

MI PRENDO CURA DI TE

LA **SPERANZA CONDIVISA** VOCE ALLE FAMIGLIE

SABATO 9 NOVEMBRE 2019

A BELLUNO

CONVEGNO SUI **DISTURBI ALIMENTARI**

ORE 9.30 PRESSO IL TEATRO GIOVANNI XXIII

con il patrocinio di:



COMUNE DI BELLUNO



Provincia
belluno
dolomiti



REGIONE DEL VENETO
ULSS 1
DOLOMITI



PATROCINIO
REGIONE DEL VENETO



Belluno
www.associazionemargherita.it



Portogruaro
www.fenice.it



Treviso
www.associazioneabbraccio.altervista.org



Verona
www.lerisalide.it



Vicenza
www.associazione-midori.it

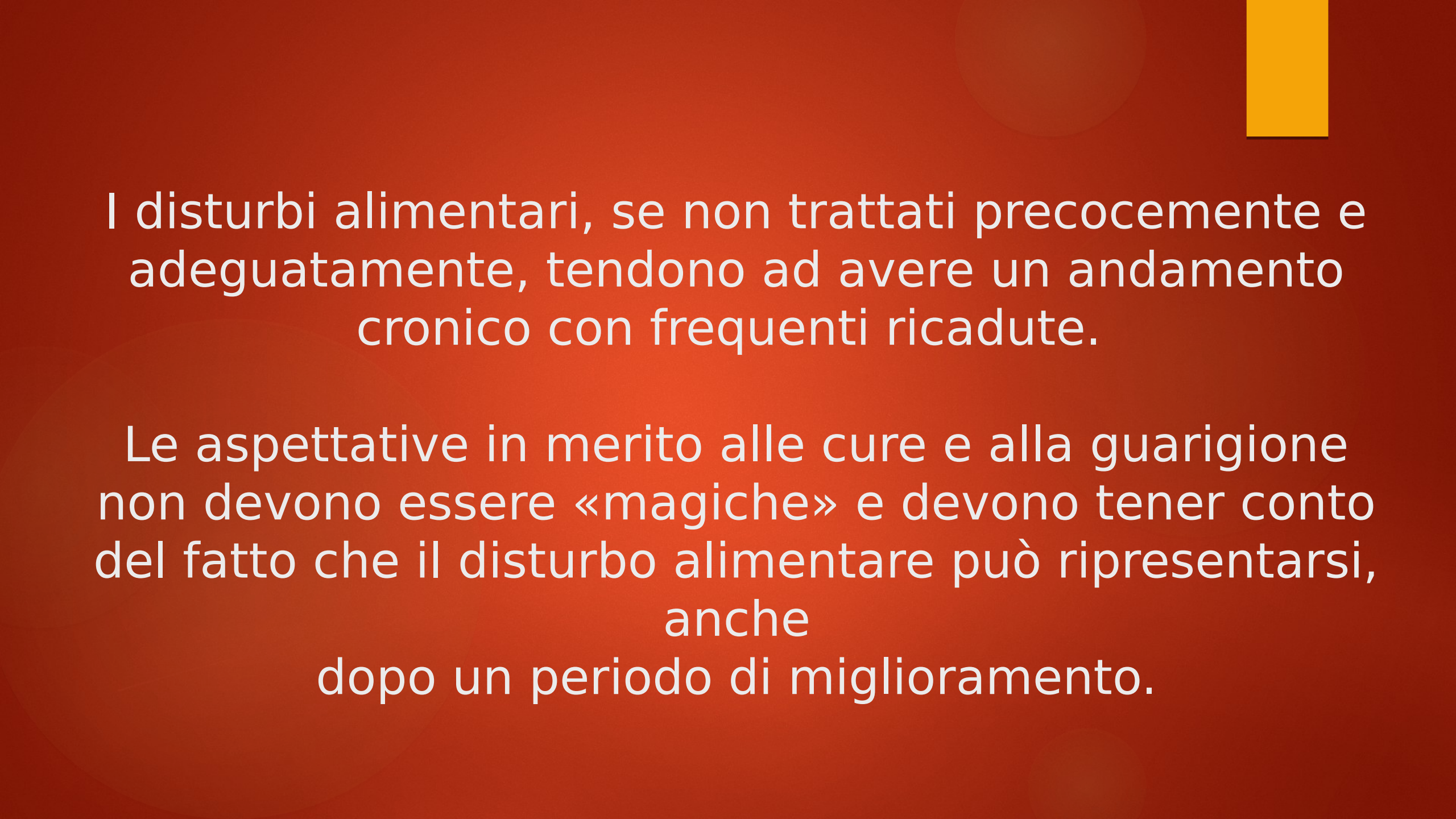


Ricadute, dropout e difficoltà nelle cure

I rapporti con i curanti

Belluno, 09 novembre
2019

Dott. ssa Cristiana Cella
Dott. ssa Lucia Cereser



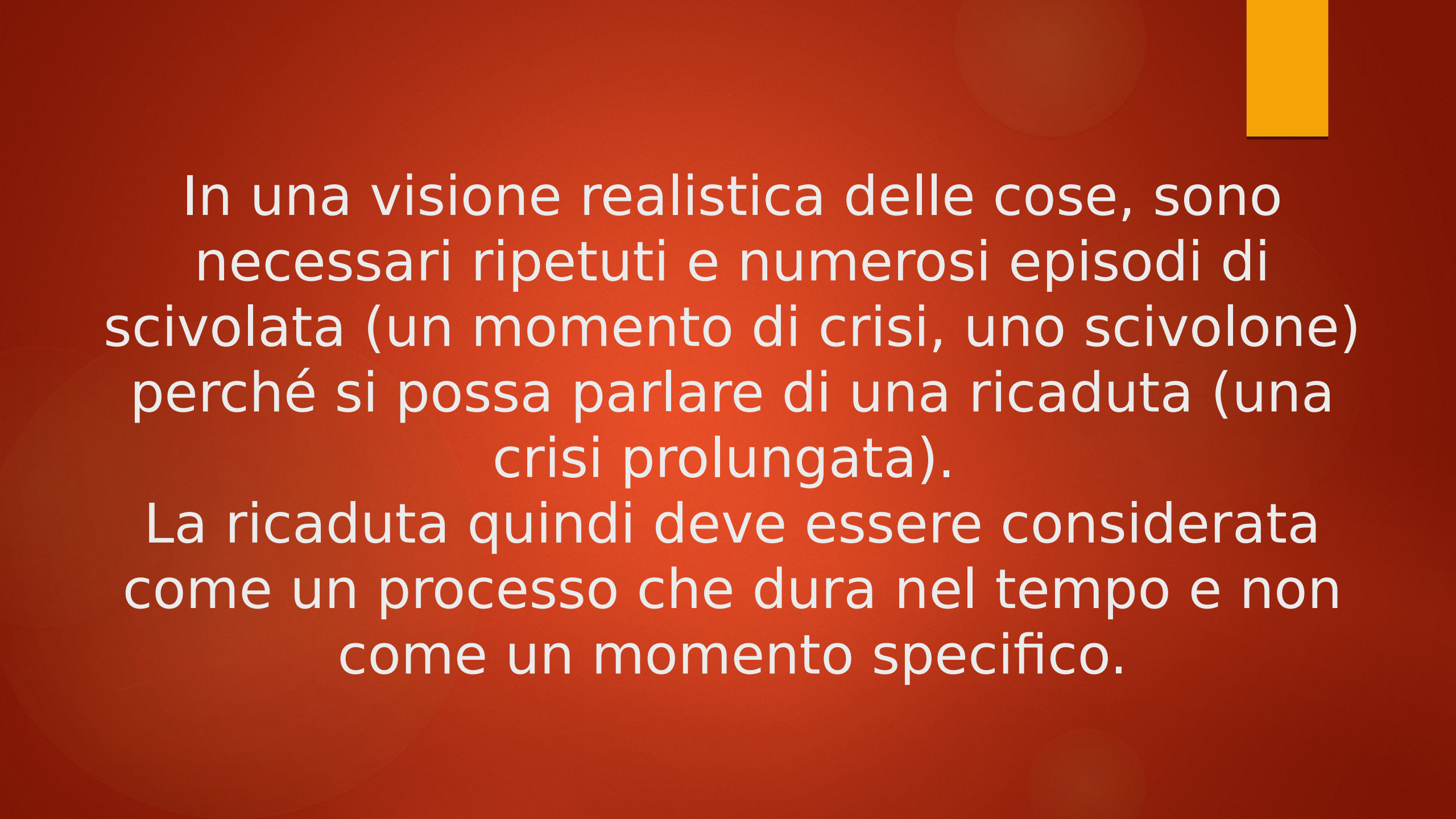
I disturbi alimentari, se non trattati precocemente e adeguatamente, tendono ad avere un andamento cronico con frequenti ricadute.

