

*I Quaderni
di ADAO Friuli ONLUS
n. 1, 2014*

DISTURBI ALIMENTARI

**DIAGNOSI PRECOCE
e GESTIONE
DEL RISCHIO MEDICO
NEL TRATTAMENTO
DI PERSONE COLPITE
DA UN DISTURBO
ALIMENTARE**

*A cura di
Gian Luigi Luxardi
e Nazzareno Trojan*

Questo opuscolo, tratto da una pubblicazione dell'Accademy for Eating Disorder (AED) vuole essere una risorsa per promuovere il riconoscimento e la prevenzione di morbidità e mortalità associata ai disturbi alimentari.

Pur non essendo una guida clinica completa, si fonda sulle più recenti disponibili e sulle migliori pratiche attuali.

Per ulteriori risorse, orientamenti pratici e bibliografia è possibile visitare il nostro sito www.adaofriuli.com

Indice

Indicazioni generali	pg.4
Quali sono i disturbi alimentari	pg.5
Considerazioni sui disturbi alimentari	pg.6
Segni e dei sintomi	pg.7
Diagnosi precoce	pg.8
Assessment	pg.10
Sindrome da rialimentazione (refeeding)	pg.13
Obiettivi del trattamento	pg.15
Interventi tempestivi	pg.15
Gestione del disturbo	pg.16
Le risorse nel nostro territorio	pg.18
Altre risorse in FVG	pg.20
Info sull'ADAO Friuli ONLUS	pg.21

Indicazioni generali

I disturbi del comportamento alimentare (DCA) sono patologie mentali con una significativa morbilità dal punto di vista medico e psichiatrico e con elevato tasso di mortalità, indipendentemente dal peso. L'anoressia nervosa (AN), in particolare, ha il tasso di mortalità più elevato di qualsiasi disturbo psichiatrico: il rischio di morte prematura è 6-12 volte più alto nelle donne con AN rispetto alla popolazione generale.

Il riconoscimento precoce e il tempestivo intervento, sulla base di un approccio multidisciplinare (medico, psicologico e nutrizionale), fondato sulle evidenze, rappresenta lo standard ideale di trattamento.

Quali sono I disturbi alimentari?

I disturbi del comportamento alimentare (DCA) includono:

1. L'anoressia nervosa (AN)
2. La bulimia nervosa (BN)
3. Il disturbo da alimentazione incontrollata (DAI o BED, dall'inglese Binge Eating Disorder)
4. I disturbi alimentari non altrimenti specificati (EDNOS)

Per una descrizione più completa si può consultare il nostro sito www.adaofriuli.com, in particolare l'opuscolo *Anoressia, Bulimia & Co. Fuori dal tunnel*, disponibile al link <http://www.adaofriuli.com/adao/PUBBLICAZIONI/Fuori+dal+Tunnel+-+Anoressia%2C+Bulimia+%26+Co..html>, o l'attuale DSM (Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali/ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder) o ICD-10.

Considerazioni sui disturbi alimentari

I disturbi alimentari sono gravi patologie con complicazioni fisiche e psichiche che possono rivelarsi mortali.

Possono colpire bambini, adolescenti e adulti, prevalentemente di sesso femminile (ma si riscontra un 10% di maschi), provenienti da qualunque etnia e dai background socioeconomici più diversi.

Il peso non è l'unico indicatore che attesta la presenza di un disturbo alimentare.

Anche individui normopeso possono presentare una tale patologia. Perdite di peso repentine e inaspettate in individui apparentemente sani potrebbero essere l'indice della presenza di un disturbo alimentare, compresi pazienti in chirurgia post-bariatrica. Tuttavia, anche un rapido incremento del peso o continue oscillazioni possono rappresentare un potenziale indicatore della presenza di patologia.

Individui con peso superiore alla norma possono presentare un'alimentazione non corretta e incorrere in pratiche nocive di controllo del peso.

Nei bambini e negli adolescenti, il mancato raggiungimento del peso o altezza desiderati e/o il ritardato/ interrotto sviluppo della pubertà, andrebbe approfondito in quanto potenziale indicatore dell'insorgenza del disturbo.

Le conseguenze mediche di un disturbo

alimentare possono non essere riconosciute, anche da specialisti esperti.

