

ALLEGATO ALLA DELIBERA N. 668 DEL 7 APRILE 2017

I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

Percorso diagnostico terapeutico assistenziale

Un fenomeno in evoluzione

I Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) costituiscono, nei paesi industrializzati, uno dei problemi di salute più comuni negli adolescenti e giovani adulti.

La variabilità sintomatologica dei disturbi e le espressioni mutevoli e lontane dai classici quadri clinici, rendono oggi difficile l'inquadramento nosologico delle diverse forme. Le due patologie più comuni, l'Anoressia nervosa (AN) e la Bulimia nervosa (BN) rappresentano infatti gli estremi di un continuum fenomenologico che comprende una serie di disturbi intermedi, combinati, ibridi, di difficile classificazione. Quanto sopra rilevato, ha portato ad una ridefinizione delle categorie nosologiche del Manuale Diagnostico DSM 5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) che ha introdotto nuove entità, come il disturbo da alimentazione incontrollata (*Binge Eating Disorder* – BED) e ha rivisto alcuni criteri diagnostici. A tale proposito si ravvisa l'eliminazione del sintomo "amenorrea", quale condizione indispensabile per la diagnosi di anoressia nervosa e la riduzione della frequenza delle abbuffate da due a una volta/settimana, quale criterio per la diagnosi di bulimia.

Tra i mutamenti nel tempo delle caratteristiche dei DCA, da evidenziare come la problematica progressivamente si allontani dal costituire un disturbo "di genere". Se infatti fino a circa 20 anni fa il rapporto maschi/femmine era pari a 1:10-1:15, dati più recenti suggeriscono un rapporto 1:4, a conferma dei cambiamenti socio-antropologici della nostra epoca che vedono il peso, la forma fisica e corporea, oggetto di particolare cura ed attenzione anche da parte del mondo maschile.

Si assiste inoltre, negli ultimi anni, ad un abbassamento dell'età di esordio dei disturbi. In età evolutiva, infatti, a forme riscontrabili quasi esclusivamente nelle prime età della vita, quali la pica, la ruminazione e il disturbo della nutrizione e condotta alimentare, si associano oggi, anche in bambini e preadolescenti, quadri clinici fino a poco tempo fa osservabili solo nell'adolescente e nell'adulto. L'aumento dei casi ad esordio precoce potrebbe essere correlato ad un'anticipazione dell'età a cui i minori sono esposti a modelli socioculturali di idealizzazione della magrezza.

Dimensione del fenomeno

Le stime di prevalenza riportate in letteratura dimostrano una certa variabilità, almeno in parte influenzata dai criteri diagnostici utilizzati (Slink 2013).

Le stime con la maggiore variabilità sono quelle riportate dalle linee guida dell'*American Psychiatric Association* che mostrano, nella popolazione femminile, una prevalenza *lifetime* per l'AN che va dallo 0,3%, con criteri DSM IV, al 3,7%, qualora si utilizzino criteri diagnostici più ampi, mentre per la BN la stima varia dall'1% al 4,2%. Il rapporto tra generi mostra una variabilità da 1:6 a 1:10, con una netta predominanza del genere femminile, predominanza di genere che tende a ridursi a 1:3 nel BED (Yager 2006).

Lo studio ESEMeD (*European Study on the Epidemiology of Mental Disorders*) condotto in sei paesi europei (Italia, Belgio, Francia, Germania, Paesi Bassi e Spagna) ha riportato una prevalenza *lifetime* del campione femminile pari a circa lo 0,9% sia per quanto riguardava l'AN che la BN, dell'1,9% per il disturbo da alimentazione incontrollata e dello 0,5% per quanto riguardava i disturbi di alimentazione non altrimenti specificati (DANAS). Negli uomini le percentuali riscontrate sono rispettivamente pari allo 0%, 0,1%, 0,3% e 0,9% (Preti 2009).

Secondo le più recenti linee guida australiane e neo-zelandesi, nella popolazione generale, la prevalenza *lifetime* dell'AN risulta di circa l'1,0% nelle femmine e 0,5% nei maschi, quella della BN rispettivamente 2% e 0,5% e quella del BED rispettivamente 3,5% e 2,0% (Hay 2014).

Il decorso e la prognosi

I DCA, se non trattati precocemente ed adeguatamente, tendono ad avere un andamento cronico con frequenti ricadute.

Le evidenze in letteratura indicano un esito meno favorevole se l'intervallo tra l'esordio dei sintomi e la presa in carico è lungo, in presenza di grave sottopeso o complicanze mediche, qualora non vi sia una forte motivazione al cambiamento, se la famiglia non è supportiva o se il contesto di vita favorisce il comportamento anomalo (Keel 2010, Vall, 2015).

Anoressia nervosa: rappresenta la malattia psichiatrica a più alto tasso di mortalità (fino a quasi il 10% in alcuni studi) e negli adolescenti di sesso femminile è la seconda causa di morte dopo gli incidenti stradali.

In una revisione che ha coinvolto una casistica di quasi 5600 ragazze anoressiche, è stato riscontrato un pieno recupero in circa il 47% dei casi, una cronicizzazione nel 21% e un tasso grezzo di mortalità del 5%, valori che passano rispettivamente a 73%, 13,7% e 9,4% negli studi con un follow-up superiore ai 10 anni (Steinhausen 2002).

Il tasso grezzo di ospedalizzazione per AN studiato sulla popolazione italiana in un arco temporale di cinque anni è risultato nelle donne e negli uomini rispettivamente pari a 24,2 e 1,6 per 100.000 anni-persona (Gigantesco 2010).

Bulimia nervosa: da una revisione su 27 studi, è risultato che circa il 45% dei soggetti raggiunge il pieno recupero, il 27% migliora, mentre il 23% ha un decorso cronico. Il passaggio ad altro DCA, valutato su più ampia casistica, è stato rilevato nel 22,5% dei casi, di cui circa il 6% sviluppa AN. Il tasso di mortalità grezzo è pari allo 0,32%. Da rilevare come la durata del follow-up è una variabile che incide sui risultati (Steinhausen 2009).

Disturbo da alimentazione incontrollata: le evidenze sull'esito a distanza dei soggetti con BED non sono ad oggi del tutto conclusive (Berkman 2015). Non attuando comportamenti compensatori, si rileva la tendenza all'aumento del peso e la persistenza del disturbo nel tempo può associarsi ad obesità. Gli studi finora effettuati non indicano un aumento del rischio di suicidio ad un follow-up di 5 anni.

Le comorbidità: i DCA si caratterizzano per tassi particolarmente elevati di comorbidità psichiatrica, in particolare:

- l'AN presenta comorbidità con disturbi affettivi e disturbi d'ansia (quasi il 25%), disturbi ossessivo compulsivi (12%), schizofrenia (5%), personalità borderline e istrionica (16-17%) e anancastica (oltre il 30%). In circa il 10-15% è presente una dipendenza da alcool o sostanze (Steinhausen 2002, Salbach-Andrae 2008, Quaderni del Ministero salute 2013, Brooks 2012). La comorbidità psichiatrica tende a ridursi con la normalizzazione dell'alimentazione e il recupero del peso corporeo;
- la BN presenta comorbidità in particolare con i disturbi affettivi (22,5%), disturbi d'ansia (16,2%), uso di sostanze (5,9%) e disturbi di personalità (20,7%);
- il BED presenta comorbidità soprattutto con sindromi depressive.

La comorbidità psichiatrica è molto elevata anche in età evolutiva e i disturbi più rappresentati sono quelli della personalità, le condotte autolesionistiche (30-40% dei DCA in pre-adolescenza) in risposta a stati emotivi negativi, il rischio suicidario, i disturbi ossessivo-compulsivi, i disturbi depressivi e i disturbi d'ansia; nei casi più gravi coesiste una psicosi. Si possono associare condotte devianti e uso di sostanze che tendono a compromettere pesantemente l'evoluzione del DCA (Dalle Grave 2011, Dalla Ragione 2012).

Peculiarità dell'età evolutiva

In età evolutiva possono presentarsi diversi disturbi che investono il corpo e quindi anche l'area del comportamento alimentare. Il corpo diventa centro dell'espressività di un conflitto interiore e il bambino e l'adolescente manifestano il proprio disagio attraverso una sintomatologia che riguarda il comportamento alimentare.

I DCA nei minori comprendono sia disturbi della nutrizione e dell'alimentazione che tipicamente si riscontrano nell'infanzia (ad esempio la pica), sia quelli tipici dell'adolescenza e dell'età adulta (come l'anoressia e la bulimia nervosa). Soprattutto in adolescenza, si può riscontrare un continuum tra bulimia e anoressia e viceversa e la frequente transizione da un disturbo ad un altro.

Il fenomeno si caratterizza per una precocizzazione dell'età di esordio. Negli ultimi anni si assiste, infatti, ad un aumento del numero di pazienti in età preadolescenziale con alterazioni del comportamento alimentare in cui si evidenziano sintomi molto simili a quelli tipici dell'adolescente e dell'adulto, come un'alterata percezione dell'immagine corporea o l'interesse ossessivo per il peso o le forme corporee.

L'età di esordio dell'AN riportata in letteratura varia tra i 12 e i 18 anni (Sigel 2008; Weaver 2011). Una recente revisione che raccoglie i principali studi epidemiologici sui DCA condotti in età evolutiva, evidenzia un picco di esordio dell'AN tra i 14 e i 18 anni e un'incidenza di DCA ad esordio precoce pari a 3/100.000 bambini di età inferiore ai 13 anni (Lock 2015).

La prevalenza tra i due sessi varia in rapporto all'età di insorgenza: nel periodo della prepubertà-pubertà è pari 1:1, mentre con l'età, aumenta la componente femminile e in media adolescenza il rapporto è di 1:10 (Gonzales 2007).

Più precoce è l'età di esordio del DCA, più il disturbo è grave e prima può avvenire la cronicizzazione.

La presa in carico del minore con DCA presenta specificità legate alle conseguenze del disturbo sul processo di sviluppo psicofisico, alla necessità di personalizzare il trattamento in base all'età e al coinvolgimento e ruolo nel percorso di cura dei genitori o del tutore.

La prevenzione

Sebbene la revisione della letteratura operata dagli autori della Cochrane (Pratt e Woolfenden, 2002) concluda che non vi sono evidenze di efficacia degli interventi preventivi universali per i DCA, alcuni studi suggeriscono di considerare quali strategie preventive, l'assunzione di un approccio basato sulla dissonanza cognitiva e sul miglioramento dell'alfabetizzazione mediatica (Yager 2008; Stice 2011).

