SERVIZIO SANITARIO – REGIONE SARDEGNA
AZIENDA U.S.L. N°7- CARBONIA
Carbonia

Deliberazione N° 1274

Adottata dal Direttore Generale in data 31 MAG. 2004

Oggetto: recepimento Progetto ricerca azione sui disturbi alimentari dell'età evolutiva.

Su Proposta del Responsabile del Servizio Materno Infantile il quale:

Vista la nota della prefettura di Cagliari protocollo 0400582/10.2/GAB avente come oggetto "Gestione della Riserva Fondo Lire U.N.R.R.A. Direttiva del Ministro dell'interno per gli obiettivi e i programmi per l'anno 2004";

visto il bando del Ministro dell'Interno Dipartimento per le Libertà Civili e L'Immigrazione, Direzione Centrale per gli affari generali e per la gestione delle risorse finanziarie e strumentali Area V fondo Lire UNRRA;

Viste le funzioni svolte dall'Unità Operativa di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza definite con Linee Guida per l'intervento clinico e riabilitativo territoriale nell'ambito della neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza. BURAS n°31 del 16 ottobre 1999;

Vista la delibera n°171 del 31-01-2003, "razionalizzazione dell'attività del Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza";

visto il progetto redatto dagli operatori dell' Unità Operativa di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza;

considerato la legittimità della procedura.

PROPONE

- di recepire il progetto e di presentarlo per la richiesta di finanziamento sul "progetto di ricerca azione sui disturbi alimentari in età evolutiva" che si allega per far parte integrante del presente atto deliberativo;
-

IL DIRETTORE GENERALE

Sentiti: i pareri del Direttore Sanitario, del Direttore Amministrativo;

AZIENDA U.S.L. n°7 CARBONIA

Segue deliberazione n° 1274

DELIBERA

Per i motivi espressi in premessa:

- di recepire il progetto e di presentarlo per la richiesta di finanziamento sul "progetto di ricerca azione sui disturbi alimentari in età evolutiva";

IL DIRETTORE GENERALE

SERVIZIO SANITARIO AZIENDA USL N°7 CARBONIA REGIONE SARDEGNA

Direttore Sanitario Dott.Ssa Rita Cantone

Direttore Amministrativo Dott. Antonio Fadda

Responsabile Del Serv. Materno Infantile Dott. Silvio Maggetti

Il Responsabile del Servizio Affari Generali,

Attesta che la deliberazione

n. 1274 del 31 MAG. 2004

è stata pubblicata

nell'Albo pretorio dell'Azienda USL n. 7

a partire dal 31 MAG. 2004 al 14 GIU. 2004

Resterà in pubblicazione per 15 giorni consecutivi

ed è stata posta a disposizione per la consultazione.

Il Responsabile del Servizio

Affari Generali

(Dr.ssa Margherita Cannas)

SERVIZIO SANITARIO AZIENDA USL N°7 CARBONIA REGIONE SARDEGNA

Allegati n.

Collegio Sindaci

Bilancio

Materno Infantile

AZIENDA ASL N°7 – CARBONIA

UNITA'OPERATIVA di NEUROPSICHIATRIA INFANZIA E ADOLESCENZA

PROGETTO DI RICERCA –AZIONE SUI DISTURBI ALIMENTARI IN ETA' EVOLUTIVA

INDICE

Summary ..... Pp. 3

Premessa ..... Pp. 7

Motivazione del Progetto ..... pp. 12

Proposta progettuale ..... pp. 16

Articolazione del lavoro ..... pp. 18

Finalità ..... pp. 21

Obiettivi ..... pp. 21

Metodologia fase di prevenzione nelle scuole ..... pp. 23

Metodologia fase ambulatoriale ..... pp. 25

Metodologia fase di ricovero ospedaliera ..... pp. 27

Programmazione ..... pp. 29

Risultati attesi ..... pp. 30

Verifica e valutazione ..... pp. 31

Spazi e tempi ..... pp. 34

Destinatari ..... pp. 34

Figure professionali ..... pp. 36

Strumenti ..... pp. 38

Budget ..... pp. 39

Summary

Con la presente proposta progettuale si intende creare un punto di riferimento per il territorio operativo nell'ambito dei disturbi del comportamento alimentare (anoressia, bulimia e obesità).

Lo scopo principale è di intervenire a più livelli, con interventi di prevenzione primaria, interventi di individuazione precoce dei disturbi del comportamento alimentare e con una presa in carico mirata.

La presente proposta offre la possibilità al territorio cui si rivolge di porre le basi per una struttura di riferimento sui temi dei disturbi del comportamento alimentare, che intervengo in modo particolare sugli aspetti psicologici e relazionali, senza tuttavia trascurare il versante medico-internistico.

Per il raggiungimento degli obiettivi progettuali si intende far riferimento a tre distinte fasi di intervento

- fase di prevenzione primaria; consistente in un lavoro di prevenzione e sensibilizzazione sulle tematiche dei disturbi del comportamento alimentare, coinvolgendo in modo principale le istituzioni scolastiche con attività di animazione nel gruppo-classe, interventi strutturati;
- fase ambulatoriale; consistente in un lavoro di valutazione, sostegno e presa in carico della persona con disturbi del comportamento alimentare e/o del nucleo familiare, con interventi di tipo individuale, di coppia e di gruppi a carattere monosintomatico;
- fase di ricovero ospedaliero; consistente in un periodo variabile di ricovero presso strutture ospedaliere per la gestione degli aspetti strettamente medici connessi al disturbo alimentare, predisponendo la possibilità di sostegno di tipo psicologico durante la degenza.

Per la realizzazione delle fasi progettuali si individuerà un gruppo di lavoro composta da psicologi, educatori, medici. Le strutture individuate per la realizzazione dell'intervento fanno parte delle strutture in dotazione all'Azienda Sanitaria Locale.

Tutte le equipe fruiranno della supervisione (indispensabile per una migliore qualità degli interventi) e di un formazione iniziale e permanente sui disturbi del comportamento alimentare.

Contenuto	Il numero di pazienti affetti da Disturbo del Comportamento Alimentare é in crescente aumento. Da questa constatazione è nata dunque l'esigenza di affrontare in termini di sanità pubblica questo problema che affligge soprattutto la popolazione giovanile, e che é considerato nel Piano Sanitario Nazionale malattia socialmente rilevante e cronica a tal punto da prevedere l'esenzione della quota di partecipazione del cittadino che ne é affetto.
Utenza	– giovani compresi in una fascia d'età 12-20 anni; – scuole media e superiori del Sulcis – Genitori
Finalità	La finalità principale del Progetto di intervento consiste nell'individuazione precoce dei disturbi del comportamento alimentare, e nella gestione dei vari aspetti (neuropsichiatrici, psicologici, internistici)
Obiettivi	– prevenzione dei disturbi del comportamento alimentare; – Incentivare l'acquisizione di capacità che aiutino l'adolescente ad acquisire una visione positivca della propria immagine corporea; – Offrire un sostegno professionale in materia di disturbi del comportamento alimentare e relative problematiche – Riconoscere ed intervenire sulle situazioni di disagio

Articolazione	**Fase 1: Attività di prevenzione nelle scuole** Ricerca-azione nelle scuole attraverso: • somministrazione di questionari agli studenti • raccolta dei dati • interventi di educazione razionale emotiva nelle classi • interventi di sensibilizzazione sulle tematiche dei disordini alimentari • apertura di un primo spazio di ascolto nelle scuole • laboratori per i genitori **Fase 2: fase ambulatoriale** Questa fase prevede la predisposizione di uno spazio appositamente adibito per svolgere funzioni di consulenza - sia telefonica sia di colloquio occasionale - per chi soffre di questi disturbi e per i loro familiari, che funga anche da sede di coordinamento per tutto il lavoro di ricerca-prevenzione nelle scuole. Attività previste: • svolgere colloqui con vari specialisti (psicologo, dietologo,neuropsichiatria infantile,....); • svolgere colloqui terapeutici individuali; • partecipare a gruppi terapeutici cosiddetti monosintomatici (cioè costituiti da persone che soffrono dello stesso disturbo); • avere una consulenza medico-specialistica per un quadro completo delle condizioni fisiche del paziente. **Fase 3: fase di Trattamento di ricovero ospedaliero** Il ricovero avverrà sia in caso di urgenze (squilibri idroelettrici gravi), sia in seguito all'anamnesi effettuata dagli specialisti ambulatoriali. • psicoterapia individuale intensiva (quattro sedute settimanali) • trattamento farmacologico • laboratori • rieducazione alimentare • terapia di gruppo per i genitori si prevede la possibilità di effettuare un sotegno psicologico durante il periodo di degenze, che proseguirà anche dopo le dimissione con la presa in carico dal servizio ambulatoriale.
Metodologia	<u>Fase di prevenzione primaria</u> – ricerca-azione; – somministrazione di un questionario conoscitivo; – interventi strutturati nelle scuole; – animazione nel gruppo-classe; – interventi di educazione emotiva; – discussioni e confronti con la classe; – sportello di primo ascolto delle dinamiche legate al comportamento alimentare;

