponibilità della struttura di appartenenza.

Il percorso integrato della continuità assistenziale dovrà articolarsi attraverso vari livelli di competenza:

**Livello base:** Medico di Medicina generale (MMG) o Pediatra Di Libera Scelta (PDLS) pone il sospetto di DCA e invia al centro di riferimento

**1° livello:** struttura che effettua la diagnosi ed imposta il percorso terapeutico; questo può avvenire al suo interno o in altra sede. La soluzione ideale prevederebbe una sede unica che consenta, da un punto di vista spaziale, la contemporanea presenza di paziente ed operatori diversi in un unico luogo.

**2° livello:** struttura di riferimento per i DCA, con garanzia di presenza di specialisti diversi che lavorano in maniera congiunta; dovrebbe essere in grado di offrire risposte diverse (percorso ambulatoriale o di Day-Service, riabilitazione nutrizionale, ricovero, semiresidenza o residenza). Le modalità di lavoro al suo interno sono improntate a modelli operativi definiti e condivisi.

**Ricovero:** in ambito clinico o psichiatrico a seconda della problematica, in caso di particolare gravità.

## PREMESSA METODOLOGICA

Gli aspetti prioritari nella gestione dei disturbi alimentari (DA) sono rappresentati dalla **corretta definizione della diagnosi** (rif. APA 2006) – che prelude a qualsiasi terapia - e dalla **integrazione tra i professionisti** che ne curano i diversi aspetti. La diagnosi dei DA dovrebbe essere il più possibile ad ampio spettro, includendo aspetti clinici, psicopatologici e socioculturali; dovrebbe inoltre prevedere un inquadramento del rischio per ogni singolo caso (rif. NICE 2004). Ciò presuppone che già in fase diagnostica il paziente riceva una valutazione del suo caso da parte di figure professionali diverse, ognuna esperta, per quanto di sua competenza, nell'ambito dei DA. Tali professionisti sono chiamati ad interagire per rendere il più possibile efficace ed efficiente il percorso diagnostico-terapeutico.

### Definizione dei principali modelli organizzativi in ambito di DA

(fonte, modificata, da: Bauer B, Ventura M. "L'integrazione tra diverse professionalità: ... in "Malnutrizione, una sfida del terzo millennio ..." a cura di Lucchin L, 2000).

#### CONSULENZA O COLLABORAZIONE

- sistema di valutazione delle problematiche dell'utente inviato ad altro collega basato esclusivamente sulla competenza specialistica del consulente;
- non è prevista una sua formazione specifica in relazione con la patologia dell'utente ed il lavoro svolto dall'inviante per quel determinato soggetto;

- possono esistere percorsi di accesso facilitati (concordati tra le parti);
- non è contemplata una formazione congiunta con altri operatori che trattano il problema;
- non sono previsti incontri collegiali di valutazione del caso e di impostazione di una terapia concordata con chi ha in carico l'utente (semplice passaggio di referti o di informazioni). In pratica è uno scambio neutrale di pareri tra esperti.

*Esempi:* specialista che effettua una densitometria ossea in anoressica amenorroidica; gastroenterologo che effettua gastroscopia per vomito ematico; pneumologo che effettua ossimetria notturna insospetta OSAS di un obeso.