I programmi di prevenzione basati su un approccio educativo-informativo rivolti ad una popolazione di adolescenti in ambiente scolastico, sono risultati inefficaci nel produrre cambiamenti comportamentali o attitudinali. Gli orientamenti attuali prediligono interventi selettivi mirati a rafforzare i fattori di protezione individuale, ossia quegli elementi che sostengono favorevolmente un normale ed armonico sviluppo dell'individuo (Quaderni Ministero Salute, 2013).

È importante che i programmi siano orientati sia ai disturbi alimentari che al sovrappeso/obesità, spesso infatti interventi separati possono risultare contraddittori o rappresentare un fattore di rischio per lo sviluppo del disturbo opposto.

1. NORMATIVA DI RIFERIMENTO

- Decreto 10 dicembre 2013 n. 1200/ASAN recante *"Indicazioni operative per la definizione del percorso diagnostico terapeutico riabilitativo nel trattamento dei disturbi del comportamento alimentare"*.
- Legge regionale 16 ottobre 2014, n. 17 recante *"Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale e norme in materia di programmazione sanitaria e sociosanitaria"*.
- DGR 17 luglio 2015, n. 1437 su *"Principi e criteri per l'adozione dell'atto aziendale"*.
- DGR 27 novembre 2015, n. 2365 recante *"Piano regione della prevenzione 2014-2018 della regione Friuli Venezia Giulia"*.
- DGR 23 dicembre 2016, n. 2550 recante *"LR 49/1996, art 12 - linee annuali per la gestione del servizio sanitario e sociosanitario regionale per l'anno 2017: approvazione definitiva"*.
- DPCM 12 gennaio 2017 recante *"Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502"* (GU n.65 del 18 marzo 2017 SO n. 15).

Si richiamano inoltre i seguenti documenti:

- Conferenza di Consenso: *Disturbi del Comportamento Alimentare negli adolescenti e nei giovani adulti*. Rapporti ISTISAN 13/6, 2013.
- *Appropriatezza clinica, strutturale e operativa nella prevenzione, diagnosi e terapia dei disturbi alimentari*. Quaderni del Ministero della Salute, n. 17/22 luglio/agosto 2013.
- Accordo di programmazione integrata interregionale in materia di trattamento dei disturbi del comportamento alimentare tra Regione Friuli Venezia Giulia e Regione del Veneto siglato in data 21/7/2014.
- RISOLUZIONE della III Commissione: *"Indagine conoscitiva in merito al funzionamento dei servizi per il trattamento dei Disturbi del comportamento alimentare"* approvata nella seduta dell' 11 maggio 2016.

2. OBIETTIVO

L'obiettivo del presente documento è garantire ai soggetti con DCA precocità di diagnosi, omogeneità di presa in carico sul territorio regionale, continuità assistenziale, equità di accesso, appropriatezza e qualità delle cure nell'ambito di una rete integrata che operi secondo un modello multidimensionale, interdisciplinare e multiprofessionale.

Gli obiettivi specifici sono di seguito declinati:

- miglioramento delle attività integrate dei servizi operanti in rete al fine di dare risposte diagnostiche e di presa in carico secondo la logica dell'integrazione sia all'interno dell'équipe che nei confronti degli altri nodi della rete, nel rispetto dell'unità della persona, della continuità e certezza del trattamento e dell'unicità del riferimento per quanto attiene alla conduzione del caso;
- messa in atto di strategie comuni e integrate di presa in carico per favorire la continuità di cura e ridurre le probabilità di cronicizzazione del disturbo;
- divulgazione agli operatori sanitari, popolazione generale e scuole di informazioni in merito ai servizi operanti nell'ambito della rete di assistenza per i DCA sul territorio regionale e dei percorsi per accedervi, ai fini di garantire la precocità ed equità di accesso;
- implementazione delle attività di informazione e prevenzione dei problemi legati ai rapporti col cibo e col corpo attraverso iniziative mirante al coinvolgimento dei medici di medicina generale (MMG), dei pediatri di libera scelta (PLS), dei dipartimenti di prevenzione, del mondo della scuola, dello sport, del volontariato sociale, delle istituzioni e delle famiglie;
- avvio dell'attività dell'Osservatorio epidemiologico per l'età adulta e per l'età evolutiva allo scopo di istituire una base di dati di incidenza, prevalenza del fenomeno, nonché di esito;
- progettualità di ricerca.

3. ANALISI DEL CONTESTO IN FVG

3.1 *Contesto epidemiologico*

Un'analisi della situazione epidemiologica regionale sui DCA era stata effettuata nel 2013 e i dati pubblicati nel volume *"La rete per il trattamento dei disturbi del comportamento alimentare – rete DCA-FVG"* consultabile sul sito www.regione.fvg.it, a cui si rimanda.

Di seguito è riportato un aggiornamento del suddetto documento con i dati relativi al periodo 2012-2015. La raccolta dei dati risente della mancanza di un sistema informatizzato per la raccolta centralizzata di dati relativi alle Strutture/Servizi di Neuropsichiatria infantile territoriali e della non uniformità di gestionali informativi per la salute mentale utilizzati dalle Aziende.

Si rappresenta che i dati sotto riportati sono, pertanto, stati acquisiti sia attraverso estrazione da sistema informativo regionale, sia tramite censimento da parte dei servizi.

Considerate le carenze informative su esposte, il gruppo tecnico ritiene che l'attivazione di un sistema informativo per la salute mentale unico a livello regionale per adulti e minori costituisca un'azione prioritaria ai fini programmatori e di ricerca.

Nella figura 1, 2 e 3 e nella tabella 1 sono rappresentati i soggetti con DCA seguiti dai Dipartimenti Salute Mentale (DSM) e dalla Clinica Psichiatrica dell'ASUI di Udine nel periodo 2012-2015 rispettivamente totali, distribuiti per sesso, fascia d'età e diagnosi. Non sono comprensivi dei dati relativi ai minori seguiti presso le NPIA. Per l'analisi sono stati considerati i casi con una diagnosi afferente all'area dei DCA, secondo la classificazione ICD-10 (F50, F50.0, F50.1, F50.2, F50.3, F50.4, F50.5, F50.8, F50.9), in almeno una delle tre posizioni previste.

Figura 1: Soggetti con DCA seguiti dai servizi
- distribuzione per anno -

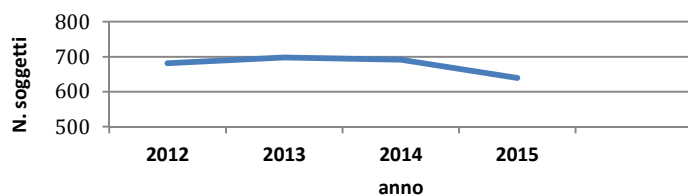


Figura 2: Soggetti con DCA seguiti dai servizi
- distribuzione per sesso -

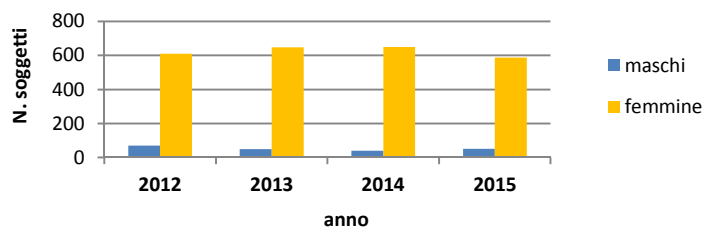
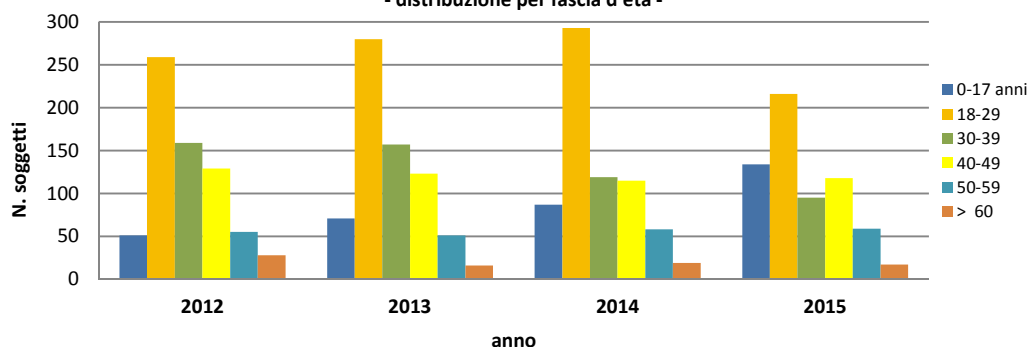


Figura 3: Soggetti con DCA seguiti dai servizi
- distribuzione per fascia d'età -



Fonti: SISRR- Salute mentale e censimento

Nella tabella 1 sono rappresentati i soggetti con DCA seguiti nei servizi di cui sopra, distinti per diagnosi.

TABELLA 1: Soggetti con DCA seguiti dai servizi - distribuzione per diagnosi -

DIAGNOSI	ANNO DI RIFERIMENTO			
	2012	2013	2014	2015
Anoressia nervosa	145	155	183	153
Bulimia nervosa	141	156	149	147
Iperalimentazione associata a disturbi psichici	99	75	81	83
Disturbi dell'alimentazione	143	141	129	117
Altri disturbi dell'alimentazione	67	86	94	48
Disturbo dell'alimentazione non specificato-DANAS-	86	85	55	91
TOTALE	681	698	691	639

Fonte: SISRR- Salute mentale e censimento

Nelle tabelle 2 e 3 sono riassunti rispettivamente i ricoveri presso i reparti di Medicina generale, Pediatria, Neurologia, Psichiatria e Neuropsichiatria infantile, con diagnosi principale di DCA (ICD-9: 307.1, 307.5, 307.50, 307.51, 307.52, 307.53, 307.54; 307.59) nel periodo 2012-2015, distinti rispettivamente in base alla diagnosi e alla fascia d'età.

TABELLA 2: Ricoveri con diagnosi principale DCA - distribuzione per diagnosi -

DIAGNOSI	ANNO DI RIFERIMENTO			
	2012	2013	2014	2015
Anoressia nervosa	56	52	43	34
Bulimia nervosa	3	2	-	4
Disturbi dell'alimentazione, non specificato	8	5	6	6
Pica	-	1	-	-
Disturbo da ruminazione	2	-	-	-
Vomito psicogeno	-	1	1	1
Altri disturbi	4	2	2	5
TOTALE	73	63	52	50

TABELLA 3: Ricoveri con diagnosi principale DCA - distribuzione per fascia d'età -

FASCIA D'ETÀ (ANNI)	ANNO DI RIFERIMENTO			
	2012	2013	2014	2015
0 - 14	20	10	16	22
15 - 19	17	25	22	10
20 - 29	14	13	6	6
30 - 39	11	5	3	3
40 - 49	4	2	2	4
50 - 59	1	4	2	3
≥ 60	6	4	1	2
TOTALE	73	63	52	50

3.2 Contesto organizzativo

Il Decreto 1200/2013 identifica la rete dei Servizi specialistici dedicati ai DCA, ubicati prevalentemente presso i Dipartimenti di salute mentale per l'età adulta e le NPIA per l'età evolutiva.