Le aspettative in merito alle cure e alla guarigione non devono essere «magiche» e devono tener conto del fatto che il disturbo alimentare può ripresentarsi, anche dopo un periodo di miglioramento.

Per gestire un DA a lungo termine è fondamentale quindi lavorare per stabilizzare i risultati ottenuti.

Ci sono quattro modi per farlo:

1. Avere delle aspettative realistiche
2. Distinguere le scivolate dalle ricadute
3. Sapere come affrontare i momenti di crisi
4. Ridurre la vulnerabilità

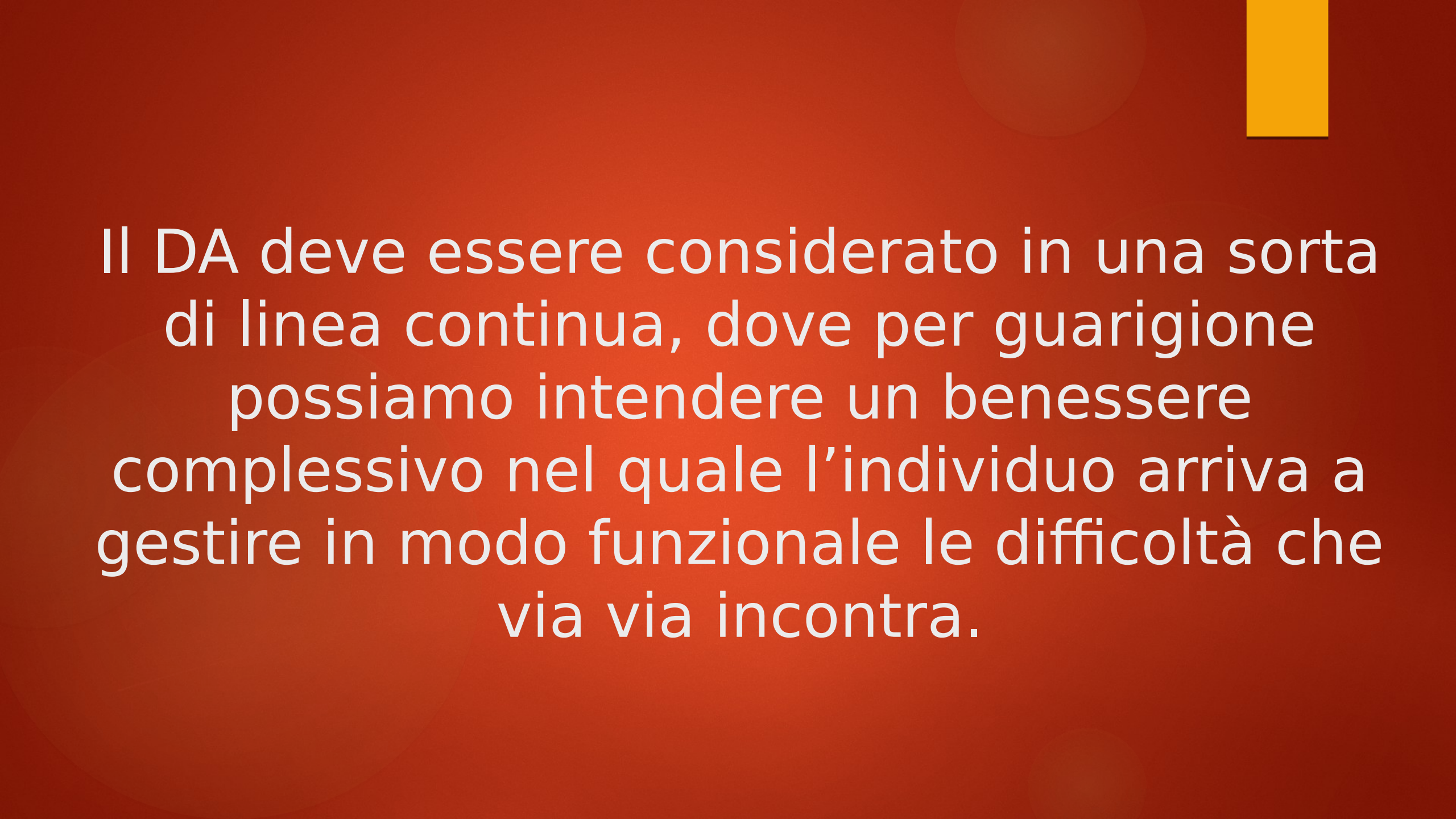


In una visione realistica delle cose, sono necessari ripetuti e numerosi episodi di scivolata (un momento di crisi, uno scivolone) perché si possa parlare di una ricaduta (una crisi prolungata).