	– laboratori con i genitori fase ambulatoriale – colloqui di valutazione diagnostica; – presa in carico terapeutico; – colloqui di sostegno psicologico individuale; – interventi in piccoli gruppi monosintomatici; – presa in carico della famiglia – terapia psicofarmacologica fase di ricovero ospedaliero – valutazione iniziale; – interventi in ambito internistico, endocrinologico, psichiatrico, nutrizionale, dietologico, infermieristico. – colloqui di sostegno psicologico
Risultati attesi	– individuazione precoce dei disturbi del comportamento alimentare; – creazione di un punto di riferimento per la prevenzione e gestione dei disturbi del comportamento alimentare; – presa in carico della persona e della sua famiglia; - miglioramento del funzionamento relazionale, sociale, nonché lavorativo, - miglioramento della sintomatologia; - miglioramento dei parametri organici, compresa la riduzione in percentuale dell'amenorrea
Verifica e valutazione	La valutazione avverrà su due piani generali: – organizzativo, le cui variabili riguarderanno le attività nel suo complesso, il lavoro di èquipe, le procedure; – intervento individuale, le cui variabili riguarderanno soprattutto l'incisività e la qualità della risposta che l'equipe è stata in grado di offrire.
Strumenti di verifica	– Schede di osservazione, registrazione, monitoraggio degli ingressi presso il servizio ambulatoriale e presso i reparti; – Resoconti delle attività svolte – Osservazioni e registrazione delle attività – Monitoraggio delle attività e degli interventi – Confronto nel gruppo di coordinamento – Scambio di comunicazioni/informazioni tra i membri dell'èquipe – Incontri periodici di valutazione e programmazione
Figure professionali	– Psicologi – Educatori – Medici
Spazi e durata	Fase di prevenzione nell scuole; si prevede che la durata della sperimentazione di un servizio di ricerca-attiva sulle problematiche alimentari abbia la durata di 1 anno. I laboratori previsti all'interno della fase di Prevenzione avranno la

	durata di 12 incontri di 2 ore ciascuno per un totale di 24 ore, mentre lo sportello di ascolto verrà aperto 1 volta alla settimana per 3 ore. La Fase Ambulatoriale, nell' Unità Operativa di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza che metterà a disposizione una stanza e una linea telefonica per le consulenze occasionali, il resto dell'intervento verrà condotto con gli spazi già affidati agli operatori del Servizio. La valutazione diagnostica avrà lo spazio di 4 incontri di un'ora ciascuno, da svolgersi uno a settimana, mentre i gruppi verranno condotti con cadenza quindicinale. La Fase Ospedaliera ha durata di 6-8 settimane, da svolgersi nella Pediatria degli ospedali del Sulcis, che avrà cura di mettere a disposizione almeno tre posti letto in camere separate. A questa fa seguito o precede la fase ambulatoriale. Per i laboratori in reparto occorre una stanza da allestire, oppure si chiede la possibilità di utilizzare quella già preesistente, con materiale povero, per le attività. I laboratori verranno condotti per tutta la durata del progetto con scadenza giornaliera di 1 ora e mezza.

PREMESSA

L'insoddisfazione circa il peso e la forma del proprio corpo, appare ampiamente diffusa tra le donne occidentali che fanno parte di una società in cui la magrezza viene premiata, ed é determinata da una parte dall'incremento degli standard della magrezza e della bellezza, e dall'altra dalla relativa incapacità di molte donne a raggiungerli. Tuttavia nonostante tutte le donne della nostra società siano esposte all'influenza di questi standard, e il 90% dichiara che vorrebbe essere più magra, non tutte sviluppano l'anoressia o la bulimia. Maggiormente a rischio sembrano essere coloro che, interiorizzano questi stereotipi socio-culturali in presenza di problemi relativi all'*identità*.
Per i soggetti affetti da disturbo dell'alimentazione, il peso e la forma hanno una così fondamentale importanza nel determinare la propria autostima, che tutti gli altri obiettivi, lo studio, le amicizie, la famiglia, diventano secondari rispetto all'ottenimento della magrezza. La maggior parte dei loro pensieri verte sulla preoccupazione circa le proporzioni e la taglia del corpo, con la irriducibile convinzione che la magrezza sia sinonimo di felicità, mentre l'essere grassi sia qualcosa di deplorevole.
Sempre più spesso dunque, difficoltà dell'età adolescenziale unite alla propaganda effettuata dai mass-media circa la possibilità di ottenere successo mediante la magrezza, trovano sfogo, in soggetti strutturalmente più fragili, in comportamenti dannosi che possono compromettere seriamente la salute psico-fisica di un individuo a tal punto da non poter essere trascurati, e richiedere, nella maggior parte dei casi, un intervento rivolto sia ai problemi psicologici sia a quelli organici.

I Disturbi della Alimentazione sono caratterizzati dalla presenza di grossolane alterazioni del comportamento alimentare. Questa sezione di disturbi comprende due categorie specifiche, l'Anoressia Nervosa e la Bulimia Nervosa. Caratteristico dell'Anoressia Nervosa è il rifiuto di mantenere il peso corporeo al di sopra del peso minimo normale. La Bulimia Nervosa è caratterizzata da ricorrenti episodi di "abbuffate" seguiti dall'adozione di mezzi inappropriati per controllare il peso, come il vomito autoindotto, l'uso di lassativi, diuretici o altri farmaci; il digiuno o l'attività fisica praticata in maniera eccessiva. Caratteristica essenziale comune ad entrambi i disturbi, Anoressia Nervosa e Bulimia Nervosa, è la presenza di una alterata percezione del peso e della propria immagine corporea. I Disturbi della Alimentazione che non soddisfano i criteri di nessun specifico disturbo vengono classificati come Disturbi della Alimentazione Non Altrimenti Specificati.
L'obesità psicogena, inclusa nella Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD) tra le condizioni mediche generali, non compare nella classificazione del DSM-IV, poiché non ne è stata accertata l'associazione costante con alcuna sindrome psicologica o comportamentale.

L'Anoressia Nervosa

Questa sindrome è caratterizzata da un progressivo rifiuto per il cibo e da una serie di meccanismi per evitare di metabolizzare il cibo eventualmente assunto, un dimagrimento progressivo che può arrivare nei casi più gravi fino al 50% del peso normale, ed a una amenorrea precoce e resistente ad ogni forma di terapia. Il quadro classico accompagna specialmente il sesso femminile, ma sta comparendo frequentemente anche nei ragazzi.
Di questi soggetti colpisce l'assoluta e irrazionale convinzione di essere grassi e l'improrogabile necessità di dimagrire ancora. Per lo più è quando si evidenzia un calo ponderale visibile, che i familiari cominciano a preoccuparsi, ma siamo già in piena patologia. Il paziente presenta una difficoltà

progressiva a mangiare, tocca solo qualche boccone e in genere preferisce alimenti con basso apporto calorico. A volte non siede affatto a tavola e se lo fa assume un atteggiamento che assomiglia a un cerimoniale. Questo atteggiamento coinvolge tutti i familiari e spesso l'insistenza a mangiare stimola un'ulteriore resistenza nel paziente, che porta l'anoressico a non diventare consapevole dei propri disturbi, ma solamente a stigmatizzare il comportamento ossessivo dei familiari che viene vissuto come unica fonte del malessere. Il dimagramento è notevole e può andare da una diminuzione di 10-15 chilogrammi fino al 50% del peso normale. Dimagramento che viene mantenuto con vari mezzi: dal rifiuto del cibo, al vomito procurato, all'uso eccessivo di lassativi. Alcune vilte possono avere crisi di tipo bulimico, a cui spesso segue il vomito procurato ed intensi sensi di colpa. L'amenorrea è la regola. Il primo dato evidente è la negazione della malattia, pur in presenza di dati obiettivi evidenti. Il comportamento alimentare è ritualizzato e spesso impongono agli altri il cibo che negano a se stessi. Nonostante questo aspetto emaciato, evanescente, c'è una tendenza all'iperattività motoria ed ad una notevole applicazione nel campo intellettuale in genere e negli studi in particolare.

Accanto a questo quadro vi sono varie sindromi anoressiche:

- Anoressia dell'infante. Spesso compare con lo svezzamento, soprattutto quando questo è traumatico ed avviene in un già alterato rapporto madre-bambino.
- Anoressia reattiva o isterica. Insorge in soggetti in età adulta, come crisi collegata a lutti, separazioni, fallimenti sentimentali. Spesso è un sintomo di conversione.
- Anoressia delle persone anziane. Visto come sintomo di grave depressione.

La Bulimia Nervosa

Le pazienti con bulimia nervosa vengono generalmente distinte da quelle con anoressia nervosa sulla base di un peso relativamente normale e della presenza di abbuffate e dall'uso di purganti. Sembra che le due patologie sono distinte, la rigida autodisciplina e la severa coscienza della personalità anoressica sono in netto contrasto con il comportamento dominato dagli impulsi,irresponsabile e indisciplinato della bulimia, ma i crescenti dati sulla casistica suggeriscono un considerevole legame tra i due disturbi. Almeno il 40-50% delle pazienti anoressiche sono anche bulimiche, le crisi di bulimia si presentano più nell'anoressia mentale che nell'obesità psicogena.

La bulimia è chiamata anche compulsione alimentare ed è caratterizzata da un impulso improvviso ed irresisistibile a mangiare. Questo tipo di condotta è paragonabile alla classica compulsione, condotta che il soggetto è spinto a compiere per una compulsione interna. Queste compulsioni alimentari non si accompagnano ad una sensazione di fame, ma piuttosto a un sentimento di malessere diffuso, di vuoto, persino di vera angoscia o di uno stato depressivo transitorio. Il comportamento alimentare è disturbato, l'adolescente è solo, si getta sul cibo, senza nessuna distinzione, inghiottendone grandi quantità in modo caotico, di solito senza ricavarne piacere. "Attacchi al frigorifero" possono durare qualche minuto o anche un'ora, seguono poi uno stato di prostrazione più o meno prolungati o tentativi di provocare il vomito. In genere vivono il "dopo" con una sensazione di profondo malessere, di disgusto, di umiliazione, di svalutazione intensa di se stessi. Spesso seguono dei veri e propri rituali di assunzione del cibo.