L'attività specialistica, attualmente offerta sul territorio regionale, è rappresentata in tabella 4.

TABELLA 4: Offerta attuale di attività specialistica per DCA per l'età adulta e pediatrica

AZIENDA	DENOMINAZIONE	UTENZA	
		ETÀ ADULTA	ETÀ PEDIATRICA
ASUITS	Ambulatorio DCA del DSM - Trieste	X	> 16 aa
IRCCS Burlo Garofolo	Attività ambulatoriale, DH e ricovero ordinario presso SC Neuropsichiatria Infantile -Trieste		X
AAS2	Ambulatorio DCA del DSM	X	
AAS3	Attività di consulenza psichiatrica SOC CSM - Tolmezzo	X	
AAS5	Ambulatorio DCA del DSM - San Vito al Tagliamento	X	X
	Attività consulenza neuropsichiatrica presso Ambulatorio DCA di San Vito al Tagliamento		X
ASUIUD	Ambulatorio DCA del DSM - Udine	X	
	Attività ambulatoriale presso SC Neuropsichiatria Infantile - Udine		X
	Attività ambulatoriale e DH presso SC Clinica Psichiatrica - Udine	X	

La necessità di definire percorsi diagnostico-terapeutici per i pazienti con DCA, all'interno di una Rete integrata che garantisca la presa in carico globale, nasce dalle evidenze emerse a seguito della valutazione dell'applicazione di quanto previsto dal Decreto suddetto e dalle previsioni della legge regionale di riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Sistema sanitario regionale (LR 17/2014).

A riguardo, per quanto attiene all'età pediatrica, la suddetta legge e le successive norme attuative hanno previsto che in ogni distretto siano assicurate *“la funzione di neurologia dello sviluppo relativamente alla prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione dei disturbi dello sviluppo e dei disturbi neurologici e neuropsicologici in età evolutiva, nonché salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza (0-17 anni) relativamente alla diagnosi, cura e riabilitazione dei disturbi psichici dei bambini e degli adolescenti. Tali funzioni, integrate con l'area materno-infantile dei distretti e degli ospedali di*

referimento, sono espressione della struttura operativa complessa aziendale multidisciplinare di neurologia dello sviluppo e salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza, che garantisce la presa in carico nei diversi contesti distrettuale, sovra distrettuale e ospedaliero all'interno dell'organizzazione dipartimentale aziendale". I DCA in età evolutiva trovano quindi nei Servizi/Strutture con funzioni di Neuropsichiatria dell'infanzia e adolescenza (NPIA) aziendali, il contesto organizzativo per la loro presa in carico.

A distanza dall'emanazione del Decreto 1200/2013, vengono individuate alcune aree di miglioramento della rete dei servizi dedicati ai DCA, messe in evidenza anche dall'indagine conoscitiva della III Commissione permanente del Consiglio regionale, relative alle problematiche di seguito sintetizzate:

- disomogeneità dei servizi rispetto alla dislocazione sul territorio regionale;
- non omogenee modalità di accesso e di presa in carico integrata;
- mancata attivazione di semiresidenzialità in prossimità ai luoghi di vita;
- necessità di potenziamento delle équipe multidisciplinari il cui personale deve avere formazione specifica, così come appare utile sviluppare un piano formativo per PLS e MMG;
- la funzione epidemiologica, attualmente limitata solo a rilevazioni ad hoc, necessita di piena attivazione attraverso il previsto Osservatorio epidemiologico;
- insufficiente coinvolgimento della rete delle associazioni.

In alcuni contesti si evidenzia, oltre alla già citata opportunità di potenziamento delle équipe funzionali multidisciplinari e multiprofessionali, la necessità di favorire l'interazione tra gli operatori dell'équipe suddetta, secondo modalità definite a livello aziendale. Si rileva inoltre, in alcune aree, la mancanza di specifici percorsi territoriali differenziati per età pediatrica ed età adulta.

4. LA RETE

La molteplicità dei contesti di cura concorre ad assicurare alle persone affette da disturbi del comportamento alimentare un'identificazione precoce, l'invio alla struttura più idonea per la valutazione diagnostica, l'avvio del programma terapeutico e la presa in carico integrata.

La Rete si articola nei seguenti nodi:

- medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta
- servizi ambulatoriali specialistici per DCA
- strutture ospedaliere
- strutture semiresidenziali (Centri diurni)
- strutture residenziali
- associazioni volontariato

I nodi della rete operano in maniera sinergica all'interno di un sistema integrato cui fanno parte i servizi distrettuali, i dipartimenti di salute mentale, di prevenzione, i servizi delle dipendenze, i servizi sociali e le agenzie educative.

I diversi livelli di intervento sono da considerarsi elementi di un'articolazione della rete che si sviluppa sia longitudinalmente che trasversalmente: longitudinalmente in quanto la persona con DCA nel corso dell'andamento del disturbo può necessitare, in momenti diversi, di modalità assistenziali eterogenee e trasversalmente perché in rapporto a comorbidità, fragilità o disabilità può giovare di più nodi della rete.

Il percorso è offerto nel contesto di cura meno restrittivo possibile e adeguato ai bisogni specifici del soggetto con DCA. E' previsto il monitoraggio costante del raggiungimento degli obiettivi preposti, ai fini dell'appropriatezza delle cure.

4.1 Il medico di medicina generale e il pediatra di libera scelta

Il ruolo del medico di medicina generale e del pediatra di libera scelta è fondamentale per la prevenzione nei soggetti a rischio, l'individuazione precoce dei segnali di allarme, la costante collaborazione con i servizi specialistici nel raggiungimento di un buon esito clinico e il follow-up.

Rappresentano la porta di accesso alla rete, sono a conoscenza dell'offerta assistenziale specialistica regionale, individuano la struttura cui inviare il soggetto con sospetto DCA che necessita di approfondimenti diagnostici e definizione del progetto terapeutico-riabilitativo, si fanno parte attiva nel favorire l'accesso ai servizi specialistici, mantengono interrelazioni stabili con l'equipe specialistica di presa in carico e sono punto di riferimento costante per paziente e famiglia.

4.2 Servizi ambulatoriali specialistici per i DCA

Si intendono Servizi che svolgono attività ambulatoriale specialistica di diagnosi e trattamento riabilitativo del disturbo, dove operano, in sinergia, professionisti di diverse discipline e professioni, adeguatamente formati.

Sono deputati alla valutazione diagnostica, alla presa in carico multidisciplinare, alla definizione, attuazione e verifica del progetto terapeutico-riabilitativo personalizzato, al coordinamento del caso attraverso l'identificazione di un *case manager*, all'individuazione del setting di cura più adeguato, all'interazione con gli altri attori della rete e con il contesto di vita, nonché al monitoraggio e follow-up in collaborazione con il curante.

I servizi specialistici DCA sono incardinati di norma nel DSM (adulti) e nella NPIA (età evolutiva). Permane l'attività specialistica attualmente svolta presso la Clinica Psichiatrica dell'ASUIUD per quanto attiene al soggetto in età adulta e presso la SC di Neuropsichiatria infantile dell'IRCCS Burlo Garofolo per l'età evolutiva, strutture che mantengono le funzioni di Osservatorio epidemiologico rispettivamente per l'adulto e per il minore (vedi paragrafo 7.1).

I servizi specialistici ambulatoriali DCA si avvalgono di un'equipe funzionale multidisciplinare e multiprofessionale con adeguata formazione ed esperienza che coinvolge psichiatri o, per l'età evolutiva, neuropsichiatri infantili, psicologi, dietisti, educatori professionali e altri operatori dell'area della riabilitazione e infermieri. Fanno, altresì, funzionalmente parte dell'equipe medici internisti/nutrizionisti o, per l'età evolutiva, pediatri esperti in nutrizione clinica che operano a livello aziendale o sovraaziendale. Inoltre è prevista, in casi specifici, la possibilità di consulenza di professionisti di altre discipline come quella endocrinologica, ginecologica, cardiologica, secondo percorsi aziendali definiti. All'interno dell'equipe viene individuato un "coordinatore del caso" che mantiene i contatti con tutti gli attori coinvolti nel progetto di cura (operatori sanitari, sociali, scolastici, famiglia, curante ecc), organizza incontri periodici di equipe per valutare l'andamento clinico e monitora il raggiungimento degli obiettivi.

I servizi specialistici per i DCA dispongono di spazi strutturali adeguati alle attività previste e percorsi differenziati per età adulta ed età pre-adolescenziale/adolescenziale, con la finalità di garantire il soddisfacimento dei bisogni età-specifici.

Ogni Azienda individua almeno un ambulatorio specialistico per la diagnosi e presa in carico dei DCA rivolto all'età adulta e garantisce la disponibilità delle professionalità sopra specificate.

Per l'età pediatrica la presa in carico dei DCA è affidata ai Servizi/Strutture di Neuropsichiatria dell'infanzia e adolescenza, cui l'Azienda garantisce la disponibilità dell'equipe funzionale sopra descritta, anche con personale non afferente alla NPIA.

I servizi dedicati all'età adulta e quelli rivolti all'età evolutiva operano in sinergia per facilitare la transizione della presa in cura dall'età pediatrica a quella adulta, secondo protocolli codificati a livello aziendale.

Attualmente le funzioni in argomento sono assolte dai servizi di cui alla tabella 4. Il necessario potenziamento/attivazione dei Servizi specialistici fa riferimento, relativamente alle assunzioni di personale, a quanto previsto dalla DGR 1671/2016.

Le Aziende che per scarsa numerosità della casistica non raggiungono volumi di attività tali da poter assicurare il mantenimento dell'expertise degli operatori, pur garantendo la presa in carico per adulti con DCA presso il DSM e per i minori presso la NPIA, possono avvalersi per approfondimenti diagnostici, consulti specialistici, definizione e declinazione del piano terapeutico riabilitativo o altre attività specialistiche, di Servizi specialistici DCA di altre Aziende, mediante la predisposizione di percorsi interaziendali, concordati e formalizzati.

Il Servizio, oltre alle attività ambulatoriali, garantisce uno spazio con apertura ad accoglienza protratta nell'arco della giornata, in modo da poter offrire attività pomeridiana e pasti assistiti con disponibilità flessibile a seconda dei bisogni dell'utente (Centro Diurno), come di seguito specificato (vedi par. 4.3).

4.3 Centri Diurni e Residenzialità

I trattamenti più intensivi sono riservati a quei pazienti nei quali precedenti percorsi meno intensivi, condotti secondo le evidenze scientifiche disponibili, non hanno dato i risultati attesi o per i quali il rischio fisico, psichico o le difficoltà psicosociali rendono inappropriato il trattamento ambulatoriale.

