

IL RUOLO DELLA COMUNITÀ TERAPEUTICA RESIDENZIALE PROTETTA NEL TRATTAMENTO DEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE (DCA): L’ESPERIENZA DELLA COMUNITÀ SILESIA DI VICENZA

Patrizia Todisco^{1,2}, Monica Chimetto², Monica Lea Paparella²
1Centro per i DCA Casa di Cura Villa Margherita, Arcugnano (VI)
2Comunità Terapeutica Residenziale Protetta per i DCA Silesia, Vicenza
Patrizia Todisco, email: ptodis@tin.it

- INTRODUZIONE**
- La Comunità Terapeutica Residenziale Silesia nasce nel 2000 con l’obiettivo di accompagnare le persone affette da un DCA in un percorso riabilitativo che conduca al recupero o allo sviluppo di abilità necessarie a raggiungere e mantenere un livello accettabile di autonomia e il miglioramento della qualità della vita.
 - La filosofia d’intervento della Comunità considera la mancanza o la perdita di abilità sociali e relazionali come un importante fattore di ricaduta e cronicizzazione e pertanto sviluppare e sperimentare queste abilità diviene l’obiettivo primario assieme alla riabilitazione alimentare e il sostegno psicologico.
 - Aiutare l’ospite a sviluppare un senso di sé alternativo a quello fondato sul DCA, attraverso la costruzione di un percorso terapeutico riabilitativo personalizzato, che aiuti a prendere consapevolezza delle proprie risorse e dei propri limiti, è il principio del lavoro comunitario.
 - La Comunità Silesia è accreditata e può trattare fino a 11 ospiti, oltre a 2 ospiti che possono essere accolti in un appartamento protetto.
 - Il percorso prevede diversi piani d’intervento, in un’ottica multidisciplinare:
 - ✓ riabilitazione alimentare,
 - ✓ riabilitazione psicologica,
 - ✓ riabilitazione relazionale.
 - Le figure professionali coinvolte sono:
 - ✓ un coordinatore di comunità;
 - ✓ un medico nutrizionista;
 - ✓ un medico psichiatra;
 - ✓ una dietista;
 - ✓ un infermiere;
 - ✓ un numero variabile di educatrici e operatori socio-sanitari;
 - ✓ altri consulenti per le attività educative, riabilitative e occupazionali (laboratorio teatrale ed espressivo, montagna-terapia, yoga).
 - A ogni ospite viene affiancato: a) un tutor, un’educatrice di riferimento, con il quale lavora per stabilire e raggiungere obiettivi individualizzati nei diversi ambiti e che funge da mediatore tra l’ospite e l’intera équipe terapeutica; b) uno psicoterapeuta individuale e di gruppo.

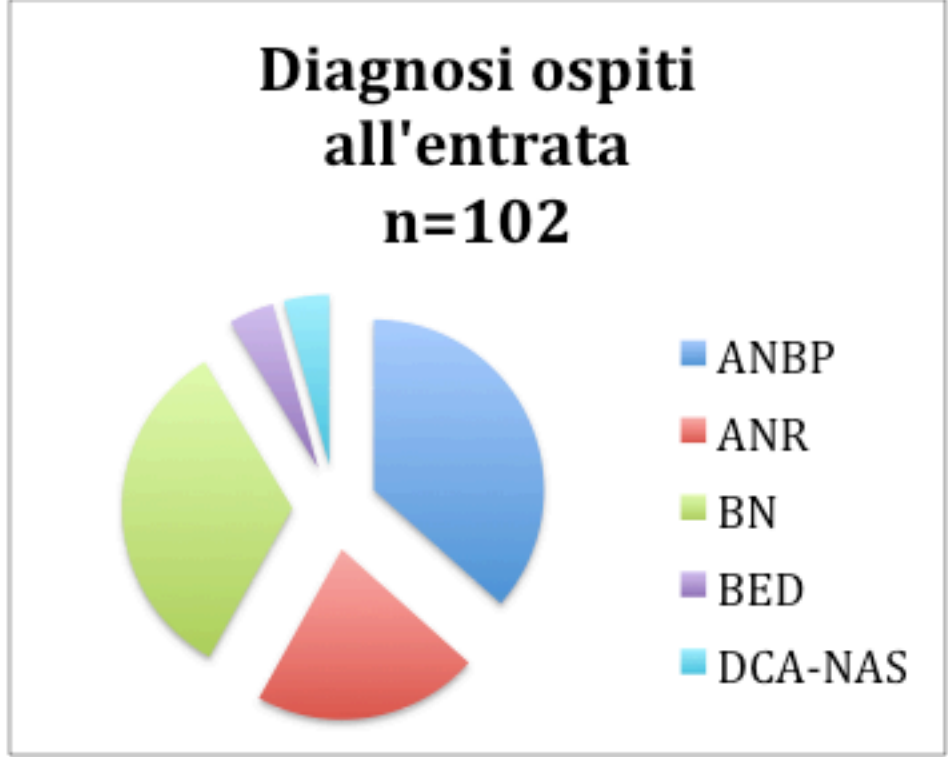
- METODOLOGIA**
- Il **campione** dello studio è rappresentato da:
- 102 soggetti ospitati in comunità dal 2000 a oggi valutati all’ingresso e alla dimissione;
 - 10 soggetti ospitati tra il 2008 e il 2013 valutati a un follow-up variabile tra 1 anno e 5 anni.