Le caratteristiche principali della sindrome sono:

- ricorrenti episodi di abbuffate;
- comportamento compensatorio inappropriato e ricorrente volto a prevenire l'aumento del peso corporeo es. vomito auto indotto, abuso di lassativi e/o diuretici, ecc.;
- valutazione di sé eccessivamente influenzata dall'aspetto fisico e dal peso;

- alterazioni del ciclo mestruale.

L'Obesità Psicogena

Per obesità si intende un aumento patologico dei depositi adiposi ovvero una deviazione dalle condizioni di peso ideale tale da aumentare la morbilità e ridurre la spettanza di vita dell'individuo. Non tutti gli obesi si ritengono tali e vi sono persone normali che si ritengono grasse, dipende dal proprio vissuto corporeo soggettivo e in età adolescenziale, la cui immagine di sé viene inglobata interamente e va a costituire la propria identità tramite lo specchio degli altri, il corpo, se l'immagine rimandata è negativa, può essere la sede di un disagio affettivo, difficile da eliminare anche anni dopo il dimagrimento. L'obesità è una sindrome complessa nel cui determinismo giocano numerosi fattori di tipo congenito e acquisito che vanno a compilare la classificazione della sindrome.

- Obeso egosintonico. Sono persone che per una serie di eventi personali, familiari, culturali e molto spesso ereditari, hanno sviluppato una tendenza all'obesità, che però vivono senza problemi.
- Obeso egodistonico. Sono soggetti che vivono la loro obesità in maniera conflittuata, e l'obesità è determinata da problematiche psicologiche piuttosto gravi. Questo gruppo si suddivide in obesità reattiva (è una forma di depressione larvata) e obesità evolutiva (inizia spesso nei primi anni di vita, ma si manifesta soprattutto in adolescenza.
- Obeso schizoide. E' l'obeso che cela, dietro l'obesità un nucleo schizoide.

Gli obesi hanno molto in comune con il carattere depressivo, ma a differenza di esso, la loro depressione si presenta maggiormente a livello comportamentale piuttosto che psichico. In questo senso il cibo assolve la funzione di un oggetto sostitutivo, che apparentemente dovrebbe renderli autonomi rispetto ai rapporti interpersonali. Inoltre hanno una difficoltà a distinguere tra fame e voracità. Difficilmente accettano il rifiuto dell'altro, che è vissuto come una minaccia mortale alla propria integrità e spesso il mangiare serve loro per compensare questo senso di morte: il cibo come fonte di vita e forza. Essi vivono con il timore di essere rifiutati e hanno trasformato la loro intrusività in un aumento della massa corporea, che li porta ad invadere uno spazio maggiore, ma senza correre il rischio di essere rifiutati. E' necessario fare una corretta diagnosi tra le diverse forme di obesità, poiché le prime due, egosintonica e egodistonica, reagiscono bene ad una dieta, all'interno di un corretto e valido rapporto medico-paziente, quella evolutiva presenta maggiori difficoltà e spesso è necessario un intervento psicoterapeutico. E' importante capire se l'obesità è solo la copertura di un disturbo psicotico, per il grave pericolo unito ad una eventuale cura dimagrante.

L'obeso può impiegare anni per accumulare i suoi chili ma quando decide di perderli è preso dall'ansia: vuole sapere qual è il suo peso ideale e arrivarci in fretta. Compito del terapeuta è quello di aiutarli a migliorare se stessi sulla base delle loro possibilità, ponendo traguardi raggiungibili e spostandoli ove ce ne sia la necessità. I mezzi da utilizzare sono due: quello tecnico (dieta, farmaci) e quello psicologico.

Il numero di pazienti affetti da Disturbo del Comportamento Alimentare é in crescente aumento. Ciò é stato decretato da studi epidemiologici condotti negli ultimi vent'anni in molti Paesi.

In Italia uno studio condotto al Nord nel 1996 (Paolo Santonastaso e coll.) ha riscontrato una prevalenza sulla base dei criteri diagnostici indicati dal DSM IV (Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali americano) dello 0% per l'anoressia nervosa, dello 0,5% per la bulimia nervosa e del 3,7% per i disturbi alimentari non altrimenti specificati.

Uno studio condotto invece nell'Italia Centrale nel 1992 (Massimo Cuzzolaro) sulla base dei criteri diagnostici del DSM III R aveva evidenziato una prevalenza dello 0,36% per l'anoressia nervosa e dello 0,7% per la bulimia nervosa.

Nell'Italia Meridionale sono stati condotti due studi, ed entrambi nella provincia di Lecce.

In particolare nel 1994 (Caterina Renna e coll.) é stata condotta una prima indagine di screening per quel che riguarda queste patologie psichiatriche al fine di valutare la presenza di comportamenti alimentari disturbati, in due scuole secondarie di Lecce, un liceo pubblico ed uno privato. La ricerca era consistita nella somministrazione di un questionario di auto-valutazione (Eating Disorders Attitudes) ad un campione di 1722 studenti di cui 883 femmine ed 827 maschi (12 soggetti non hanno specificato il sesso). Punteggi superiori al cut-off cioé "sintomatici", sono stati riscontrati nel 14.64% delle donne e nel 2.86% degli uomini.

Nel 1996 altri ricercatori (Riccardo Dalle Grave e coll.) hanno eseguito una ulteriore indagine composta da una prima fase di screening, volta a rilevare la presenza di comportamenti alimentari disturbati, mediante la somministrazione di un questionario di autovalutazione (Eating Disorders Attitudes) ad una popolazione di 795 studenti (588 femmine e 207 maschi) di scuola secondaria superiore pubblica della provincia di Lecce. In questa indagine punteggi superiori al cut-off cioé "sintomatici", sono stati rilevati nel 17.3% delle donne e l'1% degli uomini. Inoltre quest'ultima ricerca prevedeva una seconda fase in cui i soggetti high scoring sono stati sottoposti ad una intervista semistrutturata (Eating Disorders Examination) la quale ha permesso di affermare che la prevalenza nella nostra provincia per l'anoressia nervosa é dello 0.2%, per la bulimia nervosa dell'1.7% e per altri disturbi dell'alimentazione che non rientrano nelle due categorie precedenti del 4%. (Questi dati sono simili a quelli riportati nelle altre regioni d'Italia e in altri Paesi occidentali).

In due anni dunque la percentuale di comportamenti alimentari anomali (che non sono però necessariamente una patologia conclamata) é cresciuta tra la popolazione leccese. Ciò ci deve far riflettere su quanto sempre più spesso difficoltà dell'età adolescenziale unite alla propaganda effettuata dai mass-media circa la possibilità di ottenere successo mediante la magrezza, trovino sfogo, in soggetti strutturalmente più fragili, in comportamenti dannosi che in casi estremi possono portare a morte (18-20% dei casi).

E' nata dunque l'esigenza di affrontare in termini di sanità pubblica questo problema che affligge soprattutto la popolazione giovanile, e che é considerato nel Piano Sanitario Nazionale malattia socialmente rilevante e cronica a tal punto da prevedere l'esenzione della quota di partecipazione del cittadino che ne é affetto.

MOTIVAZIONE AL PROGETTO

L'anoressia è uno stato evidente, è un corpo che parla attraverso la sua magrezza, il suo scheletro esposto. L'anoressia cela una profonda sofferenza interiore.
La malattia di solito inizia con una dieta, con restrizioni alimentari mosse dal desiderio di migliorare la propria immagine, di farla aderire al modello imposto dalla nostra società. In realtà la bellezza del proprio corpo è un pretesto, un desiderio che poi non verrà mai raggiunto, in quanto il corpo viene debilitato, corroso dall'ostinazione del rifiuto del cibo, fino a ridursi a niente.
Contrariamente a quanto ancora oggi molti sostengono, le persone anoressiche in realtà non sono cieche e sorde ai morsi della fame, anzi, conoscono perfettamente la fame e ne hanno un profondo terrore: non mangiano niente per paura di mangiare tutto, di non esser in grado di fermarsi. Ogni alimento è un nemico che una volta ingerito può trasformarsi in grasso, in parte del proprio corpo. In poco tempo il corpo e il cibo diventano una vera ossessione, un pensiero coercitivo e un'occupazione costante che non permettono altre passioni, altri interessi...la vera e propria perdita di libertà di pensiero e di azione.
Ma il corpo con le sue leggi metaboliche è una realtà che prima o poi sfugge al controllo completo e totale che vorrebbe attuare la persona anoressica. La denutrizione porta a gravissime conseguenze che si manifestano con dolori addominali, intolleranza al freddo, peluria diffusa su tutto il corpo, oltre che insufficienza renale, osteoporosi, alterazioni cardiovascolari, problemi gravissimi ai denti e molto altro.
L'anoressia può portare a negare la realtà, a non riconoscere il rischio che il corpo corre perché offuscati dall'onnipotenza del rifiuto anoressico e dall'euforia del corpo ridotto a ossa che la inducono a credere di poter dominare ogni cosa, finanche la vita e la morte... ma è un'euforia intrisa di paura.