I disturbi alimentari possono essere associati a gravi complicazioni mediche, tali da pregiudicare in modo significativo il funzionamento dei sistemi corporei, a livello cardiovascolare, gastrointestinale, endocrino, dermatologico, ematologico, scheletrico, con conseguenze negative per il sistema nervoso centrale.

Segni e sintomi

Il paziente colpito da un disturbo alimentare può presentare sintomi di varia natura. Oltre alle alterazioni cognitive e comportamentali che caratterizzano questa patologia, vengono di seguito indicati segni e sintomi fisici che possono verificarsi come conseguenza di carenze

Segni/sintomi generali

- perdita notevole, aumento o continue oscillazioni del peso corporeo
- perdita di peso o difficoltà del bambino o dell'adolescente ancora in fase di sviluppo di raggiungere il peso atteso
- estrema intolleranza del freddo
- debolezza
- senso di fatica; costante sensazione di stanchezza
- osteomialgia
- stordimento
- sincope
- episodi di sudorazione improvvisa

Orali e dentali

- traumi orali/ lacerazioni
- erosione dentale e carie dentali
- perimolisi
- rigonfiamento della parotide

Cardiorespiratori

- dolore al torace
- palpitazioni
- aritmia
- dispnea
- edema

Gastrointestinali

- malessere epigastrico
- sazietà precoce, svuotamento gastrico ritardato

nutrizionali, alimentazione incontrollata, e comportamenti compensatori inappropriati (vomito, abuso di lassativi o di diuretici). Ricordiamo tuttavia che un disturbo alimentare può anche presentarsi in assenza di evidenti segnali fisici e sintomi.

- reflusso gastroesofageo
- ematemesi
- emorroidi e prolasso rettale
- stitichezza

Endocrini

- amenorrea e mestruazioni \ irregolari
- perdita del desiderio sessuale
- osteopenia e osteoporosi
- infertilità

Neuropsichiatrici

- perdita di memoria, scarsa concentrazione
- riduzione del pensiero astratto
- insonnia
- depressione, ansia, comportamenti ossessivi
- alterazione dell'immagine corporea
- isolamento sociale
- autolesionismo
- pensieri o tentativi di suicidio

Dermatologiche

- perdita dei capelli
- lanugo
- pelle secca e sottile
- colorazione giallastra della pelle
- calli o cicatrici sul dorso della mano (segno di Russell)

Diagnosi precoce

Un disturbo alimentare va preso in considerazione se una persona presenta alcune di queste condizioni:

- rilevanti oscillazioni del peso corporeo (frequenti cali e aumenti repentini);
 - perdita di peso o mancato raggiungimento da parte di un bambino o di un adolescente ancora in fase di crescita del peso/altezza attesi
 - anomalie degli elettroliti (con o senza cambiamenti ECG), in particolare ipopotassiemia, ipocloremia o elevata concentrazione di CO₂. Un'elevata concentrazione di CO₂ in presenza di un basso cloruro normale e/o urina con un PH di 8.0-8.5 può indicare vomito ricorrente. Si può riscontrare ipoglicemia in presenza di tali cambiamenti elettrolitici.
 - bradicardia
 - amenorrea o irregolarità mestruali
 - esercizio fisico eccessivo
 - stitichezza in concomitanti diete
- inappropriate e/o comportamenti tendenti alla perdita del peso
- in presenza del diabete mellito di tipo 1, perdita inspiegata di peso e/o scarso controllo metabolico o chetoacidosi diabetica. Questi pazienti hanno un elevato rischio di sviluppare una completa sindrome da disturbo alimentare. Una riduzione intenzionale delle dosi di insulina (una dose insufficiente o omissione completa della dose) porta a una perdita di peso, un basso controllo glicemico - una più elevata concentrazione di emoglobina glicata (HbA1c), ipoglicemia/ iperglicemia, DKA e un'accelerazione delle complicazioni diabetiche
 - dopo aver mangiato eccessivamente (anche in base a una valutazione soggettiva), il ricorso a comportamenti compensatori come il vomito autoindotto, il digiuno e l'eccessiva attività fisica.
 - Utilizzo di psicostimolanti per ridurre l'appetito, abuso di caffeina, diuretici, lassativi, assunzione di fluidi eccessivamente caldi o freddi,

dolcificanti ipocalorici, gomme da masticare senza zucchero e in taluni casi droghe illegali. Si va diffondendo tra gli adolescenti l'abitudine di restringere l'alimentazione per compensare l'abuso alcolico (drunkoressia).