- SCOPI**
- Scopi** dello studio sono stati:
- indagare le caratteristiche dei pazienti accolti in comunità;
 - valutare l’esito del percorso in comunità in tre ambiti: remissione sintomi DCA, autonomia economico-psicologica, recupero delle capacità relazionali;
 - rivalutare un piccolo numero di soggetti a distanza di 1-5aa dalla fine del lavoro in comunità.

RISULTATI

CAMPIONE TOTALE 102 SOGGETTI

Età all’entrata (M±DS) aa	Età esordio (M±DS) aa	Durata malattia (M±DS) aa	BMI entrata (M±DS)kg/m²
26,65 ±5,48	15,73±3,66	9,68±4,60	19,08±3,63



PARTICOLARE DELL’INGRESSO



ATTIVITÀ: GIARDINAGGIO, PREPARAZIONE PASTI



MONTAGNATERAPIA



Comorbidità (n tot=102 soggetti)

Abuso alcol	Abuso sostanze		Diabete tipo 1	Ipertiroidismo	Potomania
9	10		2	1	2

Disturbi d’ansia e umore

DOC	D. Ansia-NAS	Depressione Maggiore	Dist. Bipolare	Dist. Distimico	PTSD
3	1	1	2	1	1

Disturbi di personalità

Borderline	Evitante	Dipendente	Ossessivo compulsivo	Paranoide	Schizotipico	NAS
21	10	8	7	3	3	2

Istrionico	Narcisistico
1	1

Familiarità (n tot=102 soggetti)

DCA	Psichiatrica
15	45

Precedenti trattamenti (M±DS)

Ricoveri	Psicoterapie
3,90±2,30	3,51±2,06

Esiti alla fine del percorso in comunità (n=82) (durata 15,68±14,98 mesi, BMI dimissione 20,99±5,97 kg/m²)

Esito	Remissione sintomi DCA	Autonomia economico-psicologica	Recupero capacità relazionali
Buono	52,5%	40,9%	18,2%
Discreto	28,5%	40,9%	27,3%
Scadente	19,0%	18,2%	54,5%

Esiti negativi del percorso in comunità (n=20)

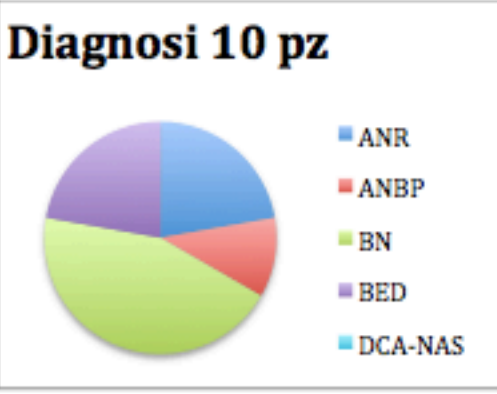
Autodimissioni	Interruzione da parte dell’èquipe	Invio ad altro Servizio
13	4	3

CAMPIONE 10 SOGGETTI (FU tra 1 e 5aa dalla fine percorso)

Età all’entrata (M±DS) aa	Età esordio (M±DS) aa	BMI ingresso (M±DS) kg/m²	BMI dimissione (M±DS)kg/m²
16,22±3,48	15,80±3,26	22,99±2,38	24,27±2,59

	Sottopeso% En	Dim	Ciclo% En	Dim	Restrizione% En	Dim	Digiuno% En	Dim	Cibi fobici% En	Dim
si	33,33	30	50	88,89	55,55	50	25	10	57,14	40
no	66,67	70	50	11,11	33,33	50	50	90	42,86	60
a volte					11,11		25			

	Vomito% En	Dim	Lassativi/diuretici% En	Dim	Iperattività% En	Dim	Disagio corporeo% En	Dim	Paura del peso% En	Dim
si	50	20	28,57	20	25	20	90	10	100	90
no	50	80	71,43	80	75	80	10	90	0	10



I risultati al FU sostanzialmente confermano quelli alla dimissione, dimostrando il mantenimento nel tempo.

CONCLUSIONI

I dati all’ingresso e alla dimissione raccolti su 102 ospiti trattati dall’inizio dell’attività della comunità e quelli del follow-up di 10 ospiti accolti dal 2008 al 2013 confermano l’utilità della comunità terapeutica residenziale protetta nel trattamento dei DCA. La peculiarità del lavoro comunitario è quella di accompagnare pazienti particolarmente gravi per psicopatologia, comorbidità, durata di malattia e disagio sociale verso una riabilitazione psicologica, alimentare e socio-relazionale effettiva anche attraverso la sperimentazione in vivo di situazioni lavorative, scolastiche e socio-relazionali protette, impossibile in ambiti terapeutici diversi.