I **Centri diurni** garantiscono un programma diurno, interdisciplinare, intensivo e strutturato a soggetti non responsivi al trattamento ambulatoriale o per i quali sia opportuna una riduzione graduale dell'intensità dell'intervento dopo un trattamento residenziale o un ricovero ospedaliero. Il programma offerto si articola attraverso un'attività di riabilitazione nutrizionale e pasti assistiti, riabilitazione relazionale, attività psicoterapiche individuali e di gruppo, attività educative e occupazionali, allo scopo di favorire la dimensione relazionale e di condivisione delle esperienze e di impiegare lo "spazio-tempo" in modo indipendente dalla tematica "cibo".

Il setting semiresidenziale permette di affrontare, in modo più intensivo, problematiche non superabili a livello ambulatoriale (es. incapacità di affrontare il recupero del peso o di ridurre la frequenza degli episodi bulimici, del vomito autoindotto e dell'esercizio fisico eccessivo) e, nei casi che hanno necessitato di livelli di cura più intensivi, consente di proseguire e stabilizzare il programma di riabilitazione psico-nutrizionale, in un livello di cura propedeutico al trattamento ambulatoriale.

Rispetto al trattamento residenziale, il centro diurno consente al paziente di mantenere, ove possibile, il proprio ruolo sociale, educativo e lavorativo, incoraggia ad una maggiore indipendenza e autonomia rispetto all'ospedalizzazione e favorisce l'attuazione, nell'ambiente di vita del soggetto, delle nuove abilità apprese durante il trattamento. Nel minore permette il mantenimento dell'attività scolastica e ricreativa.

Si tratta di centri ubicati preferibilmente in contiguità strutturale con gli ambulatori specialistici DCA, per l'età adulta, o con le NPJA, per l'età pediatrica, con i/le quali condividono l'equipe funzionale multidisciplinare. Le professionalità che partecipano ai programmi semiresidenziali sono le stesse degli ambulatori specialistici DCA, cui può associarsi la figura di un operatore socio-sanitario (OSS).

Detti centri dovranno avere spazi adeguati alle funzioni riabilitative, alla somministrazione di pasti assistiti e ai diversi bisogni delle varie fasce di età dell'utenza.

Il centro diurno è operativo almeno 5 giorni su 7 e prevede un'apertura compatibile con la somministrazione di pasti assistiti e, comunque, con la necessaria flessibilità oraria legata ai bisogni dell'utenza.

Il consolidamento della rete dei Servizi DCA prevede la messa a regime dei servizi ambulatoriali specialistici aziendali e l'attivazione di Centri diurni capaci di dare risposte adeguate rivolte sia alla popolazione adulta che ai minori. In una prima fase di avvio, si prevede l'attivazione di Centri diurni in almeno tre Aziende a livello regionale, in base al bacino di utenza.

Il **trattamento residenziale** è riservato ai casi in cui il trattamento in setting meno strutturati (ambulatoriale e semiresidenziale) sia risultato inefficace o qualora vi sia un rischio fisico, psichiatrico o difficoltà psicosociali tali da rendere inappropriato il trattamento negli altri setting.

Con Decreto 1200/2013, ai cittadini residenti che ne abbiano le indicazioni, viene offerta l'assistenza in regime di residenzialità e semiresidenzialità presso il Centro di riferimento provinciale di Portogruaro (Ve), a seguito dell'Accordo interregionale siglato con la regione Veneto.

La risoluzione della III Commissione a riguardo conclude che *"a seguito del consolidamento della rete e della verifica dell'andamento dei percorsi di cura, va valutato il trasferimento della funzione di accoglienza in regime residenziale ad alta intensità di cura e riabilitazione presso l'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 5, che andrebbe ad assorbire l'offerta assistenziale che ad oggi costituisce elemento di fuga extraregionale. La sua entità, tuttavia, come rilevata al momento*

attuale, consiglia sul piano tecnico una valutazione attenta, del rapporto costo – efficacia, dell'appropriatezza del livello assistenziale e della curva di mantenimento della qualità che, come noto, necessita di adeguati volumi di attività."

4.4 Servizi ospedalieri

Il setting ospedaliero va utilizzato quando vi sia una seria compromissione delle condizioni cliniche del paziente. La fase di acuzie può configurarsi per gravi problemi fisici o per comorbidità psichiatrica grave. Si tratta di ricoveri limitati nel tempo che devono trovare nelle soluzioni territoriali (ambulatoriali, semiresidenziali, residenzialità) il proseguimento delle cure, subito dopo la risoluzione dell'urgenza.

Gli adulti con parametri vitali compromessi necessitano di un ricovero urgente presso una struttura ospedaliera. In presenza invece di una psicopatologia acuta si fa riferimento ai servizi per la salute mentale. Si raccomanda l'adozione di procedure aziendali concordate con gli ambulatori specialistici DCA per la gestione del paziente.

Per l'età evolutiva, in situazioni di acuzie, il minore verrà ricoverato presso le strutture di Pediatria di riferimento, con il coinvolgimento attivo dell'equipe della NPIA. Dovranno essere predisposte apposite procedure condivise tra la Pediatria e il Servizio/Struttura di NPIA che ha in carico il minore.

La SC di Neuropsichiatria ospedaliera dell'IRCCS Burlo Garofolo essendo ubicata in un contesto dove è possibile coniugare esperienze in campo neuropsichiatrico con competenze specialistiche in ambito nutrizionale, ivi compresa la nutrizione artificiale, rappresenta la sede di riferimento regionale per bambini e adolescenti con situazioni complesse.

Ogni Azienda predispone una carta dei Servizi, strumento indispensabile per promuovere l'informazione, la trasparenza e il miglioramento della qualità dei servizi sanitari e per rendere chiari, accessibili e fruibili i servizi offerti. La carta deve comprendere la descrizione della tipologia dell'offerta in tema di DCA rivolta a bambini, adolescenti ed adulti, informazioni sull'operatività dei servizi, sulle modalità di accesso e di comunicazione, sulle interazioni con gli altri nodi della rete, sull'attività svolta, le modalità di sostegno, indicazioni per favorire il feedback e suggerimenti per il miglioramento della qualità del servizio offerto e i siti web istituzionali attraverso i quali è veicolata una corretta informazione.

4.5 Associazioni di volontariato

Le Associazioni di volontariato presenti sul territorio rappresentano una risorsa importante, sono parte integrante dei percorsi di cura, collaborano attivamente con tutti i nodi della rete istituzionale, rappresentano le persone con DCA e le loro famiglie e portano i bisogni e le istanze della cittadinanza alle sedi preposte alla programmazione della risposta di cura.

Si interfacciano con i Servizi DCA e, attraverso contatti strutturati, propongono, collaborano e promuovono iniziative/eventi di divulgazione, informazione e sensibilizzazione rivolte alla popolazione. L'interazione reciproca è finalizzata ad intercettare i bisogni degli utenti e migliorare la qualità dei servizi offerti.

Una delle principali finalità delle Associazioni è dare sostegno alle persone con DCA e alle loro famiglie, attraverso la messa in atto di diverse iniziative, tra le quali rivestono un ruolo importante l'organizzazione di gruppi di sostegno e di Auto Mutuo Aiuto. L'obiettivo è intraprendere con le persone e le loro famiglie un lavoro di assunzione di responsabilità per la propria salute e di supporto al percorso assistenziale che aiuti a scoprire le proprie risorse e a trovare soluzioni ai problemi, sviluppando la capacità di modificare i comportamenti relazionali con l'evolversi della malattia.

Una costante e costruttiva collaborazione tra Associazioni, servizi sanitari e istituzioni permette di migliorare l'assistenza rivolta alle persone con disturbi del comportamento alimentare e alle loro famiglie.

5. IL PERCORSO

Il modello organizzativo per la gestione dei DCA è articolato in modo da garantire i migliori risultati in termini di appropriatezza ed efficacia degli interventi diagnostico, terapeutici e riabilitativi.

Si tratta di un modello integrato multidimensionale, interdisciplinare, multi-professionale ed età-specifico, ossia modulato in base ai bisogni dei bambini, adolescenti e adulti, che prevede l'informazione e il coinvolgimento attivo di utente e, ove necessario o opportuno, della famiglia. L'approccio in età pediatrica deve tener conto nei processi evolutivi, delle interrelazioni con la famiglia e del contesto di vita.

La multidimensionalità richiede il coinvolgimento di professionisti con diversi ambiti di competenza, la cui interazione si traduce nell'avvio di un progetto assistenziale individuale, calibrato in base alle esigenze specifiche del soggetto con DCA. Il team di diagnosi e presa in cura si avvale di competenze in area psichiatrica, psicoterapica e internistico-nutrizionale, a cui affiancare, per casi specifici, professionisti di altre discipline (gastroenterologo, endocrinologo, ginecologo, cardiologo ecc). E' favorita una costante comunicazione tra i professionisti del team interdisciplinare e garantiti momenti di discussione e confronto stabili.

La presa in cura dei DCA può avvalersi di diversi livelli assistenziali, la cui scelta deriva dall'interazione di molteplici fattori, quali la diagnosi specifica, il livello di rischio fisico e psichico, i disturbi psichiatrici e/o internistici presenti in comorbidità e il contesto di vita, e deve basarsi su criteri di appropriatezza. I diversi setting di cura operano in rete in continuità organizzativa, funzionale e clinica offrendo, nel caso, un continuum di cura.

L'articolazione del percorso, declinato in macrofasi, fasi e setting assistenziale, è descritto nella tabella 5.

TABELLA 5: Macrofasi, fasi e setting assistenziale del percorso assistenziale per il soggetto con DCA

MACROFASI	FASI	SETTING
1. L'IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE CON DCA	1.1 Rilevazione fattori di rischio e segnali di allarme 1.2 Valutazione del rischio fisico 1.3 Invio ai servizi specialistici DCA	MMG, PLS, Consultori, Pronto soccorso, altri ambulatori specialistici
2. LA VALUTAZIONE DIAGNOSTICA	2.1 Valutazione internistica e nutrizionale 2.2 Valutazione psicopatologica 2.3 Valutazione del contesto 2.4 Formulazione diagnostica 2.5 Criteri di accesso ai diversi setting di cura	Ambulatori specialistici DCA
3. L'INTERVENTO TERAPEUTICO	3.1 Principi generali 3.2 Intervento riabilitativo-nutrizionale 3.3 Intervento psicoterapico 3.4 Trattamento farmacologico	Ambulatorio specialistico, Centri diurni, Strutture residenziali Ospedale
4. IL FOLLOW-UP	4.1 Valutazione degli esiti 4.2 Transizione cure età evolutiva-età adulta	Ambulatori specialistici DCA MMG, PLS

5.1 L'IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE CON DCA

5.1.1 Rilevazione fattori di rischio e segnali di allarme

I medici che operano al primo livello di cura occupano una posizione strategica per l'identificazione dei pazienti a rischio e quelli che presentano i primi sintomi o anche i prodromi di un DCA.