- Ustioni all'addome o sulle cosce dovute all'uso della borsa dell'acqua calda, per compensare disturbi addominali o sensazione di freddo.

La malnutrizione acuta è sempre un'emergenza medica.

Individui che presentano atteggiamenti tendenti a restrizione, abbuffate, comportamenti purgativi, anche se cercano di correggere il loro comportamento, richiedono un intervento immediato.

Assessment

Una valutazione complessiva include:

- peso perduto e tempo impiegato a perderlo
- stato nutrizionale
- metodi di controllo del peso

Devono essere considerati:

- atteggiamenti compensatori (vomito, digiuno, farmaci non prescritti, lassativi, diuretici, utilizzo delle pillole per la dieta, riduzione dell'assunzione di insulina in soggetti diabetici, ecc.)
- regimi dietetici ferrei e eccessiva attività fisica
- anomalie mestruali nelle donne (terapia sostitutiva comprese le pillole orali contraccettive)
- valutazione della crescita e dello sviluppo
- temperamento e tratti di personalità
- presenza di disturbi d'ansia o dell'umore
- anamnesi familiare

(inclusi diagnosi o sintomi di disturbi alimentari, obesità, disturbi d' ansia e umore, problemi legati all'abuso di alcol e di sostanze)

L'esame obiettivo comprende:

- frequenza cardiaca in posizione supina e in piedi
- pressione sanguigna
- frequenza respiratoria
- temperatura (valutare eventuale ipotermia)
- misurazione di altezza, peso e determinazione dell'indice di massa corporea (BMI), registrazione di peso, altezza e BMI sulle tabelle di crescita per bambini e adolescenti (da valutare i cambiamenti rispetto a altezza e peso precedenti)

Valutazioni iniziali di laboratorio :

Gli esami di laboratorio e di immagini consigliati per una prima valutazione di un paziente con disturbo alimentare (con le anomalie riscontrabili) sono elencati nella tabella seguente:



Emocromo completo	Leucopenia, anemia o trombocitopenia
Profilo metabolico completo, altri elettroliti ed enzimi	<p>Glucosio: (cattiva alimentazione), (carenza insulinica)</p> <p>Sodio: (sovraccarico idrico o lassativi)</p> <p>Potassio: (vomito, lassativi, diuretici, refeeding)</p> <p>Cloro: (vomito), (lassativi)</p> <p>Bicarbonato plasmatico: (vomito), (lassativi)</p> <p>Azoto ureico ematico: (disidratazione)</p> <p>Creatinina: (disidratazione, disfunzione renale), (riduzione massa muscolare). Nella normalità può essere "relativamente elevata" a causa di una ridotta massa muscolare.</p> <p>Calcio: leggermente (cattiva alimentazione, legato a un maggior consumo a livello osseo)</p> <p>Fosfato: (scarsa nutrizione o refeeding)</p> <p>Magnesio: (cattiva alimentazione, lassativi, refeeding)</p> <p>Proteine totali / albumina: (nella fase precoce della malnutrizione a spese della massa muscolare), (fase tardiva della malnutrizione)</p> <p>Bilirubina totale: (disfunzione epatica), (riduzione della massa dei globuli rossi)</p> <p>AST-GOT, ALT-GPT: (disfunzione del fegato)</p> <p>Amilasi: (vomito [salivare], pancreatite)</p> <p>Lipasi: (pancreatite)</p>
Test di funzionalità tiroidea	Tireotropina (TSH) da bassa a normale, tiroxina (T4) normale o leggermente bassa (alterazioni ormonali tiroidee in patologia non tiroidea).
Gonadotropine e steroidi sessuali	Riduzione ormone luteinizzante (LH) e follicolo-stimolante (FSH). Basso estradiolo nelle femmine, basso testosterone nei maschi.
Test di gravidanza delle donne in età fertile	Le donne con un peso basso possono comunque ovulare e sono quindi a rischio di gravidanza.
Assetto lipidico	Non è raccomandato come un iniziale test di laboratorio dal momento che il colesterolo può essere elevato nella malnutrizione precoce o basso nelle forme avanzate.