Chi soffre di bulimia, invece, non è una "buona forchetta", un amante della buona cucina che ogni tanto esagera. La persona bulimica non sceglie di concedersi i piaceri della tavola, ma è costretta ad ingerire cibo, ad ingoiare "tutto il pane del mondo".
La bulimica è assalita da una tensione coercitiva che la porta a ingerire tutto in uno stato di trance, di sospensione della coscienza.
E' molto importante capire questo per debellare il pregiudizio sociale che avvolge le persone bulimiche nella colpa, le accusa di debolezza morale, di incapacità a controllare la propria volontà. Non si tratta di volontà, è qualcosa che si colloca in un posto molto più profondo, si tratta di un vuoto incolmabile e profondo che crea un vortice dentro le anime di queste persone, che non possono fare altrimenti.
Le abbuffate bulimiche sono momenti drammatici, momenti vissuti in assoluto isolamento e coercizione, che niente e nessuno potrà interrompere; si concludono solo quando si avverte lo stomaco tendersi, solo allora la voragine interiore sembra colmarsi, rasserenarsi per un breve attimo. Malauguratamente la pace che segue l'abbuffata è subito interrotta dalla consapevolezza di quanto accaduto, dal panico che si prova per un misfatto ingiustificabile.
L'euforia che caratterizza il rifiuto ostinato dell'anoressica si contrappone allo sconforto infinito e alla colpa della bulimica che vive così un esistenza ancor più disperata. Per annientare e allontanare questo dolore, morale, ma anche fisico, si cerca di espellere quanto ingerito.
Il corpo bulimico si corrode poco a poco. I denti si rovinano, le ghiandole salivari dolgono e s'ingrossano, ulcerazioni e bruciori intollerabili al tubo digerente, piaghe sulle mani usate per procurarsi il vomito. Anche il cuore è messo a dura prova fino al rischio di arresto.
E' importante ribadire che anoressia, bulimia e disordini dell'alimentazione sono malattie serie: meccanismi instaurati da ragioni della psiche che colpiscono duramente il corpo nelle sue funzioni

elementari fino a minarne la sopravvivenza. La condotta anoressico - bulimica ha un senso, purtroppo non visibile e misurabile quanto il danno organico prodotto; si tratta di un significato nascosto dietro al corpo e prima del corpo che solo il lavoro psicoterapeutico può scoprire, analizzare ed elaborare, fino a tornare ad esser liberi.

Nelle fasi più acute, gli scompensi organici acquistano caratteri di urgenza e richiedono trattamenti immediati; anche allora, però, il versante psicologico, personale e familiare, resta al centro del processo terapeutico.

La mancanza di luoghi idonei di cura provoca:

- conseguenze pericolose e danni economici e trattamenti inadeguati e inefficaci
- rischio elevato di morte
- alta incidenza di danni somatici permanenti
- alto tasso di cronicizzazione e invalidità o ricoveri ripetuti e frequenti

Inoltre, anoressia nervosa e bulimia nervosa sono disturbi mentali che coinvolgono profondamente e pericolosamente il corpo. Richiedono spesso interventi coordinati di specialisti diversi, in successione o contemporaneamente. Lo studio e la cura delle complicanze somatiche riguardano, in particolare:

- alterazioni della funzionalità renale e degli elettroliti (le aritmie cardiache da ipopotassemia sono tra le principali cause di morte in pazienti che si provocano il vomito o abusano di lassativi e diuretici);
- disturbi cardiocircolatori;
- disturbi gastrointestinali;
- disturbi endocrino-metabolici (per esempio i gravi problemi di osteopenia-osteoporosi che possono produrre fratture patologiche)
- disturbi neurologici;
- alterazioni ematologiche e deficit del sistema immunitario.

Sempre più spesso si osservano disturbi legate alla alimentazione; soprattutto in alcune fasce di età giovanili, dai 13-14 anni ai 18-20 ed oltre, le difficoltà psicologiche dell'individuo (in maggioranza di sesso femminile: il rapporto con i maschi è all'incirca di 10 a 1) sembrano trovare una espressione diretta attraverso il cattivo rapporto con il cibo e per mezzo di comportamenti alimentari qualitativamente e quantitativamente alterati.

Il fatto che tali problematiche investano soprattutto l'età adolescenziale può essere meglio compreso se si focalizza l'attenzione sui cambiamenti e le trasformazioni repentine, corporee e psichiche, che intervengono in questo periodo di rapida crescita dell'individuo: il corpo che cresce e si modifica giorno dopo giorno, lo sviluppo sessuale, la riproposizione del rapporto con i propri genitori in maniera diversa, la ricerca di maggiore autonomia, l'assunzione di nuove responsabilità, sono tutti fattori che concorrono a determinare la nascita di un "nuovo soggetto" adolescenziale che prende il posto del bambino di ieri.

Tutto ciò non accade però senza difficoltà, conflitti, adattamenti, spesso delusioni, con sè stessi e verso gli altri, che possono ostacolare in vario modo il processo di crescita verso l'età adulta producendo rallentamenti e a volte veri e propri blocchi che assumono la forma del sintomo psichico e/o fisico.

La scuola si configura pertanto come luogo privilegiato nell'identificazione precoce dei disturbi alimentari in quanto luogo di osservazione privilegiato dei giovani.

Pertanto si reputa necessario che gli interventi siano coordinati a più livelli, e che siano effettuati da team pluridisciplinari privilegiando, senza mai escludere l'altro, il versante somatico o quello psichico a

seconda delle fasi della malattia, per cui la presa in carico privilegerà, di volta in volta, i vari aspetti (preventivo, neuropsichiatrico, psicologico, internistico), che debbono essere integrati tra loro.

La presa in carico di questo tipo di pazienti richiede una lettura globale che tenga conto, nello stesso momento, degli aspetti organici, metabolico-nutrizionali, endocrini e di quelli più specificatamente intrapsichici-relazionali; inoltre, per pazienti in giovane età, che concretamente sono dipendenti dai genitori e dalla famiglia, nell'intervento diagnostico-terapeutico, è necessario tener conto anche dei movimenti emotivi e comportamentali della famiglia stessa.

Un approccio che non tenga conto della genesi psicologica di questa malattia è destinato ad un fallimento terapeutico. L'integrazione di più specialisti, sia nella fase diagnostica, che in quella terapeutica costituisce la forma di intervento di elezione.

Una efficace integrazione permetterà di accertare e trattare gli elementi di emergenza e urgenza che tali sindromi facilmente presentano e, insieme, di evitare investimenti unidirezionali nell'area "alimentare", endocrinologica, psicologica o psichiatrica, che possa far trascurare le correlazioni operative.

Nel Sulcis non esiste nessun tipo di lavoro integrato tra servizi e operatori per la cura dei Disturbi Alimentari, con questa proposta si vuole sperimentare una serie di interventi in un'ottica di ricerca attiva per quantificare, prevenire e intervenire sul problema e sulle sue cause.

Per i disturbi del comportamento alimentare è utile, sia per il trattamento che per la prevenzione, distinguere fra fattori predisponenti, fattori precipitanti e fattori che tendono a perpetuare la sindrome.

I fattori predisponenti a lungo termine sono sia individuali che familiari e socioculturali:

1. il genere femminile, l'età (adolescenza, prima giovinezza), una sortita di sovrappeso e di diete in età infantile e, in particolare, intorno all'epoca della pubertà, alcune malattie croniche (per esempio la sindrome di Turner e il diabete mellito). Fra le caratteristiche psicologiche si possono elencare tratti ossessivi di personalità, aspettative esasperate, perfezionismo patologico, grandi difficoltà nel processo di separazione-individuazione, rifiuto del corpo adulto e della sessualità, fissazione all'infanzia e a forme infantili di dipendenza e di controllo.
2. l'anoressia nervosa è più frequente fra le sorelle e le madri di anoressiche che nella popolazione generale. Questo dato è legato a fattori biologici oltre che ambientali;
3. fattori micro e macrosociali e valori culturali egemoni giocano una parte di rilievo. Sono da citare soprattutto la competitività esasperata di certi ambienti, la richiesta di prestazione straordinarie, l'esaltazione della magrezza, il mito della bellezza, le sollecitazioni molteplici e contraddittorie alle quali è esposta una giovane donna nella società attuale.

Un evento importante è la pubertà che in alcuni casi è giusto definire il trauma della pubertà: i cambiamenti sono vissuti come gravi minaccia al controllo di sé, del proprio corpo e delle relazioni di base.

I principali fattori di autoperpetuazione della sindrome sono due:

- i guadagni secondari legati alla malattia (richiamo di attenzione su di sé, evitamento di situazioni sessuali e sociali angosciose ecc.);
- gli effetti del digiuno e della perdita di peso che tendono a perpetuare i sintomi per via di un feedback negativo.

Infine sono da menzionare i fattori iatrogeni: alcuni interventi medici possono favorire lo scatenamento, il mantenimento o l'aggravamento dell'anoressia e della bulimia nervosa.

Intervenire tempestivamente su tutti i fronti permette il riconoscimento della sindrome in tutte le sue sfaccettature ed è con questa finalità che presentiamo questa proposta di progetto.

PROGETTO SPERIMENTALE DI RICERCA-AZIONE

Il Progetto per l'intervento e la ricerca sui Disturbi del Comportamento Alimentare, prevede una serie di azioni da svolgersi nell'intero territorio del Sulcis suddivise in attività di ricerca sul fenomeno attraverso una raccolta dati nelle scuole dell'intero distretto sanitario, accompagnato da attività di sensibilizzazione all'interno delle classi, per promuovere una prevenzione mirata a quella popolazione di pubertari e adolescenti considerata più a rischio, senza trascurare la partecipazione a corsi di formazione-laboratorio per i genitori. A questa attività si vuole affiancare la possibilità di cura della malattia, predisponendo dei posti letto nelle diverse strutture Ospedaliere cittadine, a seconda dell'età dei pazienti, riservati ai pazienti nelle fasi acute della malattia, accanto a questo si prevede tutta un'attività di intervento ambulatoriale sui casi meno gravi.