Durante i controlli medici va approfondita l'eventuale presenza di possibili fattori che possono aumentare la probabilità che si sviluppi il disturbo, in particolare fattori predisponenti psicologici, ambientali, socioculturali e fattori precipitanti o scatenanti, quali ad esempio:

- il sesso femminile e l'età adolescenziale-giovane adulto, l'appartenenza a gruppi nei quali è maggiore la pressione socio-culturale verso la magrezza;
- alcune caratteristiche della personalità che possono associarsi ad aumentata vulnerabilità (ad esempio tratti perfezionistici e ossessivi, alestitimia, bassa autostima, bisogno di controllo sugli altri, fragilità narcisistica, paura della maturità, difficoltà di regolazione emotiva, ansia anticipatoria, evitamento, ecc);

- un'anamnesi familiare positiva per DCA, disturbi psichiatrici, tratti di personalità specifici o la presenza di altri fattori familiari (es. attitudini alimentari disfunzionali, particolare attenzione a forma fisica, diete, ecc);
- un'anamnesi personale per obesità nell'infanzia, comportamenti disturbati rispetto al cibo, presenza di possibili fattori scatenanti quali diete, eventi traumatici, stress emotivo, ecc. (ISTISAN 2013).

Particolari situazioni, rilevate direttamente dal medico durante i colloqui o riferite dai familiari, possono essere individuate quali segnali di allarme per l'insorgenza o la presenza di un disturbo del comportamento alimentare. Alcuni esempi sono sintetizzati in tabella 6.

TABELLA 6 : Possibili segnali di allarme per insorgenza o presenza di DCA

- eccessiva preoccupazione per l'alimentazione, la forma del corpo e il peso
- importante perdita di peso
- paura immotivata di ingrassare
- abbuffate
- uso improprio di lassativi/ diuretici
- modificazione della dieta dividendo i cibi in buoni e cattivi o saltare i pasti
- controlli frequenti del peso
- evitamento dell'esposizione del corpo
- eccessivo esercizio fisico
- disturbi mestruali o amenorrea
- restrizioni alimentari in adolescenti normopeso, specie se associati a cambiamento del tono dell'umore, isolamento sociale, ansia, depressione, frequentazione/consultazione di siti web che promuovono comportamenti alimentari inappropriati
- in giovani soggetti con diabete insulino-dipendente controllo glicemico instabile, oscillazioni inspiegabili di peso, episodi ricorrenti di ipoglicemia o chetoacidosi

Accanto all'importanza del riconoscimento precoce di alcuni fattori di rischio nell'insorgenza e nel mantenimento dei DCA, si evidenzia sempre più, in letteratura, l'opportunità di far leva su alcuni fattori protettivi e di resilienza che, se attivati, sostenuti e rafforzati possono contrastare l'insorgenza del disturbo o favorirne la guarigione. Un'alleanza tra curanti, scuola, ambienti sportivi e famiglia sono di fondamentale importanza per prevenire e contrastare la patologia in età evolutiva.

L'uso di alcuni semplici questionari di screening può facilitare la valutazione del curante e metterlo nella condizione di far emergere la presenza di segnali capaci di indurre il sospetto diagnostico di una patologia alimentare.

Il questionario SCOFF, rappresentato in tabella 7, per la sua semplicità e facilità di somministrazione, può costituire un strumento facilitante, di prima battuta, per MMG e PLS e per i professionisti delle diverse strutture sanitarie dove la persona con un disturbo alimentare non ancora individuato, può rivolgersi per complicazioni correlate alla patologia (Dipartimenti di Emergenza, Consultori, ambulatori e reparti di Medicina, di Ostetricia-Ginecologia, ORL, servizi di Medicina dello Sport, Odontoiatria, Diabetologia, ecc).

TABELLA 7: questionario SCOFF

	SI=1 NO=0
1. Ti induci il vomito quando ti senti eccessivamente pieno?	
2. Ti preoccupi se hai perso il controllo su quanto hai mangiato?	
3. Recentemente hai perso più di 6 kg. in un periodo di tre mesi?	
4. Pensi di essere grasso, mentre gli altri dicono che sei troppo magro?	
5. Diresti che il cibo domina la tua vita?	
SCORE TOTALE	

Versione italiana L. Pannocchia et al. 2011

Lo SCOFF è composto da cinque domande che prendono in considerazione il ricorso al vomito autoindotto qualora il paziente si senta insopportabilmente "pieno" (*Sick*), la preoccupazione per la perdita di controllo (*Control*) sulla quantità di cibo ingerita, la perdita di più di 6 Kg di peso in circa tre mesi (*One stone*), il ritenersi grassi (*Fat*) in contrasto con il giudizio di magrezza espresso dagli altri, il riconoscere che il cibo (*Food*) domina i pensieri e le azioni quotidiane della persona testata.

Nel caso di due o più risposte "SI" (score totale ≥ 2), lo SCOFF segnala la probabile presenza di un sospetto diagnostico riconducibile all'area clinica dei DCA.

La validazione italiana dello SCOFF, tratta dalla versione originale (*Morgan 2000*), ha registrato un tasso di falsi positivi pari al 12.7 % e un'elevata sensibilità. Il successivo invio del paziente con "sospetto DCA" agli ambulatori specialistici di competenza territoriale consentirà di convalidare o meno l'orientamento diagnostico relativo alla patologia alimentare e coinciderà, in caso di conferma, con una precoce presa in carico specialistica del paziente.

5.1.2 Valutazione del rischio fisico

Una volta confermato il sospetto di DCA, la valutazione del rischio fisico attraverso l'esame obiettivo e la prescrizione di esami biomorali e strumentali di prima battuta (Tab. 9), permette di decidere il proseguimento del percorso, escludendo l'eventuale sussistenza di situazioni di rischio per le quali è indicato un ricovero ospedaliero d'urgenza.

5.1.3 Invio ai Servizi specialistici DCA

Il medico di medicina generale e il pediatra di libera scelta sono a conoscenza dell'articolazione della rete DCA regionale, di cui sono parte integrante e hanno la possibilità di instaurare un canale comunicativo preferenziale con le strutture specialistiche per i DCA.

Il soggetto con sospetto DCA viene inviato all'ambulatorio specialistico di riferimento per la valutazione diagnostica, a meno che non sussistano elementi di alto rischio che ne consiglino il ricovero presso una struttura ospedaliera.

L'invio allo specialista prevede di norma un contatto preliminare con l'equipe della struttura specialistica e la predisposizione di una relazione clinica dell'assistito.

Nella tabella 8 sono sintetizzate fasi, attività e strumenti del setting ambulatoriale.

TABELLA 8: Setting ambulatoriale MMG, PLS

FASI	ATTIVITÀ	STRUMENTI	RESPONSABILITÀ
RILEVAZIONE FATTORI DI RISCHIO E SEGNALI DI ALLARME	- Valutare la storia anamnestica familiare e personale per presenza di fattori predisponenti, favorenti o precipitanti - Utilizzare strumenti facilitanti	- Questionario SCOFF	MMG, PLS
VALUTAZIONE RISCHIO FISICO	- Valutare i fattori di rischio fisico	- Prescrizione Es. laboratorio e strumentali	
INVIO AI SERVIZI SPECIALISTICI DCA	- Inviare all'ambulatorio specialistico DCA di riferimento, se non sussistono condizioni di rischio per ricovero ospedaliero - Sostenere famiglia e paziente nell'avvio del percorso - Collaborare con ambulatorio DCA nel follow-up	- Contatto telefonico/telematico con la struttura DCA - Relazione clinica	

5.2 LA VALUTAZIONE DIAGNOSTICA

L'approccio è multidimensionale e la valutazione, effettuata da un'equipe multidisciplinare e multiprofessionale, riguarda l'ambito clinico-internistico, nutrizionale e psicologico, al fine di formulare una diagnosi di DCA, di verificare la coesistenza di comorbidità cliniche o psichiatriche e di definire il progetto terapeutico-riabilitativo più adeguato per quel paziente, in quel determinato momento e contesto di vita, secondo criteri di appropriatezza ed efficacia.

Allo stato attuale non sono disponibili scale validate per valutare la motivazione al trattamento che pure costituisce un elemento determinante ai fini del successo del progetto terapeutico. La costruzione della motivazione alla terapia rappresenta una componente fondamentale del trattamento, in quanto la consapevolezza di malattia consente il consolidamento di un'alleanza terapeutica che costituisce un fattore prognostico positivo.

5.2.1 Valutazione internistica e nutrizionale

La prima fase è rappresentata dalla valutazione anamnestica familiare e personale associata alla valutazione dello stato nutrizionale e della condotta alimentare.

La storia anamnestica deve essere mirata, a seconda della tipologia di disordine della condotta alimentare, ad individuare elementi tipici dei DCA, come ad esempio:

- comportamenti alimentari disturbati come mangiare lontano dagli altri, mangiare seguendo dei rituali (dividere il cibo in porzioni piccolissime, durata del pranzo prolungata, ecc.) oppure abbuffate;
- controllo del peso con eventuali comportamenti compensatori (vomito autoindotto, uso di lassativi e/o diuretici, iperattività fisica, utilizzo inappropriato di insulina);
- alterazione della percezione da parte del paziente del peso e dell'immagine corporea;
- esercizio fisico estremo;
- eventuali comorbidità psichiatrica: ansia, disturbi dell'umore, discontrollo degli impulsi, depressione, abuso di sostanze, comportamenti autolesionistici, disturbi di personalità, ecc.;
- fattori precipitanti o di mantenimento come diete restrittive o altre cause di rapida perdita di peso, problemi interpersonali, rinforzo positivo da parte dell'ambiente, ecc.

Dove possibile è importante acquisire informazioni anche dai familiari in quanto spesso i pazienti minimizzano i propri sintomi o non comprendono la gravità della situazione.

L'esame obiettivo è orientato alla rilevazione di segni e i sintomi collegati alle alterazioni nutrizionali e ad un'accurata valutazione dei parametri vitali, quali frequenza cardiaca e pressione arteriosa. Vengono in particolare registrati:

- peso e suo andamento e, nel minore, crescita staturale-ponderale e sviluppo puberale;
- stato nutrizionale (misure antropometriche, BMI ed esami ematochimici) e complicanze legate alle alterazioni dello stato nutrizionale. La valutazione dello stato nutrizionale comprende anche la raccolta di una precisa storia dietetica del paziente, che valuti aspetti quali-quantitativi (es. bilancio energetico, aspetti comportamentali, contesto alimentare familiare, comportamenti restrittivi e/o compulsivi, ecc.). È importante valutare l'attuale introito dietetico, compresi i liquidi, e, dove possibile, apprendere informazioni dalla famiglia.
- complicanze legate a condotte di eliminazione e comportamenti compensatori, come ad esempio erosione smalto dentale, carie, gengiviti, ulcerazioni periorali, ipertrofia ghiandole salivari, ecc.