Esami strumentali di immagine

Possibili alterazioni riscontrabili in un paziente con un disturbo alimentare

Densitometria ossea

I pazienti con DCA sono a rischio di bassa densità minerale ossea (BMD). Non ci sono prove che l'ormonoterapia sostitutiva (estrogeni /progesterone nelle femmine o di testosterone nei maschi) migliori la BMD. La riabilitazione nutrizionale, il recupero di peso, e la normalizzazione della produzione endogena di steroidi sessuali sono i trattamenti di scelta. Una tecnica comune per la misurazione della BMD è la energy x-ray dual (DEXA), raccomandato in pazienti con amenorrea per 6 mesi o più.

Esami strumentali

Elettrocardiogramma (ECG).

La bradicardia o altre aritmie, basso voltaggio nel tracciato elettrocardiografico, prolungamento dell'intervallo QTc, inversioni dell'onda T, e occasionale depressione del tratto ST.

Sindrome da rialimentazione *(Refeeding Syndrome)*

La sindrome da rialimentazione si riferisce a una alterazione potenzialmente fatale di liquidi ed elettroliti che può verificarsi durante la rialimentazione (per via orale, enterale o parenterale) di un paziente malnutrito. I pazienti con sindrome di rialimentazione possono mostrare segni e sintomi non specifici, di conseguenza la diagnosi può essere impegnativa. Le gravi conseguenze della sindrome da rialimentazione includono insufficienza cardiaca e / o respiratoria, problemi gastrointestinali, delirio e, in alcuni casi, morte. La sindrome da rialimentazione è una condizione potenzialmente fatale che richiede cure specialistiche in un reparto di degenza.

Sono a rischio di sviluppare una sindrome di rialimentazione i pazienti che:

- sono cronicamente sottoalimentati e quelli che hanno avuto poco o nessun apporto energetico per più di 10 giorni.
- hanno subito una rapida e severa perdita di peso, anche se presentano ancora un peso normale, dopo la perdita di peso.
- soffrono di anoressia nervosa.
- soffrono di un disturbo alimentare e sono malnutriti, soprattutto se vi è una significativa assunzione di alcol.
- hanno un problema di obesità e hanno avuto una perdita di peso significativa, anche dopo un intervento di chirurgia bariatrica.
- hanno presentato un digiuno prolungato o una dieta a basso contenuto energetico.
- hanno abusato di diuretici, lassativi o che usano l'insulina in modo improprio.
- presentavano anomalie elettrolitiche, in particolare ipofosfatemia, prima della rialimentazione.

Come prevenire la sindrome da rialimentazione nei pazienti con un disturbo alimentare

- è importante essere informati sulla sindrome da rialimentazione e su quali pazienti sono potenzialmente a rischio.
- essere consapevoli del fatto che la sindrome da rialimentazione può verificarsi in pazienti di qualsiasi età.
- sapere che i pazienti a rischio di sindrome da rialimentazione devono essere trattati

da medici con esperienza o formazione specifica nell'ambito dei disturbi alimentari.

- valutare il ricovero in un dipartimento medico per il trattamento e il monitoraggio dei pazienti a rischio.
- iniziare la rinutrizione partendo da un basso livello calorico e aumentare lentamente, considerando età, livello di sviluppo e grado di malnutrizione.
- durante il trattamento di un paziente in un reparto di degenza, monitorare la terapia infusiva per evitare il sovraccarico e controllare gli elettroliti sierici, glucosio, magnesio, fosforo prima e durante la rialimentazione. I livelli sierici di fosforo sono al loro punto più basso durante la prima settimana di rialimentazione.
- Nei pazienti con deficit elettrolitici, va avviata la correzione idro-elettrolitica contestualmente all'inizio della rialimentazione; non è necessario correggere lo squilibrio idrico ed elettrolitico prima dell'inizio della rialimentazione; con un accurato monitoraggio la correzione e la rialimentazione possono essere ottenute, in sicurezza, simultaneamente. Anche nei pazienti che non evidenziano disturbi elettrolitici, va seguito un accurato controllo in regime ospedaliero poiché la rialimentazione può causare alterazioni degli ioni plasmatici che devono essere corrette e monitorate.
- monitorare i segni vitali e lo stato cardiaco e mentale di tutti i pazienti durante la rialimentazione.

La sottoalimentazione

Il timore della sindrome da rialimentazione non deve condurre al rischio opposto di sottoalimentare il paziente. La sottoalimentazione può portare a un'ulteriore perdita di peso ed essere fatale in pazienti gravemente malnutriti.