La ricaduta quindi deve essere considerata come un processo che dura nel tempo e non come un momento specifico.

Come affrontare le scivolate:

- Non considerarle subito ricadute.
 - Non ignorarle.
- Affrontarle ogni volta che accadono.
- Affidarsi ai curanti per comprendere quando sono accadute e perché.
- Non considerare una scivolata come una perdita di valore di sé o del percorso terapeutico.
- Non considerare la scivolata come un fallimento del nucleo familiare.

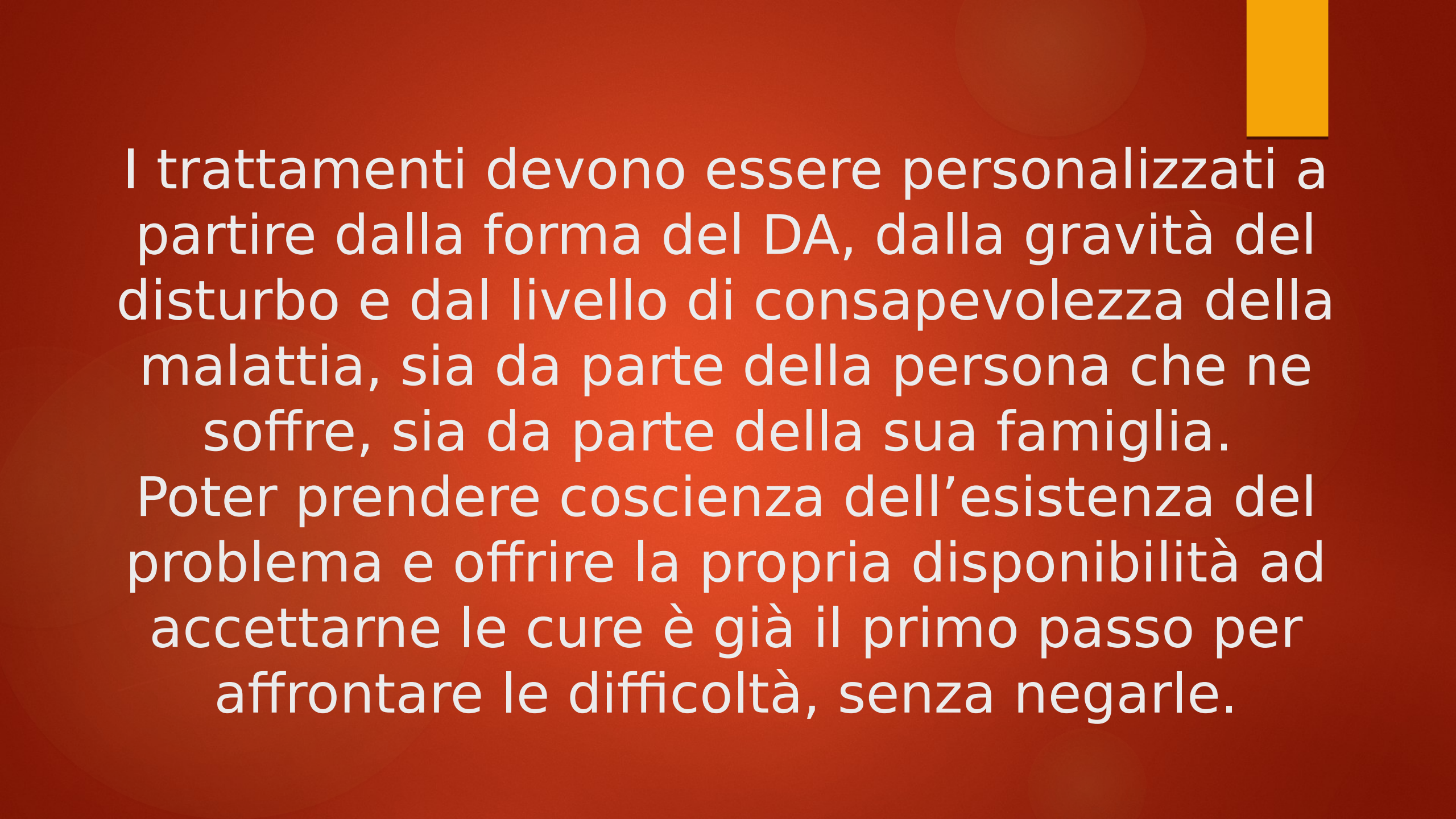


Il DA deve essere considerato in una sorta di linea continua, dove per guarigione possiamo intendere un benessere complessivo nel quale l'individuo arriva a gestire in modo funzionale le difficoltà che via via incontra.




Il nostro modello di lavoro prevede una forte integrazione con i familiari degli utenti e le loro associazioni.

Ogni qual volta sia possibile occorre coinvolgere i familiari nel trattamento in una visione della famiglia come alleato e strumento di aiuto al trattamento.