#### ATTIVITÀ MULTIDISCIPLINARE

- sistema di lavoro nel quale diverse figure professionali collaborano nella gestione di una problematica, coprendo in tal modo aspetti differenti della situazione; si tratta di una razionalizzazione dell'organizzazione del lavoro;
- ciò consente all'utente ed agli operatori (in termini di tempo e di varietà degli interventi) di facilitare la soluzione o di migliorare il quadro clinico;
- le prestazioni sono organizzate in maniera logica e funzionale; possono avvenire nella stessa struttura oppure in strutture diverse con percorsi di accesso facilitati (concordati tra le parti); possono esistere "punti di ingresso" dell'utente in sedi diverse e con professionisti differenti;
- è prevista una formazione specifica in merito alla tipologia delle problematiche affrontate, che può essere acquisita individualmente dal singolo professionista;
- non sono necessariamente previsti incontri collegiali di valutazione del caso e di impostazione di una terapia concordata; ogni operatore persegue i suoi obiettivi terapeutici; possono essere effettuate periodiche osservazioni generali dei casi clinici senza sostanziali interferenze sulle modalità di presa in carico impostate dai singoli professionisti;
- lo scambio di informazioni tra i vari professionisti avviene, al di fuori di eventuali momenti di confronto codificati qualora si osservino situazioni particolarmente impegnative, attraverso colloqui individuali o telefonici o per mail;
- potrebbe essere richiesta l'identificazione di un "responsabile" o "referente" del percorso, che coordina i passaggi ed a cui l'utente può rivolgersi per informazioni e spiegazioni (per evitare il rischio di messaggi difformi); se l'ingresso nel percorso avviene in punti differenti solitamente la presa in carico principale è

di competenza di chi ha effettuato la prima visita. In pratica si tratta di una “collaborazione organizzata” di più esperti, strutturata in un percorso dedicato che agevola l’utente, fluidifica i passaggi tra gli operatori e copre in maniera più o meno sistematica i vari aspetti della problematica affrontata.

*Esempi:* centri per la menopausa, percorso strutturato per la neoplasia mammaria di alcune AUSL, riabilitazione del post-infartuato, alcuni centri per la sindrome metabolica.

#### ATTIVITÀ INTERDISCIPLINARE

- sistema di lavoro che comporta un approccio centrato sull’utente, con presenza di più figure professionali diversamente specializzate che affrontano i vari aspetti della problematica in maniera collegiale e congiunta;
- richiede una valutazione iniziale individuale dell’utente da parte dei professionisti maggiormente coinvolti ed un successivo inquadramento congiunto della situazione, per definire le modalità operative più idonee al singolo caso;
- prevede una formazione specifica e contemporanea degli operatori (sul campo o ad hoc), la costruzione di un linguaggio comune, la condivisione di modalità di lavoro, obiettivi ed atteggiamenti verso l’utente; è indispensabile quindi l’identificazione di un “modello di lavoro” che funge da canovaccio per la comunicazione tra gli operatori e con il paziente;
- i rapporti e le responsabilità all’interno del gruppo di professionisti che collaborano sono paritetici e non gerarchici;
- le prestazioni possono avvenire in un unico centro o in strutture diverse con percorsi di accesso facilitati (concordati tra le parti);
- la “gestione” dei singoli casi è fluida (case management o leadership variabili) e non è necessario definire un responsabile unico del percorso (che può variare, a questo punto, di paziente in paziente);
- sono previsti frequenti incontri collegiali del gruppo di operatori, per definire inizialmente il quadro complessivo, per disegnare le strategie operative di massima, per adattare periodicamente gli interventi sulla base dell’evoluzione; i percorsi clinici sono centrati sul singolo caso, sono dinamici e non rigidamente codificati.

*Si tratta di un sistema di intervento su più fronti, in cui ogni parte in causa conosce e condivide il modo di lavorare di colleghi ed accentua o attenua la sua prestazione a seconda delle necessità complessive del caso.*

*Esempi:* riabilitazione post-trauma cranio-encefalico (tipo “Casa dei Risvegli”), teams per le malattie rare neurologiche, riabilitazione residenziale per DCA o obesi in centri dedicati.

#### FIGURE PROFESSIONALI COINVOLTE

Due sono le figure professionali indispensabili e paritetiche per la responsabilità che ricoprono in ambito diagnostico, farmacoterapeutico e del riconoscimento dell’emergenza.

**Medico psichiatra:** a lui spetta la diagnosi per gli aspetti psichiatrici del DA, il riconoscimento di eventuali comorbidità psichiatriche, l’impostazione di terapia con psicofarmaci ed il suo controllo (ove necessario) e l’invio a strutture specifiche per emergenze psichiatriche. Nelle strutture pediatriche è sostituito dal neuropsichiatra infantile.