Come prevenire la sottoalimentazione

- evitare di sottoalimentare il paziente per eccessiva prudenza nel programma di rialimentazione.
- rivalutare frequentemente il paziente ricoverato (12-24 ore) e aumentare l'intake calorico non appena ci siano le condizioni di sicurezza.
- Rivalutare gli elettroliti quotidianamente nelle fasi iniziali di rialimentazione.

Obiettivi del trattamento

- riabilitazione nutrizionale
- recupero di un peso salutare
- stabilizzazione medica e prevenzione delle complicanze
- ripresa del ciclo mestruale
- cessazione di abbuffate e comportamenti purgativi
- riduzione dei disturbi dell'ideazione relativi a corpo e alimentazione
- ripristino di un regime alimentare salutare che permetta una normale vita sociale
- recupero dell'integrazione sociale
- Una completa risoluzione dei sintomi può richiedere un lungo periodo di tempo. Spesso il disturbo alimentare rappresenta un tentativo inconsapevole di risolvere altri problemi. Ad esempio, una adolescente con problemi di relazione con i coetanei potrebbe vedere nel dimagrimento un modo per farsi apprezzare dagli altri e sentirsi più sicura. Con la risoluzione del comportamento alimentare disturbato non necessariamente vengono superati anche i problemi di fondo, che richiedono spesso un lungo trattamento psicoterapico. Una conclusione frettolosa del trattamento, una volta che si sia normalizzato il peso o il comportamento alimentare espone a un elevato rischio di recidiva.
- I disturbi alimentari non vanno considerati conseguenza di mode, capricci o stili di vita scorretti. Le persone non scelgono di avere un disturbo alimentare, anche se possono volontariamente impegnarsi in comportamenti a rischio che possono favorirlo, come la dieta o l'esercizio fisico esasperato.

Interventi tempestivi

- I pazienti con disturbo alimentare possono avere difficoltà a riconoscere la malattia e sono frequentemente ambivalenti nell'accettare il trattamento. Si tratta di un sintomo della loro patologia. Inoltre, possono minimizzare, razionalizzare, o nascondere i sintomi e i comportamenti disturbati. Il buon funzionamento in altre aree della vita (scuola, lavoro, ecc.) e l'atteggiamento razionale possono mascherare la gravità della situazione. Spesso è necessario un supporto esterno nella costruzione di una corretta motivazione alla cura, indipendentemente dall'età. In nessun caso il curante deve rinunciare a farsi carico del paziente perché questi nega di avere problemi.

- Genitori e tutori rappresentano la prima linea nella ricerca di aiuto per i bambini e adolescenti con disturbi alimentari. È opportuno non sottovalutare le loro preoccupazioni. I familiari sono in difficoltà a formulare una richiesta di aiuto e spesso si aspettano di sentirsi dire che non c'è nulla di cui preoccuparsi. Una sbrigativa minimizzazione del problema da parte del medico può portarli a sottovalutare il problema per lungo tempo, fino a quando non si aggrava eccessivamente. È meglio una singola consultazione e un monitoraggio precauzionale. Una diagnosi precoce può ridurre i tempi dell'intervento in modo significativo.
- I familiari spesso pensano di essere la causa del problema del figlio. Aiutarli a comprendere che non hanno nessuna colpa facilita una accettazione più serena della diagnosi e una buona collaborazione nel trattamento. Ridurre lo stigma associato a questi disturbi è un intervento importante.
- Monitorare le condizioni fisiche, seguendo le indicazioni già esposte più sopra.
- Valutare sempre il rischio psichiatrico, compresi autolesionismo e pensieri, intenzioni, piani suicidari. Fino a un terzo dei decessi legati a questi disturbi sono dovuti a suicidio.

Gestione dei disturbi alimentari e continuità assistenziale

I disturbi alimentari necessitano un trattamento da parte di professionisti con adeguata formazione ed esperienza nel campo. La cura ottimale consiste in un approccio multidisciplinare che contempli valutazione e trattamento medico, nutrizionale e psicologico. Sebbene non ci siano molte indicazioni sul trattamento farmacologico, può rendersi necessario un supporto psicofarmacologico. La famiglia rappresenta sempre una risorsa

e deve essere coinvolta, secondo le modalità più opportune caso per caso (consulenza e terapia familiare, psico-educazione, auto-aiuto).