L'individuazione precoce dei segni di malnutrizione, in una fase in cui il danno è a livello biochimico, risulta utile ai fini di interrompere il processo per cui dal danno biochimico si passa a quello funzionale e successivamente a quello anatomico.

Gli esami di laboratorio e strumentali, dettagliati nella tabella 9, non sono patognomonic, ma raccomandabili nella fase iniziale, qualora non già eseguiti recentemente. La scelta degli esami e delle indagini da effettuare nel singolo caso è comunque demandata al medico che, nel giudizio clinico, considera variabili quali la tipologia del disturbo, l'età del soggetto, la durata della patologia, eventuali comorbidità in atto, complicanze, elementi emersi dalla storia anamnestica ecc.

TABELLA 9: Esami di laboratorio e strumentali di base

ESAMI EMATOCHIMICI		ESAMI STRUMENTALI
Emocromo con formula	Assetto lipidico	ECG
Na, K, Cl, Ca, P, Mg	Transaminasi	Ecocardiografia (esame di II livello)
Protidogramma	CPK	Densitometria ossea rachide lombare in età (esame di II livello) >18 anni, se non già effettuata nei 2 aa precedenti: - AN se amenorrea > 6 mesi - BN se pregressa AN
Glicemia	Amilasemia totale (isoamilasi)	
Ferritina, Transferrina	TSH, FT4, FT3	
Azotemia	Creatininemia	

5.2.2 Valutazione psicopatologica

Negli adulti, la valutazione psicopatologica viene effettuata dallo psichiatra e dallo psicologo, avviene su base clinica e può essere approfondita attraverso gli strumenti psicometrici validati e supportati da evidenze scientifiche, di cui alcuni esempi sono riassunti nella tabella 10.

In età evolutiva la valutazione psicopatologica viene effettuata dal neuropsichiatra infantile e dallo psicologo, avviene su base clinica ed è approfondita attraverso strumenti psicodiagnostici e psicometrici validati, attuali e supportati da evidenze scientifiche, ritenuti utili nel singolo caso, di cui alcuni esempi sono riportati nella tabella 10.

I test psicodiagnostici e psicometrici offrono l'opportunità di avere un riferimento di partenza con cui confrontare, ad intervalli definiti, i risultati ottenuti.

5.2.3 Valutazione del contesto

Il coinvolgimento di tutta la famiglia e/o dei caregivers di riferimento è una fase fondamentale del percorso diagnostico. Per tale motivo vengono proposti uno/due colloqui con la famiglia per poter raccogliere la storia familiare, per esplorare le relazioni familiari, per valutare il rischio psicosociale e individuare situazioni che possono favorire od ostacolare la guarigione.

Le aree indagate nel corso del colloquio riguardano nello specifico la storia familiare rispetto a disturbi psichiatrici, abuso di alcool o sostanze, eventi correlati al DCA (stile alimentare della famiglia, pregressi DCA in famiglia, obesità, ecc.), le dinamiche nelle relazioni di coppia e in quelle genitoriali e le risorse disponibili (capacità di affrontare la situazione, l'emotività espressa, ecc.).

La valutazione del rischio psicosociale nei minori può essere valutato, in assenza di scale validate in letteratura, attraverso la checklist in allegato 1, in cui sono elencate diverse variabili che consentono di individuare fattori di rischio multipli al fine di creare un indice di rischio cumulativo. Per gli adulti sono disponibili alcune scale validate per l'assessment del "sistema famiglia" come ad esempio l'AESED (*Accommodation and enabling scale for eating disorders*) del gruppo del Maudsley hospital (Sepulveda 2009), la FCQ-ED (*Family coping questionnaire for eating disorders*) validata in Italia (Fiorillo 2014) e la FAD (*Family assessment device*), scala non specifica per i DCA, validata in Italia, utile per esaminare il funzionamento familiare in diversi contesti (Epstein 1983).

Nella tabella 10 sono sintetizzate le diverse fasi della valutazione diagnostica nel setting ambulatoriale specialistico dei DCA con le attività previste, alcuni esempi di test utilizzabili e le figure professionali di riferimento.

TABELLA 10: Setting Ambulatorio Specialistico DCA: la fase valutativa

FASI	ATTIVITÀ	STRUMENTI ED ESEMPI DI TEST UTILIZZABILI	RESPONSABILITÀ
VALUTAZIONE INTERISTICA E NUTRIZIONALE	- notizie anamnestiche - esame clinico - rilevazione misure antropometriche - ricerca segni indiretti di condotte di eliminazione e comportamenti compensatori - raccolta storia dietetica - abitudini alimentari individuali e familiari - bilancio energetico	bilancia, statimetro, plicometro, metro a nastro esami laboratorio esami strumentali	Medico Internista/ Nutrizionista Pediatra Dietista
VALUTAZIONE PSICOPATOLOGICA ADULTI	- primo colloquio - intervista semistrutturata - colloquio con figura di contesto	- EAT-40 - EDE 12.OD - EDI-2/3 - BUT - SCID - SCL 90 - MMPI 2	Psichiatra Psicologo
VALUTAZIONE PSICOPATOLOGICA ETÀ EVOLUTIVA	- visita - colloquio individuali/familiari - interviste strutturate/semistrutturate - somministrazione test	- SCL-90 - BUT - CBCL - Questionario YSR (11-18 aa) - Intervista K-SADS-PL (8-18 aa) - EDI 2/3 (13-18 aa) - Scale psichiatriche SAFA (8-18 aa) - MMPI-A (14-18 aa) - Test proiettivo CAT o TAT (8-18 aa) - Proiettivo grafici (8-18 aa)	Neuropsichiatra Psicologo
VALUTAZIONE CONTESTO FAMILIARE	- colloqui con la famiglia - somministrazione questionari	- FCQ-ED - AESED - Family assessment device (FAD)	Psichiatra Neuropsichiatra Psicologo

5.2.4 Formulazione diagnostica

I criteri diagnostici per l'anoressia nervosa, la bulimia nervosa e il disturbo da alimentazione incontrollata sono codificati secondo le classificazioni ICD 10 e DSM-5. I criteri diagnostici secondo DSM 5 per i principali DCA sono rappresentati nella tabella 11.

TABELLA 11: Criteri diagnostici per i DCA secondo DSM-5

ANORESSIA NERVOSA	
A.	Restrizione dell'apporto energetico rispetto al bisogno, che induce un peso significativamente basso relativamente all'età, sesso, evoluzione dello sviluppo e salute fisica. Per peso significativamente basso si intende un peso inferiore al minimo normale o, per i bambini e gli adolescenti, inferiore al minimo atteso.
B.	Intensa paura di aumentare di peso o d'ingrassare, o comportamento persistente che interferisce con l'aumento di peso, nonostante un peso significativamente basso.
C.	Alterazione del modo in cui è percepito il peso e la forma del proprio corpo; inappropriata influenza del peso e della forma del corpo sulla propria autostima, o persistente perdita della capacità di valutare la gravità della attuale perdita di peso.
Sottotipi:	
- <i>Restrittivo</i> : Senza crisi bulimiche o condotte di eliminazione negli ultimi 3 mesi. La perdita di peso è dovuta primariamente attraverso dieta, digiuno e/o eccessivo esercizio fisico	
- <i>Con crisi bulimiche /condotte di eliminazione</i> : crisi bulimiche ricorrenti o condotte di eliminazione (vomito autoindotto/uso eccessivo di lassativi/ diuretici/ enteroclistmi) durante gli ultimi tre mesi.	
BULIMIA NERVOSA	
A.	Ricorrenti crisi bulimiche. Una crisi bulimica è caratterizzata da entrambe le seguenti caratteristiche: 1. Mangiare, in un periodo di tempo circoscritto (per esempio nell'arco di due ore), una quantità di cibo che è indiscutibilmente maggiore di quella che la maggior parte delle persone mangerebbe nello stesso periodo di tempo in circostanze simili. 2. Sensazione di mancanza di controllo sull'atto di mangiare durante l'episodio (per esempio sentire di non poter smettere di mangiare o di non poter controllare cosa o quanto si sta mangiando).
B.	Ricorrenti ed inappropriate condotte compensatorie per prevenire l'aumento di peso, come vomito autoindotto, abuso-uso improprio di lassativi, diuretici o altri farmaci; digiuno o esercizio fisico eccessivo.
C.	Le abbuffate compulsive e utilizzo improprio di mezzi di compenso avvengono entrambe in media almeno una volta a settimana per 3 mesi.
D.	I livelli di autostima sono inappropriatamente influenzati dalla forma e dal peso del corpo.
E.	Il disturbo non si riscontra esclusivamente nel corso di episodi di anoressia nervosa.
BED	
A.	Episodi ricorrenti di abbuffate. Un'abbuffata è definita dai due caratteri seguenti: 1. Mangiare, in un periodo di tempo circoscritto (per esempio nell'arco di due ore), una quantità di cibo che è indiscutibilmente maggiore di quella che la maggior parte delle persone mangerebbe nello stesso periodo di tempo in circostanze simili. 2. Senso di mancanza di controllo sull'atto di mangiare durante l'episodio (per esempio sentire di non poter smettere di mangiare o di non poter controllare cosa o quanto si sta mangiando).
B.	Gli episodi di abbuffate compulsive sono associati ad almeno tre dei seguenti caratteri: 1. Mangiare molto più rapidamente del normale 2. Mangiare fino ad avere una sensazione dolorosa di troppo pieno 3. Mangiare grandi quantità di cibo pur non sentendo fame 4. Mangiare in solitudine a causa dell'imbarazzo per le quantità di cibo ingerite 5. Provare disgusto di sé, depressione o intensa colpa dopo aver mangiato troppo
C.	Le abbuffate compulsive suscitano sofferenza e disagio.
D.	Le abbuffate compulsive avvengono, in media, almeno una volta a settimana per almeno 3 mesi.
E.	Non vengono usati comportamenti compensatori inappropriati e il disturbo non si riscontra soltanto nel corso di anoressia o di bulimia nervosa.