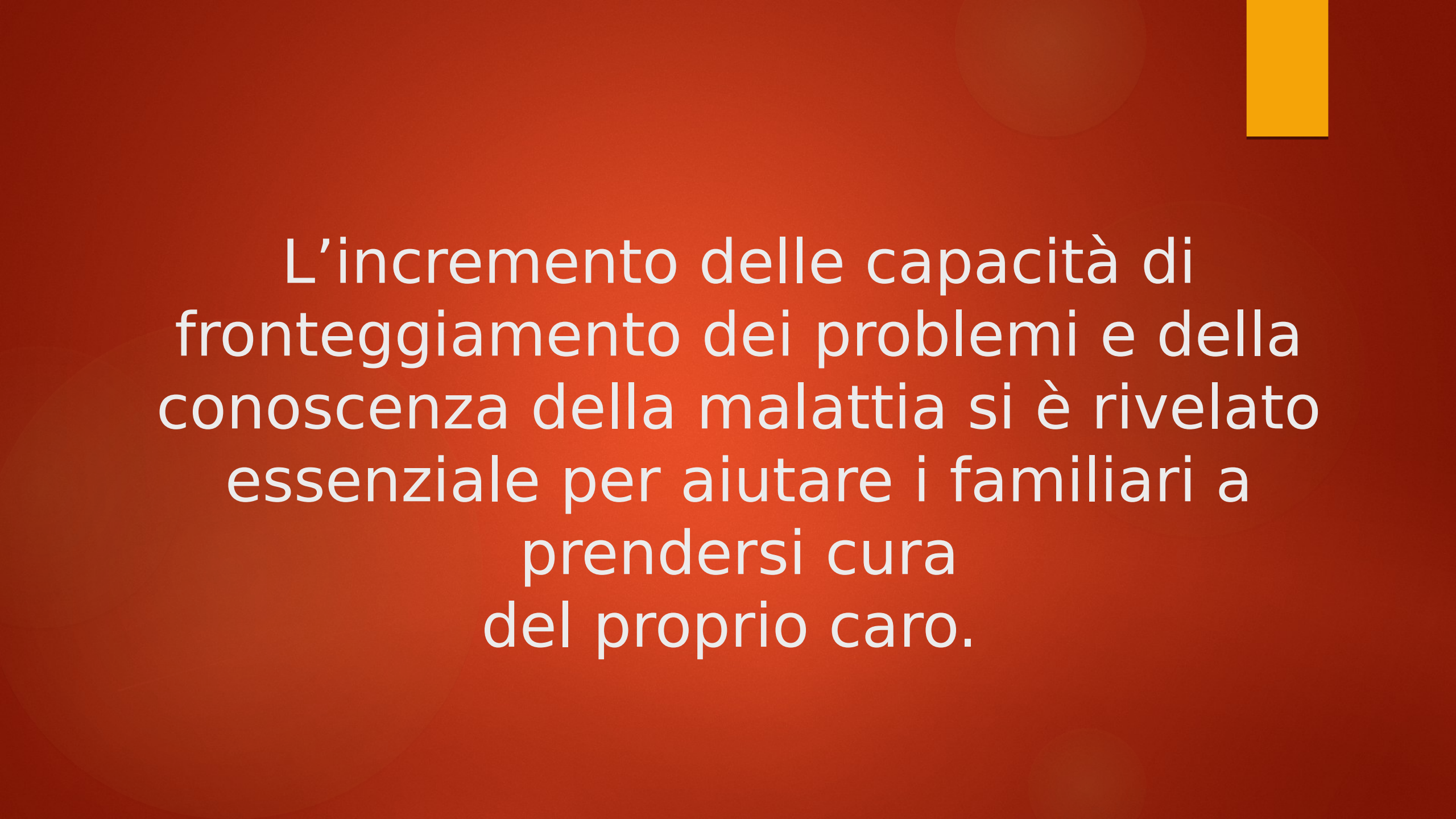


I trattamenti devono essere personalizzati a partire dalla forma del DA, dalla gravità del disturbo e dal livello di consapevolezza della malattia, sia da parte della persona che ne soffre, sia da parte della sua famiglia.


Poter prendere coscienza dell'esistenza del problema e offrire la propria disponibilità ad accettarne le cure è già il primo passo per affrontare le difficoltà, senza negarle.




L'équipe curante, nella sua multiprofessionalità, stabilisce le regole comportamentali e alimentari con la persona interessata e i familiari, non a scopo punitivo ma al fine di favorire una buona convivenza sia nel contesto domestico che nel contesto di ricovero, a seconda del setting terapeutico in atto.



L'incremento delle capacità di fronteggiamento dei problemi e della conoscenza della malattia si è rivelato essenziale per aiutare i familiari a prendersi cura del proprio caro.