L'indicazione da parte del Medico di Medicina Generale rappresenta la forma di invio più adeguata a una struttura specialistica. Un assessment accurato da parte del medico curante è una premessa importante per ottenere il miglior esito di trattamento per il paziente.

La riabilitazione nutrizionale, il recupero e la stabilizzazione del peso, il completo ripristino delle condizioni fisiologiche, la gestione delle complicanze, la normalizzazione del comportamento alimentare e l'interruzione delle condotte purgative o di compenso devono essere gli obiettivi immediati del trattamento per tutti i pazienti con DCA. Un sostegno psicologico alla motivazione deve essere fornito in parallelo. Il lavoro psicoterapico richiede un recupero di condizioni fisiche che consentano una sufficiente lucidità mentale.

Il mancato recupero del peso non è in genere correlato con un esito favorevole. Questo non deve tuttavia far pensare che la recovery si ottenga semplicemente con il recupero di condizioni organiche salutari e il mantenimento di un peso accettabile. La letteratura scientifica evidenzia che il disturbo dell'immagine corporea e pensieri disfunzionali correlati possono persistere nonostante il recupero del peso e richiedono una terapia a lungo termine.

Le risorse del nostro territorio

Il Centro per i Disturbi Alimentari di San Vito al Tagliamento

Il Centro per i Disturbi Alimentari, diretto dal dott. Gian Luigi Luxardi, è un'unità operativa del Dipartimento di Salute Mentale dell'ASS6 "Friuli Occidentale". Si occupa di persone che soffrono di disturbi del comportamento alimentare quali anoressia e bulimia nervosa, disturbo da alimentazione incontrollata, disturbi atipici.

Il gruppo di lavoro prevede le figure di: psicologo; medico internista; psichiatra a consulenza; dietista; infermiere professionale; operatore alla segreteria. Qualora sia necessario un ricovero è attivata una collaborazione con i reparti ospedalieri di medicina e pediatria.

Il centro offre una pluralità di interventi che vengono attivati in relazione alle necessità della persona. In generale, nel percorso del trattamento, possono essere individuate tre tappe, che consistono in:

- colloquio di accoglimento
- valutazione
- intervento

Il colloquio di accoglimento rappresenta il primo contatto con il centro ed ha la funzione di raccogliere alcuni dati sul problema e di fornire alla persona una serie di informazioni sul funzionamento del centro in modo da aiutarla ad orientarsi sui modi e sui tempi degli interventi.

La fase di valutazione ha lo scopo di effettuare una attenta disamina del problema presentato in modo da formulare una diagnosi e individuare il trattamento più idoneo. La valutazione è multidimensionale e si articola in una visita medica, in un colloquio psicologico con la persona interessata ed eventualmente

la sua famiglia, in una valutazione testistica e una valutazione nutrizionale.

Gli interventi che vanno a costituire il piano terapeutico sono graduati sulla base delle diverse esigenze. In generale il centro per i disturbi alimentari è in grado di erogare:

- monitoraggio medico
- terapia farmacologica
- interventi psicoeducativi
- interventi motivazionali
- counselling
- counselling nutrizionale
- riabilitazione nutrizionale
- educazione terapeutica di gruppo
- colloquio psicologico
- psicoterapia individuale
- psicoterapia familiare
- psicoterapia di gruppo
- consulenza alla famiglia

In condizioni di gravità sul piano organico si procede ad un ricovero presso i reparti di medicina e pediatria dell'Azienda Ospedaliera.

Per i primi appuntamenti telefonare dal lunedì al venerdì dalle 8:30 alle 12:30

telefono: 0434 841760

fax: 0434 841600

Piazzale Linteris 1, SAN VITO AL TAGLIAMENTO

http://www.ass6.sanita.fvg.it/it/chi_siamo/organigramma/struttura-dettaglio.html?path=/dir_sanitaria/dip_salute_mentale/sc_centro_disturbi_alimentari/struttura.html&content=1