Le classificazioni DSM-5 e ICD-10, usualmente utilizzate quale sistema diagnostico di riferimento per i DCA per l'età adolescenziale ed adulta, non sono del tutto adeguate a rilevare le sfumature che caratterizzano questi disturbi in età pediatrica, con la conseguenza di una ridotta capacità di individuazione e di diagnosi precoce. Le forme sono infatti diverse anche se possono evolvere, già in preadolescenza, nelle forme classiche. In ambito clinico vengono abitualmente utilizzati, nella fascia d'età pre-adolescenziale, alcuni criteri diagnostici messi a punto in passato, definiti GOS (Great Ormond Street Criteria), dal nome dell'ospedale londinese dove sono stati valutati (Lask, Bryant-Waugh, 2007), che descrivono i quadri clinici riscontrabili nei primi anni di vita e nell'età pre-puberale¹.

¹ La tabella elenca le patologie descritte secondo i criteri GOS. Per approfondimenti Pinhas, 2017

Criteri "Great Ormond Street"		
Anoressia nervosa a esordio precoce	Fobia del cibo (Disfagia funzionale)	Alimentazione selettiva
Bulimia nervosa a esordio precoce	Disturbo emotivo da rifiuto del cibo	
Disturbo di alimentazione incontrollata ad esordio precoce	Rifiuto del cibo e sindrome di rifiuto pervasivo	

5.2.5 Criteri di accesso ai diversi setting di cura

L'intervento iniziale è mirato a creare i presupposti affinché il soggetto possa intraprendere il percorso terapeutico nelle migliori condizioni psico-fisiche possibili, al fine di evitare setting di cura più intensivi, possa sviluppare, mantenere e consolidare le dinamiche motivazionali al cambiamento e al trattamento, predittori importanti del buon esito delle cure e, nel contempo, possa conservare i contatti con il proprio contesto sociale, educativo o lavorativo.

Il **setting ambulatoriale** rappresenta pertanto il contesto di cura di elezione per i soggetti con disturbi del comportamento alimentare, in quanto offre il vantaggio che l'attuazione del programma terapeutico non interferisce con la permanenza della persona nel proprio contesto di vita.

E' indicato nei soggetti con DCA che presentano una sintomatologia fisica e psicologica sufficientemente stabile e una buona motivazione al trattamento. In caso di sottopeso rilevante è importante che i sintomi siano di recente insorgenza, che vi sia un'alta motivazione al trattamento da parte del soggetto e la presenza del sostegno della famiglia.

La valutazione dell'appropriatezza di un setting di cura più intensivo rispetto a quello ambulatoriale è di tipo clinico, multidimensionale, in quanto non sono disponibili evidenze scientifiche che riconoscano specifici predittori di esito più favorevole con trattamenti riabilitativi eseguiti in setting più intensivi.

In linea generale il trattamento riabilitativo in regime ambulatoriale non è consigliabile qualora sussistano le seguenti condizioni:

- a) mancata risposta o peggioramento con un trattamento condotto, secondo le attuali evidenze scientifiche, in ambito ambulatoriale. E' noto come il mancato miglioramento durante i primi mesi di cura sia predittivo di un fallimento del trattamento. Non vi sono però indicazioni su quale sia il periodo da considerare limite per definire un trattamento ambulatoriale come non efficace; pur con una variabilità individuale e l'opportunità di considerare l'esito del trattamento caso per caso, indicativamente si possono considerare le 12 settimane di cura ambulatoriale (*Quaderni del Ministero della Salute 2013*);
- b) rischio fisico che rende non appropriato il trattamento ambulatoriale, come ad esempio un BMI estremamente basso, una rapida e costante perdita di peso, condotte compensatorie molto frequenti (vomito autoindotto, uso improprio di lassativi/diuretici/insulina ecc);
- c) rischio psichiatrico che rende non appropriato il trattamento ambulatoriale, come ad esempio la frequenza di episodi di autolesionismo grave o un rischio suicidario, uso continuativo di sostanze, comorbidità psichiatrica acuta, ecc;
- d) difficoltà psicosociali che ostacolano il trattamento ambulatoriale, come ad esempio un ambiente familiare problematico (presenza di altri componenti con DCA, dipendenza da sostanze o altro disturbo psichiatrico, abuso fisico, emotivo, sessuale, ecc.).

L'accesso ad un **Centro diurno** è indicato per quei soggetti che non hanno risposto ad un trattamento ambulatoriale condotto secondo evidenze, che hanno difficoltà a modificare le loro condotte alimentari con la terapia ambulatoriale standard e che possono contare sulla presenza di un contesto familiare collaborativo. Rispetto a livelli di cura più intensivi ha il vantaggio di consentire al paziente di continuare ad affrontare il suo disturbo in una situazione non molto dissimile da quella della vita ordinaria, a volte con gli stessi terapeuti che hanno praticato la terapia ambulatoriale, evitando così l'interruzione della relazione terapeutica.

Il trattamento è limitato nel tempo ed è mirato a superare gli ostacoli responsabili dello scarso/nullo progresso con la terapia ambulatoriale. Nelle fasi finali del programma terapeutico, il paziente è incoraggiato a consumare sempre più pasti al di fuori dalla struttura e il trattamento gradualmente evolve nella terapia ambulatoriale.

L'accesso ad un **programma residenziale** è appropriato nelle condizioni di inefficacia o inappropriatezza del trattamento ambulatoriale e del trattamento in regime semiresidenziale per la presenza di rischio fisico, psichiatrico o difficoltà psicosociali.

La prosecuzione del trattamento riabilitativo in un setting residenziale, dopo un ricovero ospedaliero (passaggio a livello inferiore d'intensità di cure) può essere considerata nei casi in cui i trattamenti in regime ambulatoriale o semiresidenziale siano ancora prematuri sulla base della valutazione clinica integrata. Il passaggio di setting costituisce un momento particolarmente delicato per il paziente ed è ad alto rischio di destabilizzazione. Ne consegue che il percorso, gli obiettivi e gli interventi devono essere concordati tra equipe inviante ed equipe ricevente e programmato in tempi tali da garantire la continuità di trattamento.

Il **ricovero ospedaliero** trova indicazione qualora si riscontrino situazioni di alto rischio medico o psichiatrico. L'obiettivo prioritario non è quello riabilitativo, bensì quello di correggere le alterazioni elettrolitiche, nutrizionali e metaboliche e di intervenire sulle condizioni psicofisiche in stato di acuzie. Si tratta quindi di un intervento "salvavita" che va riservato nelle situazioni di seria compromissione psicofisica ed è limitato al tempo necessario alla gestione dell'acuzie.

La malnutrizione grave, la disidratazione, le alterazioni elettrolitiche, le aritmie cardiache, l'instabilità dei parametri vitali, le complicanze metaboliche, renali, epatiche o le condizioni psicopatologiche acute quali le ideazioni suicidarie, autolesionismo grave e la psicosi acuta sono criteri per una rapida ospedalizzazione.

La decisione di ricorrere al setting ospedaliero deriva da una valutazione globale della situazione clinica del paziente, dalla presenza di dati di laboratorio indicanti una situazione ad alto rischio quoad vitam o dalla presenza di un rischio psichiatrico acuto. I parametri descritti nella tabella 12 sono indicatori di gravità e richiedono un intervento medico d'emergenza. Si evidenzia come quelle riportate nella tabella, siano indicazioni di massima che non sostituiscono la necessità di una valutazione e decisione clinica caso per caso.

TABELLA 12: Indicatori di rischio fisico e psichico differenziati per età con riferimenti della letteratura scientifica

	INDICATORI	Quaderni Ministero Salute 2013	Linee Guida NICE 2004*	Linee Guida Australian e New Zealand 2014**
ETA' ADULTA	BMI <13 Kg/m ²	<13 Kg/m ²	<13-15 Kg/m ² calo peso/sett.>1-0,5 kg	< 12-14 Kg/m ² rapido calo di peso
	Aritmie cardiache, FC < 40 bpm	FC < 40 bpm QT > 450 sec polso aritmico	FC < 40-50 bpm QT allungato	≤ 40 o >120 bpm o tachicardia posturale >20/min ECG aritmie QT lungo, ST o T alterati
	PA < 80/50 mmHg	PA < 80/50	< 80/50; < 90/60 Calo posturale > 20-10	Sistolica < 80-90 Calo posturale > 20-10 mmHg
	Glicemia < 50 mg/dl	< 50		< 2,5 mmol/L/ ipoglicemia
	Potassiemia < 3mEq/L o altri squilibri elettrolitici	K < 2,5 mEq/L Na < 130 mEq/L	K < 2,5; Na < 130; P <0,5 /preoccupazione per valori fuori range	< 3 mmol/L /ipoK Na < 125-130 mmol/L IpoMg, ipoP
	Ipotermia	< 34,5°C	< 34.5-35°C	< 35-35.5°C
	Disidratazione			
	Complicanze mediche gravi (es. insufficienza epatica, renale o cardiovascolare)		Alterazioni muscolo scheletriche (squat test)	Compl. renali, epatiche, ipoalbuminemia, neutropenia/ideazione suicidaria, autolesionismo in atto, moderata o alta agitazione e distress
	Cause psichiatriche (es. elevato rischio suicidario, autolesionismo, psicopatologia acuta)			

	INDICATORI	Quaderni Ministero Salute 2013	Linee Guida NICE 2004*	Linee Guida Australian e New Zealand 2014**
ETA' EVOLUTIVA	Perdita di peso severa (< 75% del peso ideale)			< 75% del peso ideale o rapida perdita di peso
	Bradycardia, aritmia			FC < 50, aritmie Tachicardia posturale > 20/min; Allungamento QT
	PA < 80/50 mmHg			PA < 80/50
	Ipotensione ortostatica (diminuzione della PA > 10-20 mmHg)			Ipotensione posturale > 20 mm
	Ipopotassemia o altre alterazioni elettrolitiche			ipoK
	Ipglicemia			
	Ipotermia			< 35.5°C
	Disidratazione			
	Complicanze mediche gravi			Neutropenia DCA incontrollato Fallimento altri trattamenti
	Cause psichiatriche (es. rischio suicidario, autolesionismo, psicopatologia acuta)			Severa comorbidità psichiatrica

Tratto da: Linee guida NICE 2004, Quaderni del Ministero salute 2013; Linee guida Royal Australian and New Zealand Collage 2014

* i valori si riferiscono al rischio alto e moderato

** i due valori, qualora indicati, fanno riferimento alle indicazioni date dalle LG per considerare rispettivamente un ricovero presso reparti medici per rischio fisico molto alto o presso reparti psichiatrici di adulti

Il ricovero in reparti internistici è indicato qualora vi sia un quadro di grave malnutrizione, squilibri metabolici e/o complicanze mediche cardiovascolari, metaboliche ecc., tali da configurarsi come rischio clinico grave per il paziente. E' necessario che nel setting di ricovero in reparto internistico siano disponibili competenze specifiche sia per la rialimentazione, con attento monitoraggio delle condizioni cliniche, che per gli interventi psicologici (NICE 2004).