Lo psichiatra-neuropsichiatra potrebbe avere, inoltre, competenze specifiche anche come psicoterapeuta e potrebbe gestire in prima persona la psicoterapia, quando così concordato nell’ambito del team.

Le caratteristiche personali richieste sono: una predisposizione al lavoro in gruppo, caratterizzata dalla esplicitazione delle diagnosi secondo criteri condivisi, dal rispetto dei tempi degli altri operatori e dal riconoscimento di priorità d’intervento sul paziente in altri ambiti del percorso terapeutico.

**Medico nutrizionista:** a lui spetta la diagnosi clinica del disturbo, il riconoscimento delle patologie concomitanti, l’impostazione terapeutica eventuale ed i controlli clinici. È responsabile inoltre della gestione degli eventi acuti nonché della richiesta di ricovero.

Il medico nutrizionista potrebbe avere anche competenze specifiche in ambito di riabilitazione nutrizionale ed il team potrebbe decidere di utilizzare questa sua competenza. Le caratteristiche personali richieste sono: una predisposizione al lavoro di squadra con capacità a demandare e supervisionare, il saper rispettare i tempi degli altri operatori.

Due figure sono indispensabili per la terapia:

**Psicologo:** non è facile definire la figura professionale più adatta perché ogni DCA potrebbe necessitare di diverse specializzazioni. In linea di massima è importante sapere che uno psicologo non specializzato non può effettuare una psicoterapia; può viceversa dedicarsi alla raccolta anamnestica ed alla psicoeducazione, anche per gruppi, oltre che a percorsi motivazionali. Per quanto riguarda invece l’intervento psicoterapico, nelle strutture per adulti, trovano grande spazio gli psicologi ad orientamento cognitivocomportamentale, mentre nelle strutture pediatriche quelli ad orientamento sistemico relazionale. Indispensabile è anche lo psicoterapeuta ad orientamento analitico per la gestione delle comorbidità psichiatriche spesso presenti in questi pazienti. (*rif.: NICE 2004*). Le caratteristiche personali richieste sono: comunicazione empatica, capacità di integrazione con figure biologiche.

**Dietista:** a questa figura spetta la terapia nutrizionale del paziente. La sua formazione specifica in merito ai DA è indispensabile per lavorare in tale ambito e necessita di conoscenze di tecniche cognitivo-comportamentali, di modelli psicoeducativi e di aspetti psicobiologici. Le caratteristiche personali richieste sono: capacità di mettersi a livello del paziente per accompagnarlo in maniera non direttiva (=aumento dell'abilità individuale dell'utente) senza atteggiamenti prescrittivi; capacità di restare in ambito nutrizionale inviando a chi di dovere gli altri aspetti (rif: *1st. Advisory Meeting on integrated weight management B. Bauer M. Ventura*).

Altre figure professionali possono arricchire il team in forma di operatori stabili nel gruppo: infermiere professionale, assistente sociale, fisioterapista o istruttore isef, altri professionisti eventualmente presenti nella struttura. Tutti questi operatori possono essere utili al paziente nel reinserimento sociale, nel sostegno e nel lavoro sul corpo. Altri medici specialisti, infine, sono chiamati a collaborare come consulenti nell'ambito di percorsi agevolati, secondo le necessità di volta in volta presenti: cardiologo, ginecologo, endocrinologo, gastroenterologo, odontoiatra ecc.

Le loro prestazioni possono essere codificate in percorsi agevolati o essere richieste solo al bisogno, a seconda delle modalità di accesso definite localmente.

**MANSIONI ACCESSORIE** I componenti del team dovrebbero suddividersi una serie di compiti per far fluire l'organizzazione e il percorso di cura.

**Coordinatore** è un professionista interno al gruppo che per caratteristiche personali e professionali è portato a promuovere la formazione, il controllo dei percorsi, le riunioni, la promozione esterna e coordinare le pubblicazioni. Deve portare il gruppo all'autocritica ed al rinnovamento scientifico.