Attività di prevenzione nelle scuole

Si vuole arrivare a conoscere l'ampiezza del fenomeno attraverso la compilazione di questionari anonimi e interviste a insegnanti particolarmente sensibili che hanno raccolto confidenze e che si sono resi conto del disagio. Inoltre si può procedere con la predisposizione di iniziative di informazione e sensibilizzazione sui disturbi del comportamento alimentare e l'attivazione di uno spazio di ascolto, anche anonimo attraverso il mezzo informatico o cartaceo (lettere), all'interno delle scuole, per permettere di trovare una consulenza immediata che porti all'invio ambulatoriale. L'approccio in questo caso è prevalentemente di tipo psicologico e educativo.
Per i genitori e gli insegnanti si prevedono dei laboratori di sensibilizzazione alla buona alimentazione:

- un laboratorio di trasformazione della farina
- un laboratorio di cucina mediterranea
- un lavoro di ricerca sul tipo di alimentazione adottato dalle famiglie del Sulcis

L'attività di sensibilizzazione all'interno delle classi prevedono una serie di interventi ("giochi") mirati alla educazione razionale emotiva che permetta ai ragazzi di riconoscere e comunicare le proprie problematiche.

Attivita' ambulatoriale

L'attività ambulatoriale prevede la presenza di diversi specialisti, psicologi, psicoterapeuti, educatori neuropsichiatra infantile, dietologo che si occuperanno dell'accoglienza integrata del paziente e della sua famiglia, non trascurando l'importante rete amicale che si potrebbe trovare invischiata nella patologia dell'utente. Lo psicologo, lo psicoterapeuta, il neuropsichiatra infantile, il dietologo, dovrebbero avere, nella loro specificità, dei colloqui con le persone coinvolte al fine di fare una corretta diagnosi, alla quale farà seguito il trattamento che potrà essere sulla base della gravità o ambulatoriale o di ricovero.
Nel trattamento ambulatoriale le azioni previste sono:

- la predisposizione di uno spazio, una stanza, per svolgere funzioni di consulenza - sia telefonica sia di colloquio occasionale - per chi soffre di questi disturbi e per i loro familiari, ma anche come punto di coordinamento per tutto il lavoro di ricerca-prevenzione nelle scuole;
- la possibilità di svolgere colloqui con vari specialisti (psicologo, dietologo,neuropsichiatria infantile,....);
- la possibilità di svolgere colloqui terapeutici individuali;
- la possibilità di partecipare a gruppi terapeutici cosiddetti monosintomatici (cioè costituiti da persone che soffrono dello stesso disturbo);
- una consulenza medico-specialistica per avere un quadro completo delle condizioni fisiche del paziente;

Inoltre si occuperà della presa in carico del paziente dopo le dimissioni da un eventuale ricovero, nella fase di prevenzione delle ricadute, prevedendo incontri dapprima settimanali e poi quindicinali e mensili e la possibilità di partecipare a progetti di gruppo nei laboratori creativi, condotti da educatori.

Trattamento in ricovero ospedaliero

Consiste nella presa in carico in un programma di trattamento integrato, quando le condizione psico-fisiche del paziente presentano un quadro grave, anche se non in immediato pericolo di vita. Ricordiamo che gli obesi corrono rischi di patologie secondarie, molto gravi, con il progredire della patologia e un ricovero che porti al decondizionamento sia delle abitudini che dalla famiglia, può dare in casi gravi dei risultati che altre misure coercitive portano al fallimento.
Il nostro programma di trattamento integrato prevede una serie di interventi da svolgersi in un arco di tempo di 6-8 settimane di ricovero per permettere un ristabilirsi delle condizioni fisiche, accompagnato da attività di psicoterapia individuale intensiva (quattro sedute settimanali), un intervento farmacologico e di laboratorio da condursi con gli altri pazienti del reparto.
I laboratori possono essere:

- decoupage
- pittura
- ricamo
- cartonage

La famiglia verrà seguita in terapia di gruppo, condotta da psicologi e educatori per sondare le dinamiche familiari ossessive che contribuiscono a incistare il problema e per dare delle consulenze direttive da esaminare con la dinamica di gruppo.
All'atto della dimissione il paziente verrà preso in carico dal servizio ambulatoriale.

ARTICOLAZIONE DEL LAVORO

Fase di prevenzione

Ricerca-azione nelle scuole attraverso:

- costruzione di questionari mirati alla quantificazione del fenomeno
- somministrazione dei questionari agli studenti
- interviste agli insegnanti
- raccolta dei dati

- interventi di educazione razionale emotiva nelle classi
- interventi di sensibilizzazione sulle tematiche dei disordini alimentari

Contemporaneamente:

- apertura dello spazio di ascolto nelle scuole
- apertura dello spazio di ascolto ambulatoriale
- laboratori per i genitori

Fase ambulatoriale

Questa fase prevede un'iniziale formazione per il personale operativo sulle tematiche dei disturbi dell'alimentazione, contemporaneamente si passerà all'immediata apertura di uno spazio, una stanza, per svolgere funzioni di consulenza - sia telefonica sia di colloquio occasionale - per chi soffre di questi disturbi e per i loro familiari, che funga anche da sede di coordinamento per tutto il lavoro di ricerca-prevenzione nelle scuole, inoltre, con l'affluire dei pazienti si aprirà la possibilità di:

- svolgere colloqui con vari specialisti (psicologo, dietologo,neuropsichiatria infantile,....);
- svolgere colloqui terapeutici individuali;
- partecipare a gruppi terapeutici cosiddetti monosintomatici (cioè costituiti da persone che soffrono dello stesso disturbo);
- avere una consulenza medico-specialistica per un quadro completo delle condizioni fisiche del paziente.

Trattamento di ricovero ospedaliero

Il ricovero avverrà sia in caso di urgenze (squilibri idroelettrici gravi), sia in seguito all'anamnesi effettuata dagli specialisti ambulatoriali. Il paziente verrà, nell'immediato, sottoposto a una cura farmacologica per scongiurare il pericolo di vita, contemporaneamente verrà impostato un piano di rieducazione progressiva all'alimentazione, accompagnato ad intervanti di:

- psicoterapia individuale intensiva (quattro sedute settimanali)
- laboratori
- terapia di gruppo per i genitori

Il controllo dell'alimentazione del paziente verrà effettuato da un educatore che, almeno agli inizi, lo seguirà durante i pasti.

Alla dimissione verrà preso in carico dal servizio ambulatoriale.

Fasi	*Articolazione del lavoro*
Fase di prevenzione Ricerca-azione nelle scuole	• costruzione di questionari mirati alla quantificazione del fenomeno • somministrazione dei questionari agli studenti

	• interviste agli insegnanti • raccolta dei dati • interventi di educazione razionale emotiva nelle classi • interventi di sensibilizzazione sulle tematiche dei disordini alimentari • apertura dello spazio di ascolto nelle scuole • apertura dello spazio di ascolto ambulatoriale • laboratori per i genitori
Fase ambulatoriale	• formazione per il personale operativo sulle tematiche dei disturbi dell'alimentazione • apertura di uno spazio, per svolgere funzioni di consulenza - sia telefonica sia di colloquio occasionale - per chi soffre di questi disturbi e per i loro familiari • coordinamento del lavoro di ricerca-prevenzione nelle scuole • colloqui con vari specialisti (psicologo, dietologo,neuropsichiatria infantile,....); • colloqui terapeutici individuali; • gruppi terapeutici cosiddetti monosintomatici (cioè costituiti da persone che soffrono dello stesso disturbo); • consulenza medico-specialistica per un quadro completo delle condizioni fisiche del paziente.
Trattamento di ricovero ospedaliero	• Il ricovero avverrà sia in caso di urgenze (squilibri idroelettrici gravi), sia in seguito all'anamnesi effettuata dagli specialisti ambulatoriali. • cura farmacologica • rieducazione progressiva all'alimentazione, • psicoterapia individuale intensiva (quattro sedute settimanali) • laboratori • terapia di gruppo per i genitori • controllo dell'alimentazione • Alla dimissione verrà preso in carico dal servizio ambulatoriale.

OBIETTIVI E FINALITÀ

Finalità del progetto

La finalità principale del Progetto di intervento consiste nell'individuazione precoce dei disturbi del comportamento alimentare, e nella gestione dei vari aspetti (neuropsichiatrici, psicologici, internistici).

Obiettivi

L'obiettivo principale della proposta di intervento è rappresentato dalla costruzione di un punto di riferiemento per il territorio centrato sull'individuazione, gestione e sostegno a vari livelli dei disturbi del comportamento alimentare.

Ulteriori obiettivi generali sono rappresentati da:

- prevenzione dei disturbi del comportamento alimentare;
- Incentivare l'acquisizione di capacità che aiutino l'adolescente ad acquisire una visione positivca della propria immagine corporea;
- Offrire un sostegno professionale in materia di disturbi del comportamento alimentare e relative problematiche.

Fase	Obiettivo
Prev. Primaria nelle scuola	– Attività di promozione presso le istituzioni scolastiche; – Collaborazione con le istituzioni scolastiche. – intervenire precocemente sull'insorgere dei disturbi del comportamento alimentare; – Sostenere i giovani nel percorso di crescita offrendo loro opportunità, strumenti e conoscenze che li aiutino a fronteggiare le fasi fisiologiche di malessere legate all'isolamento; – Fornire le adeguate conoscenze sul delicato periodo evolutivo che il giovane sta affrontando, con particolare riferimento ai problemi legati al cambiamento dell'immagine corporea e dello status adolescenziale; – Conoscere le principali problematiche legate alla visione del corpo ed ai disordini di tipo alimentare; – Discutere e riflettere sui principali luoghi comuni dei giovani sull'alimentazione sul proprio corpo;
2) Intervento ambulatoriale	– Intervento di diagnosi precoce e azione di sostegno – effettuare una valutazione diagnostica precoce; – valutazione delle situazioni a rischio di disagio – Attività di presa in carico a più livelli (neuropsichiatrica, psicologica, internistica) – Attività di presa in carico con interventi individuali o di gruppo – favorire lo sviluppo di comportamenti sani per la propria salute – sostegno e presa in carico psicologico della persona e della famiglia
3) Ricovero	– Intervento di tipo medico

ospedaliero	○ presa in carico da parte dell'équipe multidisciplinare mirata al ristabilirsi dei danni fisici ○ gestione degli aspetti medici legati al disturbo del comportamento alimentare; ○ gestire l'urgenza legata al danno al fisico.