- 
- I familiari devono trovare nell'équipe una guida nel costruire un atteggiamento funzionale, ovvero:
- in alleanza e in sintonia con l'équipe curante, in tutte le sue componenti;
 - rispettoso delle regole stabilite e concordate tra l'équipe e la persona con DA;
 - di supporto e comprensione verso il familiare che sta intraprendendo il percorso di cura;
 - paziente rispetto ai tempi che il percorso richiede, calibrati sulla base delle capacità della persona coinvolta di fare dei passi nel trattamento;
 - presente nel percorso di cure, riconoscendo e rispettando il proprio ruolo.



Linee di indirizzo nazionali per la riabilitazione nutrizionale
nei disturbi dell'alimentazione
Quaderni del Ministero della Salute, 2017

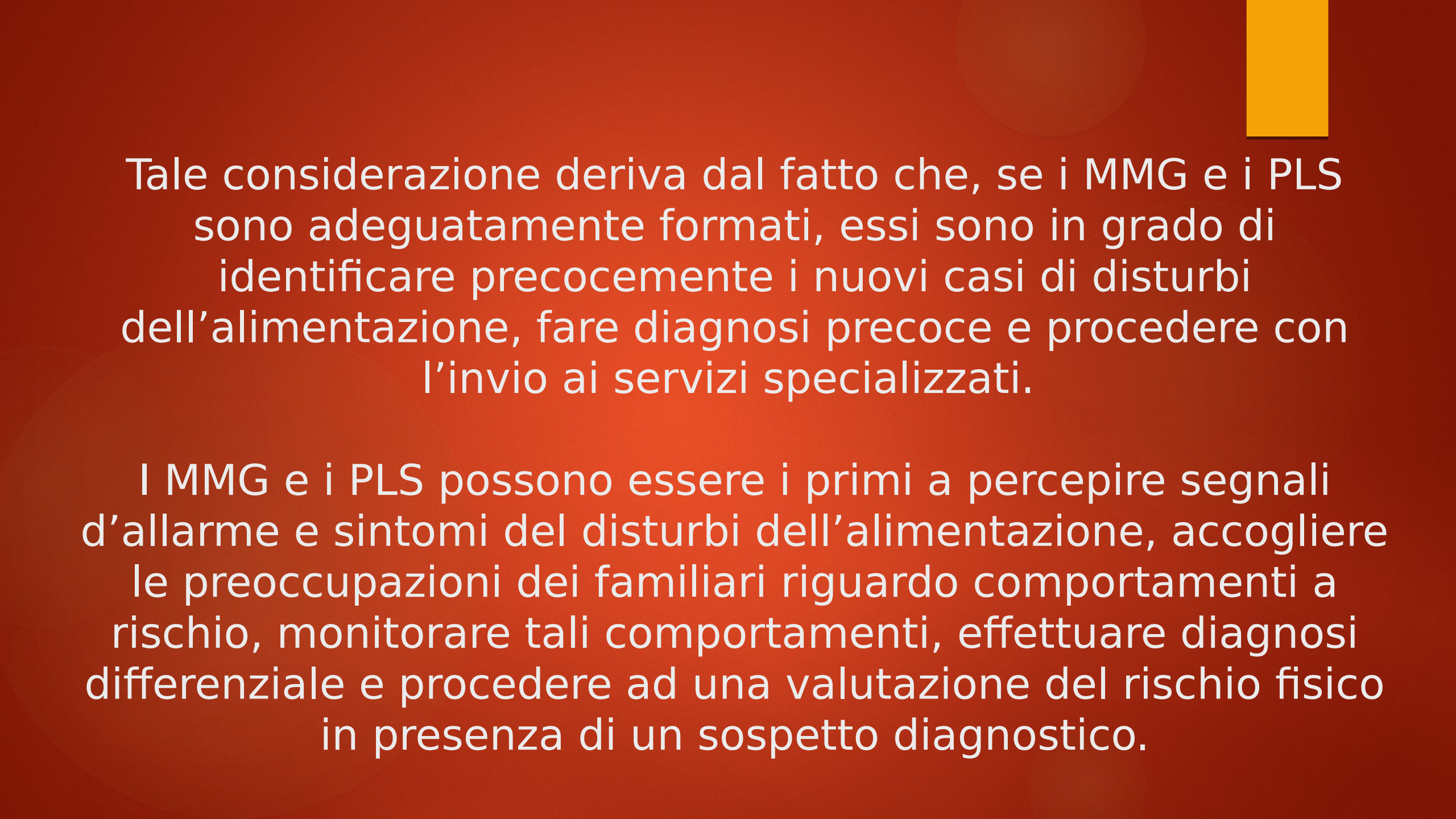
Nella cura dei disturbi dell'alimentazione sono disponibili in
Italia cinque livelli d'intervento:

1. Medico di medicina generale o pediatra di libera scelta;
2. Terapia ambulatoriale;
3. Terapia ambulatoriale intensiva o semiresidenziale
(diagnostico/terapeutico/riabilitativo);
4. Riabilitazione intensiva residenziale;
5. Ricoveri ordinari e di emergenza.




Medici di medicina generale (MMG) e pediatri di libera scelta (PLS): negli ultimi anni è risultato sempre più chiaro che il ruolo del medico di medicina generale (MMG) e del pediatra di libera scelta (PLS) è cruciale nella rete per intercettare i casi, per eventuale primo sospetto di diagnosi e per la cura dei disturbi dell'alimentazione.

L'intervento dei MMG e dei PLS viene considerato come il primo livello di intervento nella rete dei disturbi dell'alimentazione.



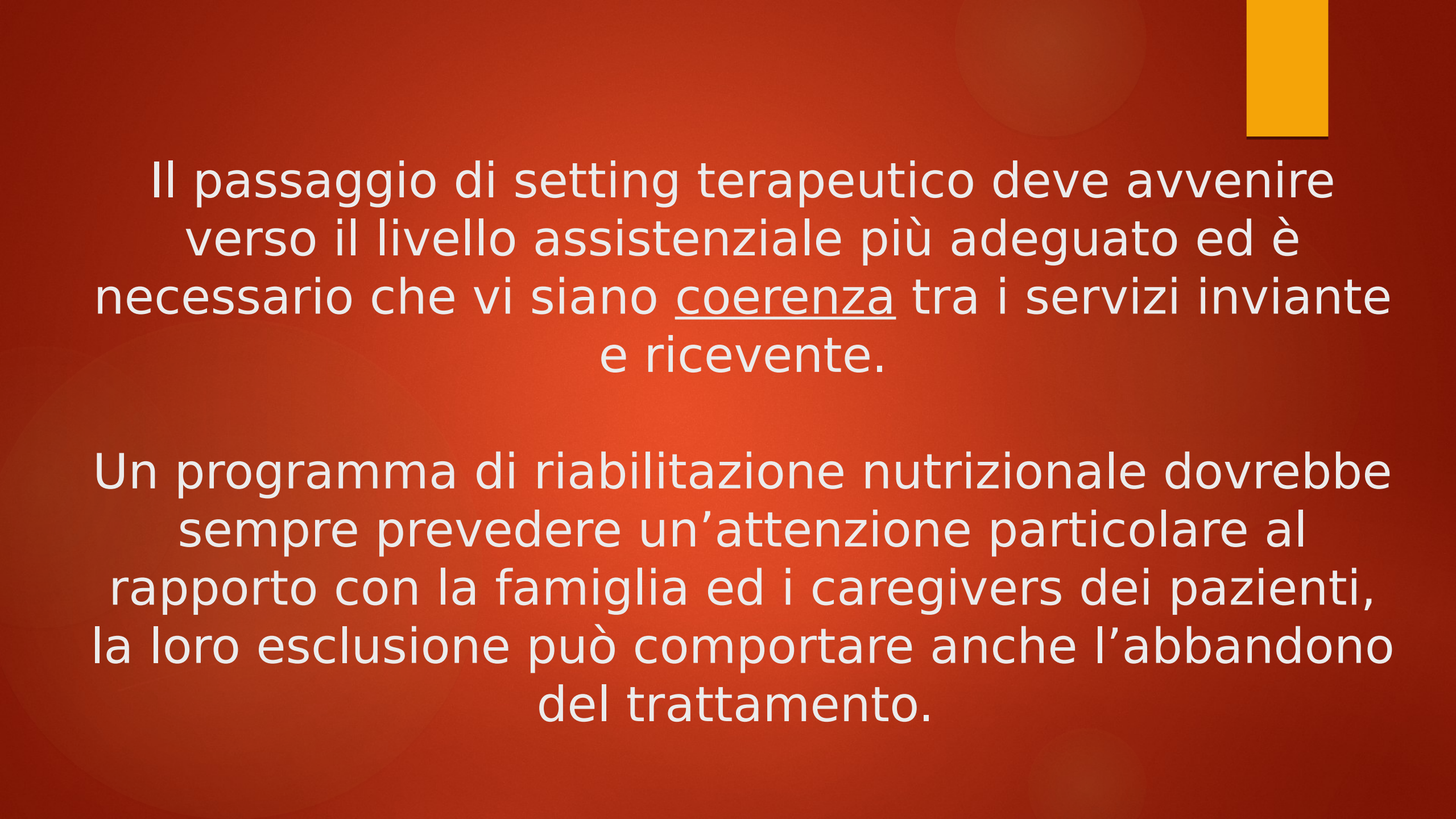
Tale considerazione deriva dal fatto che, se i MMG e i PLS sono adeguatamente formati, essi sono in grado di identificare precocemente i nuovi casi di disturbi dell'alimentazione, fare diagnosi precoce e procedere con l'invio ai servizi specializzati.

I MMG e i PLS possono essere i primi a percepire segnali d'allarme e sintomi dei disturbi dell'alimentazione, accogliere le preoccupazioni dei familiari riguardo comportamenti a rischio, monitorare tali comportamenti, effettuare diagnosi differenziale e procedere ad una valutazione del rischio fisico in presenza di un sospetto diagnostico.