**Supervisore** è uno psichiatra-psicoterapeuta interno al gruppo che per competenze e professionalità può supervisionare i colleghi e sostenere il gruppo e le sue dinamiche nei momenti di difficoltà.

**Segretario** è un operatore interno al team o un collaboratore esterno che semplifica il percorso del paziente occupandosi delle prenotazioni; aiuta inoltre i colleghi nell'archiviazione del materiale e nella raccolta dati.

**Tutor** è un operatore del team al quale il paziente, durante tutto il suo percorso, può rivolgersi per chiarimenti o aiuto. Può essere sempre la stessa figura, formata per lo scopo, o essere stabilita di volta in volta dal team, in base alle esigenze specifiche del paziente.

#### LA COMUNICAZIONE DEL TEAM

Almeno due di solito sono le lingue che si parlano in un team: la "PSI" e la "BIO", alle volte incomprensibili a vicenda (Rif. *Giornale Italiano di Dia-*

*betologia, Vol 12, pag 257-262, 1992 M. Ventura, R. Parlani*). Il primo importante passo è rendersi chiaramente e per fare ciò ci vuole tempo ed impegno. La formazione comune, le comunicazioni aperte e frequenti e, soprattutto, il confronto favoriscono questo processo.

La condivisione di terminologia, criteri diagnostici e modelli sono le basi da cui partire.

Una volta superato il primo scoglio, la comunicazione deve essere mantenuta viva attraverso scambi verbali in riunioni periodiche o con incontri o telefonate tra operatori. Mezzo molto utile e che fa risparmiare tempo è la comunicazione scritta via e-mail, da preferire a quella verbale in caso di relazioni specifiche, poiché ne rimane traccia e funge da documentazione interna al gruppo.

Nel momento in cui ci sarà un modello comunicativo efficace all'interno del gruppo lo si deve riprogrammare anche per il paziente, che attraverso le spiegazioni fornitegli nei vari colloqui leggerà una continuità ed integrazione di percorso.

#### LA RIUNIONE

Il team ha bisogno della riunione, è un momento di confronto diagnostico e terapeutico nei confronti del paziente.

Se si lavora in team è indispensabile condividere diagnosi e percorso terapeutico.

È un momento indispensabile anche di aggregazione e sostegno reciproco. Gli aspetti da discutere in riunione sono clinici, organizzativi e di marketing. Dato lo scarso tempo che di solito i professionisti hanno a disposizione, è bene strutturare la riunione con tempi predefiniti in base all'ordine del giorno, da programmare con anticipo per rispettare le esigenze dei vari operatori.

#### IL LUOGO

Diverse situazioni logistiche accolgono pazienti con DA: ambienti clinici o psichiatrici, pubblici o privati, ambulatoriali o residenziali. Uniformare le diverse realtà è impossibile; si può solo ipotizzare che la compliance del paziente alla cura venga agevolata da un ambiente comune, dove tutte le cure, i percorsi, laboratori ed altre attività siano messe a sua disposizione, dando un senso maggiore di continuità.

#### Bibliografia:

1. "Practice Guidelines for the Treatment of Patients with Eating Disorders", third edition, American Psychiatric Association, 2006.
2. "Clinical Guidelines n°9, Eating Disorders", National Institute for Clinical Excellence, 2004.
3. Bauer B, Ventura M: "L'integrazione tra diverse professionalità: come gestire la complessità terapeutica" in "Malnutrizione, una sfida del terzo millennio per la società postindustriale - Strategie di prevenzione e cura" a cura di Lucchin L, Ed. Il Pensiero Scientifico, 2000.
4. Ventura M, Parlani R: *Giornale Italiano di Diabetologia*, Vol 12, pag 257-262, 1992
5. Bauer B, Ventura M.: 1<sup>st</sup>. Advisory Meeting on integrated weight management