METODOLOGIA

Fase di prevenzione primaria

Questa fase progettuale prevede il coinvolgimento diretto delle istituzioni scolastiche.

Il progetto si articola in due momenti introduttivi: il primo con il personale docente, ai quali verranno spiegate le modalità di intervento. Il secondo momento è centrato sul gruppo-classe, durante il quale verranno introdotte quelle che sono le principali causa del disagio giovanile, spiegati i cambiamenti puberali e le dinamiche psicologiche ad essi connesse.

Si prevede di effettuare incontri di tipo strutturato col fine di rendere i giovani più consapevoli delle problematiche indagate e per fornirgli le abilità necessaria per far fronte ai problemi connessi allo sviluppo adolescenziale. Le situazioni di apprendimento che vengono proposte per lavorare su questi aspetti sono quelle che permettono la presentazione, l'osservazione e la presa di decisioni in situazioni o realtà complesse dove evidentemente i giovani devono applicare delle conoscenze, ma dove hanno anche bisogno di optare per determinate decisioni per risolvere i conflitti che gli si pongono davanti.

Il metodo con cui si cercherà di raggiungere questi risultati si avvale dell'utilizzo delle seguenti procedure:

1) Animazione con il gruppo-classe Le convinzioni riguardanti la valutazione di sé sono altamente radicate nella mente di un adolescente, e la loro validità è irrilevante per l'individuo. Perciò lo sfidare la validità di questa convinzioni esaminando le evidenze pro e contro queste attitudini è di scarso aiuto. Per tale motivo verranno elaborate attività di animazione e di confronto, con discussioni di gruppo svolte in modo tale da scatenare la riflessione sull'utilità nel mantenere la convinzione riguardo la valutare di se stessi.

2) Role play: Per imparare a gestire le varie situazioni problematiche, attraverso al simulazione di gruppo. Questa tecnica favorisce la rappresentazione mentale di situazioni esistenziali comuni a tutti: si rappresenta una scena, una situazione conflittuale (o potenzialmente tale) in cui tutti possono riconoscersi come qualcosa di vissuto personalmente oppure osservato in un compagno, in circostanze e tempi diversi.

3) Attività pratiche e discussioni di gruppo. Sono incluse attività pratica sugli argomenti legati alla propria visione corporea ed una discussione di gruppo aperta, in modo tale da sollecitare il confronto con gli altri.

Si prevede inoltre di effettuare una presenza settimanale di uno psicologo nell'istituzione scolastica, a cui possono accedere tutti gli studenti. Questa strategia ha lo scopo di individuare ed accogliere le richieste che arrivano in modo autonomo dai ragazzi e di effettuare un primo aggancio con eventuale presa in carico ambulatoriale.

La metodologia privilegiata sarà il counselling, centrato soprattutto sull'individuazione precoce del disturbo del comportamento alimentare.

I laboratori per i genitori avranno la durata di 24 ore e si avvalleranno dell'aiuto degli insegnanti della scuola e delle cucine delle mense scolastiche, se esistenti, o dell'apporto di ristoratori della zona. I laboratori saranno aperti a gruppi di 20 persone e si estenderanno nell'arco dell'anno scolastico.

La ricerca sull'alimentazione delle famiglie del Sulcis verrà condotta dai genitori con l'aiuto degli insegnanti.

Alla fine delle attività si allestirà una mostra culturale e gastronomica.

Fase di valutazione diagnostica

E' volta a determinare l'esistenza ed il tipo di disturbo del comportamento alimentare, la sua primitività o l'atipicità ed il significato che i sintomi assumono nel complesso biologico, psicologico, familiare e culturale dell'individuo.

Nel corso di questa fase il paziente dovrà essere aiutato ad assumere (così come deve avvenire successivamente nel corso della terapia) quel ruolo di partecipazione attiva e di collaborazione che in diversi modi gli può essere stato negato nella patogenesi del disturbo.

Il paziente può giungere all'osservazione per vari percorsi di invio. L'analisi dell'invio e della domanda di cura è una tappa preliminare del processo di valutazione diagnostica.

I tempi della valutazione sono condizionati dalla gravità delle condizioni, e sono comunque rappresentati da 4 momenti fondamentali:

1a. Valutazione della psicopatologia specifica (anoressia nervosa, bulimia nervosa, disturbo parziale).

1b. Valutazione della psicopatologia concomitante o pregressa.

1c. Valutazione del grado di urgenza psicopatologica ed eventuale intervento psichiatrico.

2. scale di valutazione e di autovalutazione, test proiettivi, test specifici diretti allo studio dei disturbi del comportamento alimentare, della personalità e della psicopatologia eventualmente associata.

3. Valutazione delle interazioni familiari.

4a. Esame obiettivo e valutazione dello stato nutrizionale.

4b. Valutazione del grado di urgenza medica.

4c. Studio metabolico e altre indagini strumentali e di laboratorio.

4d. Profilo endocrinologico.

Nei casi più gravi, in cui è difficile la gestione ambulatoriale per grave scompenso fisico e/o psicopatologico, gli accertamenti diagnostici e la prima fase del trattamento debbono essere effettuati in degenza.

L'analisi in équipe delle informazioni ottenute permetterà di formulare un progetto di trattamento da proporre e spiegare al paziente ed ai suoi familiari.

Si viene a creare così quel "ponte" tra diagnosi e terapia che è Premessa della successiva compliance del paziente. Da essa scaturirà l'indicazione al trattamento.

Fase di presa in carico terapeutica

Il controllo medico periodico ha lo scopo di accertare e correggere gli eventuali danni biologici. Non deve incontrarsi sul problema alimentare ne proporre, troppo a lungo, schemi dietetici minuziosi che rafforzerebbero le tendenze ossessive del paziente.

L'intervento psicologico è l'asse del trattamento e può comprendere:

1) psicoterapia individuale del paziente;

2) psicoterapia familiare;

3) psicoterapia di gruppo.

4) terapia psico-farmacologica, per ridurre la pressione fobica e ossessiva, correggere le tematiche depressive o, qualora presenti i temi deliranti.

I vari interventi devono essere adattati alle caratteristiche specifiche dei singoli casi tenendo sempre presente la necessità di un intervento rivolto anche alla famiglia.

La Psicoterapia individuale

L'obiettivo di questo tipo di terapia è quello di incoraggiare la paziente nella ricerca della propria autonomia e della propria identità, nell'ambito di nuove e più intime relazioni interpersonali. Durante questa ricerca ciò che ella ha da dire è ascoltato e fatto oggetto di comprensione.

La terapia di gruppo per i familiari

Ha lo scopo di contestualizzare il sintomo all'interno di rapporti significativi, e cambiare eventuali relazioni disfunzionali che favoriscono il mantenimento della condotta alimentare anomala. Lo scopo é che ciascuno dei membri trovi "parole" e "modi" alternativi, per esprimere il proprio disagio, piuttosto che adottare un comportamento patologico.

Consistono in riunioni in piccoli gruppi in cui i soggetti, alla presenza di un esperto, parlando liberamente dei propri problemi si scambiano supporto ed incoraggiamenti. Lo psicologo ha il compito di sondare le dinamiche e la possibilità di avvalersi nel gruppo di un educatore permette una risposta un po' più direttiva, le reazioni delle famiglie verranno a loro volta rissondate nel gruppo.

Intervento di gruppo monomatico per i pazienti ambulatoriali

Si disporrà inoltre della possibilità di ricevere supporto dal gruppo, percorso particolarmente indicato per questo tipo di problematiche.

Si terranno incontri di gruppi formati da 6-8 partecipanti, con una seduta settimanale, centrata sulla discussione ed il confronto, condotti da una coppia di operatori dei quali uno con ruolo di conduttore-mediatore e l'altro con ruolo di osservatore esterno.

Prima dell'ingresso di un paziente in gruppo possono essere necessari un numero variabile di colloqui individuali nei quali si accoglie e si formula la domanda del paziente e si costruisce un progetto di cura: in questo caso il contratto è tra l'operatore ed il paziente.

I colloqui individuali preliminari all'ingresso nel gruppo, che possono anche non essere effettuati dal conduttore del gruppo (purché vi siano momenti di comunicazione e confronto) consentono di fare un'ipotesi psicopatologica e di valutare la possibilità di ingresso in gruppo.

Se da un lato però alcuni soggetti (o i colleghi che effettuano l'invio) fanno una esplicita richiesta di terapia di gruppo, altri non fanno una domanda precisa in tal senso: in questi casi va compiuta un'attenta valutazione sull'opportunità di offrire un percorso di tipo gruppale e qualora vi sia un rifiuto di tale modalità terapeutica è necessario proporne una differente.