La letteratura scientifica e gli studi di follow-up ci confermano che la prognosi (previsione del decorso) viene influenzata soprattutto dalla precocità dell'intervento e dalla continuità assistenziale. Il cambiamento di setting terapeutico riveste, in questo senso, una particolare importanza.

Un passaggio di livello terapeutico gestito in maniera adeguata evita interventi inappropriati e diminuisce la frequenza del drop-out (abbandono del trattamento), fenomeno molto frequente soprattutto nel delicato momento di passaggio da un livello assistenziale ad un altro, che comporta molto spesso una destabilizzazione del paziente.



Il passaggio di setting terapeutico deve avvenire verso il livello assistenziale più adeguato ed è necessario che vi siano coerenza tra i servizi inviante e ricevente.

Un programma di riabilitazione nutrizionale dovrebbe sempre prevedere un'attenzione particolare al rapporto con la famiglia ed i caregivers dei pazienti, la loro esclusione può comportare anche l'abbandono del trattamento.



Occorre fornire ai familiari, con approccio psicoeducativo, le informazioni sulla malattia, sintomi, evoluzione, trattamento, prognosi affinché i familiari si sentano partecipi e coinvolti rispetto al programma terapeutico.

Cosa possono fare le Associazioni dei familiari:

- promuovere incontri di sensibilizzazione sulla tematica coinvolgendo genitori, insegnanti, educatori...
 - creare un “gioco di squadra” con i curanti
- promuovere incontri di prevenzione nelle scuole
- creare reti di sostegno tra le famiglie attraverso i gruppi di mutuo aiuto