Altre risorse in Friuli Venezia Giulia

ASS2 ISONTINA - AMBULATORIO PER I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE
VIA GALVANI 1, MONFALCONE

Telefono: 0481-487234

Fax: 0481-487338

Email: luana.saetti@ass2.sanita.fvg.it

ASS4 MEDIO FRIULI - AMBULATORIO PER LA CURA DEI DCA
VIA MANZONI 3, UDINE

Telefono: 0432272639

segreteria Fax: 0432272644

Email: dsm.adca@mediofriuli.it

ASS4 MEDIO FRIULI - DISTRETTO DI UDINE - STRUTTURA SOVRADISTRETTUALE
SOCIETA' DI NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA
VIA GERVASUTTA 48, UDINE

Telefono: 0432553366

Fax: 0432553167

Email: npia.udine@mediofriuli.it

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA "S.MARIA MISERICORDIA"
CLINICA DI PSICHIATRIA
PIAZZALE S.M.MISERICORDIA 15, UDINE

Telefono: 0432559627(centralino) 0432559284(diretto)

AZIENDA DEI SERVIZI SANITARI N.1 TRIESTINA - AMBULATORIO PER I DISTURBI DEL
COMPORTAMENTO ALIMENTARE
VIA SAN MARCO 11, TRIESTE

Telefono: 040-3995566/380.4799935

Fax: 040-3997363

Email: dca@ass1.sanita.fvg.it

Cos'è ADAO Friuli ONLUS?

A.D.A.O. (Associazione Disturbi Alimentari e Obesità) Friuli è un'associazione di volontariato senza scopo di lucro, apartitica e aconfessionale che persegue il fine della solidarietà civile, culturale e sociale.

A.D.A.O. Friuli è stata fondata il 20 febbraio 2003 da un gruppo di persone che hanno aderito all'appello di genitori, medici e psicologi sensibili alla necessità di cercare risposte e consigli ai problemi legati ai disturbi del comportamento alimentare, all'obesità e al disagio giovanile.

A.D.A.O. Friuli fa parte di Consult@noi, la consulta nazionale delle associazioni dei familiari di persone che soffrono di disturbi alimentari - <http://www.consultanoi.it/>

ADAOFriuli ONLUS si propone di:

- difendere i diritti fondamentali delle persone affette da disturbi del comportamento alimentare, dell'obesità e del disagio giovanile, e delle loro famiglie, attraverso molteplici e differenziati interventi pubblici e privati;
- promuovere ogni sorta di azione diretta a sensibilizzare l'opinione pubblica relativamente alle problematiche dei disturbi del comportamento alimentare, dell'obesità e del disagio giovanile;
- richiamare l'attenzione degli organi legislativi, amministrativi e sanitari dello Stato, della Regione, degli Enti locali e delle ASL, al fine di promuovere e sostenere iniziative atte a migliorare i servizi di assistenza e le condizioni di vita attraverso azioni normative, assistenziali e di coordinamento;
- stimolare i servizi preposti alla cura e all'assistenza affinché

sia garantita la presa in carico, la continuità terapeutica e riabilitativa per le persone sofferenti per disturbi del comportamento alimentare, dell'obesità e del disagio giovanile anche attraverso la formazione, l'aggiornamento e la qualificazione degli operatori, dei volontari e dei familiari nonché attraverso la presenza di idonee figure professionali;

- proporre, stimolare e sostenere le iniziative di prevenzione, affiancare e sostenere le associazioni scientifiche, di ricerca e studio che si occupano di disturbi alimentari del comportamento alimentare, dell'obesità e del disagio giovanile;
- richiedere la creazione e/o il miglioramento e della necessaria rete di strutture e servizi negli ospedali e nel territorio;
- promuovere la raccolta di dati e la ricerca per studi statistici ed epidemiologici;
- ricevere contributi, donazioni, lasciti testamentari, raccogliere fondi per gli scopi dell'associazione e destinarli al conseguimento di fini statutarie;
- collaborare con enti pubblici e privati per lo sviluppo dei collegamenti e degli scambi di informazioni;
- realizzare tutto ciò che gli organi associativi ai vari livelli riterranno opportuno per il conseguimento degli scopi prefissi;
- predisporre e favorire la pubblicazione di libri, riviste e notiziari atti alla diffusione delle informazioni e delle conoscenze scientifiche.

Per maggiori informazioni sulle attività svolte:

<http://www.adaofriuli.com/adao/ADAO+Friuli/Curriculum.html>

Per contattarci: <http://www.adaofriuli.com/adao/Contatti.html>

oppure al numero telefonico 3284708812

ADAO Friuli ONLUS – www.adaofriuli.com
3284708812