L'attività consiste in un momento settimanale, svolto dal conduttore col gruppo delle pazienti anoressico-bulimiche, in cui si attiva una discussione di gruppo a partire da un tema indicato alle pazienti qualche giorno prima, e rispetto al quale si domanda loro di scrivere qualcosa. La scelta del tema risponde solitamente a qualche avvenimento intercorso nell'attualità (l'entrata di una nuova ragazza, la recente dimissione, episodi di trasgressione, ecc..), che viene indicato per favorire nel gruppo delle pazienti la sua elaborazione. Il gruppo si avvia sempre a partire da testi scritti dalle ragazze, e su tali testi si invita le partecipanti al gruppo ad inserire associativamente ciò che ne pensano. La conduzione del gruppo e' attenta alla dinamica delle presenze e delle assenze delle pazienti, e rimanda ogni volta al gruppo delle ragazze l'elaborazione del delle assenze nel gruppo, o delle interruzioni e uscita dal gruppo ad opera di alcune di loro. Nel suo funzionamento, il gruppo cerca di sfruttare ampiamente la dialettica tra posizioni differenti e spesso conflittualmente ostili emergenti sui temi in discussione, che funziona un po' come cartina di tornasole dello stato relazionale e affettivo circolante tra le componenti del gruppo comunitario. In questo senso il momento di atelier funziona come luogo in cu i conflitti più o meno latenti esistenti tra le ragazze trovano uno spazio di verbalizzazione quanto più e' possibile neutro, un contenitore che rende

tollerabili le perturbazioni affettive spesso dirompenti che alimentano la convivenza continuata delle ragazze in comunità

Si suggerisce l'opportunità che i servizi ambulatoriali che si occupano in larga misura dei disturbi dei comportamento alimentare abbiano stretti collegamenti con i reparti di degenza e con le strutture riabilitativi che si occupano degli stessi disturbi.

Fase ospedaliera

Trattamenti in degenza ospedaliera-ricovero

È opinione condivisa che mentre i casi meno gravi possono essere trattati subito ambulatoriamente, quelli più gravi devono essere inizialmente ricoverati. L'ambiente ideale per un ricovero d'emergenza è l'ospedale generale. Va scelto il reparto più idoneo al problema in atto, i medici ed il personale devono essere formati ed acquisire le competenze nel trattare le urgenze dei disturbi del comportamento alimentare. In casi gravi, resistenti al trattamento ambulatoriale ma non in emergenza acuta, la scelta ideale è un piccolo reparto specializzato nella cura dei disturbi dell'alimentazione.

Nel caso di ricovero un trattamento psicoterapeutico sistematico potrà essere intrapreso, perlopiù, solo dopo la dimissione: deve essere, però, preparato durante la degenza. Quando invece la paziente che si ricovera è già in terapia, è essenziale un buon rapporto di comunicazione e collaborazione tra operatori del reparto, psicoterapeuta, paziente e familiari.

Con l'incremento esponenziale dei casi di AN e BN è in crescita sempre più la richiesta di ospedalizzazione di pazienti in condizioni fisiche e, o psichiche particolarmente gravi. E' assolutamente necessario prevedere spazi ospedalieri idonei e unità operative multidisciplinare adeguate per competenza ed esperienza. Le indicazioni per la scelta della ospedalizzazione sono: insuccessi ripetuti nel trattamento ambulatoriale; gravi scompensi fisici, o psichici o nelle relazioni familiari.

La modalità del lavoro in équipe e le reti di consulenza devono assicurare la possibilità di interventi nelle seguenti aree: internistica, endocrinologica, psichiatrica, nutrizionale, psicologica, psicoterapeutica, dietologica, infermieristica.

E' necessario porre particolare attenzione ai danni al corpo che queste malattie provocano. Dopo una prima valutazione iniziale, si procede a controlli periodici che sono volti a stabilire gli eventuali miglioramenti di alterazioni o patologie organiche già diagnosticate o il presentarsi di nuovi problemi che necessitino di essere affrontati.

L'equipe curante e' formata da medici neuropsichiatri, infermieri, educatori professionali e si avvarrà anche della consulenza di collaboratori esterni specificamente formati. Il modello di riferimento teorico e clinico dell'equipe curante e' psicodinamico psicoanalitico.

La causa della sintomatologia alimentare e' quindi riferita principalmente in funzione alle dinamiche relazionali e affettive.

Poiché anoressia bulimia e disturbi alimentari derivano in modo appariscente da una rottura massiccia della convivialità quotidiana da intendersi come una delle strutture basilari dell'intersoggettività, la comunità si pone come atteggiamento di fondo, quello di ricostituire tale dimensione conviviale.

All'interno dell'intervento ospedaliero, è prevista anche la possibilità di effettuare colloqui psicologici individuali, al fine di permettere uno spazio di espressione ed elaborazione dei vissuti legati

all'ospedalizzazione. Ciò consente di favorire l'espressione di vissuti individuali legati agli avvenimenti interni ed a quelli esterni.

I colloqui in ambito ospedaliero hanno quindi un'impostazione tesa a consentire uno spazio di dialogo tra la paziente e le sue esperienze individuali, uno spazio strutturato nel quale sia possibile rivisitare il cammino in corso nella permanenza in ospedale.

L'approccio teorico di riferimento, così come per le altre attività, è quello psicoanalitico, ed è attraverso questo approccio che si intende favorire nelle pazienti una maggiore capacità di entrare in contatto con il proprio mondo interiore, imparando, per così dire, a dialogarvi, tenendo presenti, di volta in volta, i diversi aspetti di sé e del proprio modo di sentire le esperienze.

Fase	*Metodologia*
fase di prevenzione primaria	– ricerca-azione; – somministrazione di un questionario conoscitivo; – interventi strutturati nelle scuole; – animazione nel gruppo-classe; – interventi di educazione emotiva; – discussioni e confronti con la classe; – sportello di primo ascolto delle dinamiche legate al comportamento alimentare; – laboratori con i genitori
Fase ambulatoriale	– colloqui di valutazione diagnostica; – presa in carico terapeutico; – colloqui di sostegno psicologico individuale; – interventi in piccoli gruppi monosintomatici; – presa in carico della famiglia – terapia psicofarmacologica
Fase ospedaliera	– valutazione iniziale; – interventi in ambito internistico, endocrinologico, psichiatrico, nutrizionale, dietologico, infermieristico. – colloqui di sostegno psicologico

PROGRAMMAZIONE

Importante momento dell'articolazione del progetto è la fase di programmazione delle attività previste all'interno delle fasi di riferimento individuate.

La suddivisione per aree di intervento trova ragione nella necessità di creare una maggior coerenza progettuale, in modo tale da consentire un gestione più efficiente e coordinata di tipi di intervento, che non saranno tra loro slegati ma in costante relazione ed interrelazione.

La necessità ulteriormente avvertita di programmare momenti di supervisione nasce dall'esigenza di una maggior consapevolezza rispetto al proprio operato e per consentire agli operatori di alleggerire il peso che le problematiche trattate possono creare, prevenendo pertanto vissuti di burnout. Non quindi un semplice incontro tra operatori, ma un momento di chiarezza e di confronto rispetto al proprio ruolo ed alle criticità che questo può comportare, di ridefinizione costante degli obiettivi e del tipo di relazione che si instaura con l'utenza.

Si procederà ad una programmazione iniziale, relativa all'anno di intervento, con l'obiettivo di organizzare tutte le attività ed il lavoro dell'èquipe. Si disporrà inoltre di incontri di programmazioni trimestrali e settimanali che coinvolgeranno tutti gli operatori.

Programmazione	*Tempo*	*Obiettivi*	*Operatori*	*Consegna*
Annuale	Prime due settimane dal primo mese di lavoro	Organizzazione di tutte le attività	Equipe	Fine primo mese
Trimestrale	Un giorno per attività	Organizzazione coordinamento di tutte le attività permanenti e estemporanee	Equipe	15 giorni prima dell'attuazione dell'attività
Settimanale	Un'ora per attività	Attuativa	Equipe	
Riunione d'èquipe	Due ore settimanali	Informativo	Equipe	

RISULTATI ATTESI

• *Fase di prevenzione*	• individuazione precoce dei

	disturbi del comportamento alimentare
• *Fase ambulatoriale*	• creazione di un punto di riferimento per la prevenzione e gestione dei disturbi del comportamento alimentare • presa in carico della persona e della sua famiglia • riduzione dei conflitti familiari • miglioramento del funzionamento relazionale, sociale, nonché lavorativo •
• *Fase di Ricovero*	• miglioramento della sintomatologia • miglioramento dei parametri organici, compresa la riduzione in percentuale dell'amenorrea •

VERIFICA E VALUTAZIONE

Il progetto è accompagnato da un disegno di valutazione che consenta di:

- verificare la capacità di costruire un progetto centrato sulle esigenze del territorio nel quale opera;
- gestire le scelte operative in modo da facilitare la realizzazione degli obiettivi previsti.

Gli strumenti per la valutazione saranno messi a punto durante la fase di avvio del progetto.

La fase di verifica e valutazione è fase essenziale del processo di programmazione, che consente di avere informazioni utili per un'analisi degli interventi attuati, controllando gli effetti dell'impostazione attuale e quelli dovuti all'introduzione di qualche cambiamento organizzativo e metodologico.

La valutazione continua dell'intervento, serve a confermare le ipotesi che vengono testate, e a rimodellarle in funzione delle carenze o delle lacune riscontrate.

La valutazione avverrà su due piani generali:

- organizzativo, le cui variabili riguarderanno le attività nel suo complesso, il lavoro di èquipe, le procedure;
- intervento individuale, le cui variabili riguarderanno soprattutto l'incisività e la qualità della risposta che l'equipe è stata in grado di offrire.

Per ogni fase critica verranno messi a punto strumenti idonei alla specificità dell'ambito di applicazione. La valutazione, quindi, verrà effettuata tramite scambi di informazioni e di analisi dei risultati sulle singole attività, ed attraverso periodici incontri con le figure coinvolte. L'applicazione delle soluzioni riscontrate e la raccolta dei dati verrà effettuata dagli operatori stessi.

Gli strumenti di valutazione e di verifica sono distinti per le due fasi individuate:

Area di valutazione	*Strumenti di valutazione*
Valutazione assetto organizzativo	– Osservazioni e registrazione delle attività – Monitoraggio delle attività e degli interventi – Confronto nel gruppo di coordinamento – Scambio di comunicazioni/informazioni tra i membri dell'èquipe – Incontri periodici di valutazione e programmazione
Valutazione dell'intervento individuale	– Schede di osservazione, registrazione, monitoraggio delle richieste – Resoconti delle attività svolte – Schede di osservazione, registrazione, monitoraggio (foglio prestampato con tempi, modalità e sintesi dei colloqui), utile a raccogliere informazioni su caratteristiche socio-anagrafico degli utenti e richieste formulate

La valutazione sarà inoltre distinta a seconda della specifica aree individuata e comprende sia una valutazione di tipo qualitativo che di tipo quantitativo:

Aree di intervento	*Strumenti di valutazione*

Prevenzione primaria nella scuola	Valutazione qualitativa	– Analisi qualitativa degli interventi di sensibilizzazione, formazione, informazione svolti – Grado di soddisfazione dell'utenza
	Valutazione quantitativa	– Numero e tipologia di incontri effettuati – Numero dei partecipanti coinvolti – Raccolta dati – Elaborazione dati
Fase ambulatoriale	Valutazione qualitativa	– Analisi qualitativa dei contatti e delle sinergie attivate – Valutazione da parte degli operatori – Analisi del tipo di utenza (questionari) – Valutazione del servizio da parte degli operatori (questionario)
	Valutazione quantitativa	– Numero e tipologia degli interventi svolti – Griglie di osservazione – Raccolta, elaborazione dati
Fase di ricovero ospedaliero	Valutazione qualitativa	– Valutazione servizio – Relazioni diagnostiche – Relazioni descrittive – Analisi del tipo di utenza – Raccolta, elaborazione dati – Test di valutazione di ingresso
	Valutazione quantitativa	– Relazioni descrittive – Raccolta, elaborazione dati – Schede anamnestiche

I principali obiettivi del progetto di valutazione sono:

1) valutare l'efficacia dei vari programmi di trattamento terapeutico ed il tasso di successo in relazione ai sintomi, allo sviluppo della personalità ed alla integrazione socio familiare nei pazienti con anoressia e/o bulimia nervosa in accordo con la diagnosi effettuata secondo i criteri del DSM IIIR o IV;

2) valutare la stima dello sforzo terapeutico che viene impiegato giornalmente nel trattamento dei pazienti ed il rapporto tra tale sforzo ed il risultato ottenuto. Questa stima vuole essere di tipo statistico e fondarsi sull'analisi della relazione funzionale in senso matematico allo scopo di verificare se esiste una relazione sistematica tra questi due parametri;

3) identificare i fattori che permettono la prognosi favorevole del trattamento;

4) studiare il decorso a lungo termine della patologia o del ricovero ed identificare i fattori di rischio delle recidive.

La batteria di test, usata nella fase di valutazione, prevede una serie di questionari esplorativi della personalità, dello stato della malattia e della comorbidità del paziente da effettuare sia all'inizio che al termine della terapia e brevi valutazioni mensili che insieme all'analisi dei follow-up, permettono di seguire il paziente durante tutto il suo iter terapeutico.

SPAZI E TEMPI

Si prevede che la durata della sperimentazione di un servizio di ricerca-attiva sulle problematiche alimentari abbia la durata di 1 anno e si debba svolgere:

- la Fase di Prevenzione, nelle scuole che avranno cura di mettere a disposizione una stanza riservata e una mensa o cucina di ristorante che metta a disposizione, con orari e giorni concordati, il suo materiale per i laboratori dei genitori:
  - I laboratori avranno la durata di 12 incontri di 2 ore ciascuno per un totale di 24 ore.
  - Lo sportello di ascolto verrà aperto 1 volta alla settimana per 3 ore.
- la Fase Ambulatoriale, nell'Unità Operativa di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza che metterà a disposizione una stanza e una linea telefonica per le consulenze occasionali, il resto dell'intervento verrà condotto con gli spazi già affidati agli operatori del Servizio.
  - La valutazione diagnostica avrà lo spazio di 4 incontri di un'ora ciascuno, da svolgersi uno a settimana.
  - I gruppi verranno condotti con cadenza quindicinale.
- La Fase Ospedaliera ha durata di 6-8 settimane, da svolgersi negli ospedali del Sulcis, che avranno cura di mettere a disposizione, a seconda dell'età dei pazienti, almeno tre posti letto in camere separate. A questa fa seguito o precede la fase ambulatoriale.
  - Per i laboratori in reparto occorre una stanza da allestire, oppure si chiede la possibilità di utilizzare quella già preesistente, con materiale povero, per le attività. I laboratori verranno condotti per tutta la durata del progetto con scadenza giornaliera di 1 ora e mezza.

Fasi	*Spazi e Tempi*
Fase di prevenzione • Nelle scuole (punto di ascolto)	• una stanza riservata • lo sportello di ascolto verrà aperto 1 volta alla settimana per 3 ore.
• Laboratori	• una mensa o cucina di ristorante che metta a disposizione, con orari e giorni concordati, il suo materiale • I laboratori avranno la durata di 12 incontri di 2 ore ciascuno per un totale di 24 ore.
Attività ambulatoriale	• una stanza con linea telefonica • la valutazione diagnostica avrà lo spazio di 4 incontri di un'ora ciascuno, da svolgersi uno a settimana. • I gruppi verranno condotti con cadenza quindicinale.
Attività di ricovero	• ha durata di 6-8 settimane • da svolgersi negli ospedali del Sulcis a

• Laboratori	seconda dell'età dell'utenza • almeno tre posti letto in camere separate. • A questa fa seguito o precede la fase ambulatoriale. • una stanza da allestire, oppure precesistente • verranno condotti per tutta la durata del progetto con scadenza giornaliera di 1 ora e mezza.

DESTINATARI

Il progetto di prevenzione nelle scuole è indirizzato alle scuole medie e superiori del Sulcis, lo sportello verrà aperto in tutte scuole che metteranno a disposizione i locali adatti allo scopo.

I laboratori per i genitori saranno aperti a 20 persone per volta, dando la precedenza ai nuclei famigliari più svantaggiati.

L'attività ambulatoriale è rivolta a tutti gli utenti del territorio nell'intervento di consulenza, per poi interessarsi dei soggetti che presentano i sintomi, anche i prodromi, della patologia.

L'attività di ricovero è aperta a quei soggetti che sulla base di una diagnosi di particolare gravità abbiano la necessità di un ricovero immediato. Non più di tre pazienti per volta.

Fasi	*Destinatari*
Fase di prevenzione	• I ragazzi delle Scuole medie e superiori del Sulcis • 20 genitori a laboratorio
Attività ambulatoriale	• Tutto il bacino di utenza • Utenti che presentano disturbi dell'alimentazione
Attività di ricovero	• Pazienti che hanno una diagnosi di patologia dell'alimentazione gravi • Tre pazienti a volta

FIGURE PROFESSIONALI

Il presente progetto prevede la costituzione di un'équipe multidisciplinare composta dai medici specialisti in diverse branche della medicina già presenti nella struttura ospedaliera, con l'apporto del personale infermieristico e ausiliario, più l'intervento, in regime di convenzione, di figure esterne ai servizi:

- un responsabile tecnico (Neuropsichiatria Infantile Responsabile dell'UONPIA)
- un supervisore esterno
- medici internisti (presenti negli ospedali)
- 1 medico nutrizionista (convenzione)
- 1 neuropsichiatra infantile (convenzione)

- psicoterapeuta (presente nell' UONPIA)
- 4 psicologi (convenzione)
- 2 educatori (convenzione)
- altri specialisti da contattare nelle urgenze (endocrinologo, ginecologo, ...)

Organigramma e Funzionigramma:

Figura professionale	*Funzione*
Responsabile tecnico	– Coordinamento
	– Rapporti con le istituzioni
	– Programmazione attività
Supervisore esterno	– verifica e valutazione
neuropsichiatra infantili	– valutazione neuropsichiatrica
	– diagnosi
medici internisti	– accertamenti diagnostici
	– controllo della salute del paziente
medico nutrizionista	– accertamenti diagnostici
	– programma alimentare
psicoterapeuti	– psicodiagnosi
	– consulenza psicoterapica individuale
	– consulenze di grupo
educatori	– conducono i laboratori
	– sono il tramite tra i pazienti e la struttura
	– partecipano ai gruppi
	– controllano che i pazienti seguano le indicazioni alimentari
altri specialisti da contattare nelle urgenze (endocrinologo, ginecologo, ...)	– per intervenire sui sintomi collaterali
psicologi	– interventi di prevenzione nelle scuole
	– contatti con le strutture territoriali
	– accoglienza e ascolto
	– valutazioni psicometriche

Figure professionali	*Impegno orario*
Responsabile tecnico	– 20 ore nell'arco dell'anno
supervisore	– 20 ore nell'arco dell'anno
neuropsichiatra infantile	– 10 ore settimanali
medici internisti	– orario lavorativo ospedaliero
medico nutrizionista	– 6 ore settimanali
psicoterapeuta	– 15 ore settimanali
altri specialisti	– 20 ore nell'arco dell'anno
2 educatori	– 20 ore settimanali (10 a operatore)

4 psicologi	– 40 ore settimanali (10 a operatore)

STRUMENTI

Fase	*Strumenti per azione*
Fase di prevenzione	– interventi nelle scuole – contatti con strutture
Fase ambulatoriali	– consulenza psicologica – colloqui psicodiagnostici – interventi di gruppi – interventi con la famiglia
Fase ospedaliera	– valutazione diagnostica di ingresso (medico, psicologico, psichiatrico) – cura farmacologia – sostegno psicoterapeutico – educazione all'alimentazione

BUDGET

	Impegno di spesa
Figure professionali	**25000 euro**
Professionisti esterni	**2400 euro**
Formazione per gli operatori	**5000 euro**
Materiali di consumo	**2000 euro**
Spese di gestione	**2000 euro**
Totale	**36400 euro**