In età evolutiva in presenza di elevato rischio suicidario, casi di autolesionismo grave o di psicopatologia acuta è indicato il ricovero presso la NPJA ospedaliera, in età adulta si fa riferimento ai CSM ed SPDC.

Al termine del ricovero devono essere attivate le procedure per garantire la continuità assistenziale all'interno della rete per i DCA.

5.3 L'INTERVENTO TERAPEUTICO-RIABILITATIVO

5.3.1 Principi generali

I principi generali del trattamento terapeutico riabilitativo integrato per i DCA, di seguito riportati, fanno riferimento alle più recenti linee guida (Hay 2014, Yager 2012) e prevedono:

a) **Approccio multidisciplinare, graduale, senza interruzioni ed orientato al recupero**

L'approccio multidisciplinare e multiprofessionale integrato garantisce al paziente una terapia combinata medica, dietetica e psicologica atta a massimizzare la possibilità di recupero. Gli operatori del team operano in sinergia secondo modelli organizzativi che garantiscano al soggetto con DCA e alla sua famiglia, facilità ed equità di accesso. Poiché le cure comprendono opzioni terapeutiche in diversi contesti di cura, quali il setting ambulatoriale, i Centri Diurni, le strutture residenziali e l'ospedale, gli specialisti stabiliscono dei collegamenti codificati tra i diversi setting, ivi comprese le cure primarie per garantire la continuità di cura. Ove possibile, il trattamento dovrebbe essere offerto nel setting meno restrittivo possibile in rapporto ai bisogni del soggetto.

La cura dei pazienti con DCA dovrebbe promuovere il recupero (*recovery*), massimizzando l'auto-determinazione e l'auto-monitoraggio. Il percorso terapeutico dovrebbe fornire un supporto psicosociale al paziente, ma anche alla sua famiglia, al fine di raggiungere i migliori risultati possibili.

b) **Alleanza terapeutica**

Le opzioni terapeutiche, basate sull'evidenza scientifica e centrate sui bisogni della persona, dovrebbero essere discusse con il paziente e, ove possibile, con la sua famiglia, al fine di prendere una decisione condivisa.

La realizzazione di una buona alleanza terapeutica e la condivisione tra operatori, paziente e familiari di un piano terapeutico che definisca le priorità e il setting dell'intervento costituisce un prerequisito indispensabile ai fini dell'efficacia del trattamento. L'instaurarsi di un'alleanza terapeutica può risultare difficile per le caratteristiche peculiari della struttura di personalità dei soggetti affetti da DCA e per l'atteggiamento spesso ambivalente nei confronti della cura. Molte persone con DCA manifestano paura nell'interrompere le loro abitudini alimentari disfunzionali, negano la malattia, non considerando il loro disturbo un problema o non sono consapevoli della gravità dei sintomi presentati. Studi della letteratura dimostrano infatti come solo una bassa percentuale di pazienti si rivolga direttamente al curante e alle strutture specialistiche per il DCA.

E' un delicato compito del terapeuta adottare una metodologia di approccio coinvolgente e motivante e favorire l'instaurarsi di un rapporto di fiducia e collaborazione attraverso un atteggiamento non giudicante, inclusivo, empatico e non minaccioso, premesse indispensabili al successo del progetto terapeutico. Il supporto psico-educativo dei familiari si è dimostrato efficace nel migliorare l'alleanza terapeutica (*Treasure 2008*).

Offrire diverse opzioni terapeutiche potrebbe favorire la compliance del paziente e la continuità della cura. In alcuni casi è necessario effettuare un trattamento rifiutato dal paziente, specie nelle situazioni che possono essere fatali, e, in tali evenienze, devono essere prese in considerazione le ripercussioni sull'alleanza terapeutica. A riguardo, molti dei pazienti trattati senza consenso, accettano successivamente la necessità del trattamento e rimangono agganciati all'alleanza terapeutica (*Carney 2007; Guarda 2007; Tan 2010; Watson 2000*).

c) Coinvolgimento della famiglia

La famiglia è sempre coinvolta nel percorso terapeutico del minore e questo è auspicabile anche per i soggetti adulti, a meno di chiare controindicazioni o di mancato consenso della persona. Dato il considerevole carico sui membri della famiglia è importante fornire loro informazioni esaustive e un supporto appropriato.

d) Progetto terapeutico-riabilitativo e obiettivi

La definizione del piano terapeutico-riabilitativo è il risultato di un percorso valutativo da parte dell'equipe multidisciplinare specialistica, adeguatamente formata, e deriva dalla valutazione di diversi elementi quali l'età del paziente, la tipologia di disturbo alimentare, la sua durata e gravità, le condizioni cliniche, gli indici di funzionalità di organi e apparati, il profilo psicopatologico, compresa la motivazione al trattamento, le eventuali comorbidità, la storia pregressa di altri trattamenti per DCA, le dinamiche familiari e di contesto.

Prevede l'integrazione di interventi di tipo medico, riabilitativo nutrizionale, psicoterapico e farmacologico effettuati secondo le più recenti evidenze scientifiche e mirati al raggiungimento degli obiettivi di seguito sintetizzati, obiettivi che possono trovare diversa declinazione a seconda del tipo di DCA:

Obiettivi medici:

- Stabilizzazione dei parametri clinici e di laboratorio con riduzione del rischio fisico;
- diagnosi e trattamento delle complicanze mediche;
- recupero e stabilizzazione del peso (nell'AN);
- alimentazione adeguata (riduzione/sospensione degli episodi di alimentazione incontrollata e dei metodi di compenso - vomito, abuso di lassativi, diuretici, iperattività);
- normalizzazione dei pattern alimentari, normale percezione della fame e della sazietà;
- ripristino del ciclo mestruale (nell'AN) in modo naturale come conseguenza fisiologica di una riabilitazione nutrizionale adeguata;
- prevenzione delle ricadute.

Gli *obiettivi nutrizionali* sono diversi per gli specifici DCA e vanno declinati nel breve-medio e lungo termine.

Obiettivi psicologici:

- riduzione della presenza di pensieri disfunzionali;
- riduzione della distorsione dell'immagine corporea;
- consapevolezza di malattia;
- motivazione al trattamento e accettazione del cambiamento;
- sostegno ed informazione ai familiari;
- miglioramento degli aspetti psicopatologici di base;
- aumento del livello di autostima;
- miglioramento degli aspetti socio-relazionali;
- reinserimento sociale;
- ripresa/mantenimento di un'attività di studio/lavorativa.

5.3.2 Intervento riabilitativo nutrizionale

Gli interventi nutrizionali sono individualizzati e mirati allo specifico disturbo del comportamento alimentare. Possono prevedere che il paziente consumi i pasti alla presenza di un operatore, l'utilizzo di supplementi nutrizionali orali in rapporto al grado di carenza nutrizionale e la nutrizione artificiale indicata in pazienti gravemente malnutriti.

Qualora sia necessario il ricorso alla nutrizione artificiale, particolare attenzione va posta, in ambiente ospedaliero, alla sindrome da rialimentazione, complicanza medica potenzialmente fatale, caratterizzata dall'iperinsulinemia causata da una rialimentazione aggressiva dopo un lungo periodo di digiuno, con conseguente possibile rapido calo di potassio, fosfato, magnesio (*Kohn 2011*). La ripresa dell'alimentazione va pertanto affidata ad un'equipe con competenze specifiche e attentamente monitorata.

5.3.3 Intervento psicoterapico

Gli interventi psicoterapici sono una parte essenziale del trattamento e vanno programmati una volta superata la fase di malnutrizione, quando è in atto il recupero del peso e si è raggiunto uno stato fisico adeguato che favorisca le capacità cognitive necessarie (*Yager 2012*). Precedentemente, nella fase della malnutrizione, è comunque necessario un sostegno psicologico che favorisca la costruzione di una adeguata motivazione.

Le scarse evidenze in letteratura, dovute ai limiti degli studi, alla bassa numerosità delle casistiche, allo scarso potere statistico e spesso alla difficoltà di misurare gli esiti dei diversi trattamenti, rendono il confronto tra i diversi tipi di psicoterapia molto difficili. Non vi è pertanto, al momento, consenso sulla superiorità di un trattamento psicoterapico rispetto ad un altro.

I trattamenti psicoterapici tengono conto delle evidenze scientifiche ed è importante che siano individualizzati e contestualizzati al tipo di disturbo, all'età, alle eventuali comorbidità psichiatriche e al contesto familiare e sociale del soggetto con DCA (*NICE 2004; Kell and Haedt, 2008, Watson 2012, Hay 2013, Lock 2015, Hay 2014, Quaderni Ministero Salute 2013, Yager 2012, Berkman 2006, Campbell 2014*).

5.3.4 Trattamento farmacologico

L'unica indicazione evidence-based in campo farmacologico riguarda l'utilizzo della fluoxetina nell'adulto per il trattamento della **BN**. La fluoxetina è il farmaco meglio studiato e l'unico approvato in Italia con questa indicazione.

Per quanto riguarda l'eventuale ricorso ad interventi farmacologici nel **BED**, alcune linee guida supportano l'utilizzo degli inibitori selettivi del reuptake della serotonina (*Yager 2012, Hay 2014, NICE 2004*).

Allo stato attuale delle conoscenze, non c'è indicazione all'utilizzo di farmaci come unico trattamento o come trattamento primario dell'**AN**. Il ricorso alla terapia farmacologica può avere la finalità di controllare la comorbidità psichiatrica associata o di contribuire alla risoluzione di sintomi specifici e va considerato all'interno di un percorso di presa in carico integrata che preveda la contemporanea offerta di interventi nutrizionali e psicoterapeutici.

L'eventuale impiego di psicofarmaci per condizioni di severa comorbidità, va attentamente valutata caso per caso, in quanto alcuni sintomi potrebbero essere secondari alla condizione di malnutrizione e risolversi con l'aumento del peso. La vulnerabilità fisica delle persone con AN, impone molta cautela nell'uso di farmaci (ad esempio quelli che prolungano l'intervallo QT), in quanto si tratta di soggetti a maggior rischio di effetti indesiderati (in particolare quelli cardiologici) (*NICE, 2004, Hay 2014*).

Non ci sono sufficienti evidenze per raccomandare l'utilizzo di psicofarmaci in minori con anoressia nervosa. L'eventuale prescrizione di ansiolitici e antidepressivi per migliorare i sintomi deve essere valutata con estrema cautela (*Hay 2014*).

5.4.1 Valutazione degli esiti

Come già precedentemente evidenziato, il DCA può richiedere tempi lunghi di trattamento, può cronicizzare, recidivare e i sintomi psichiatrici (ansia, disturbi ossessivi, disturbo bipolare, abuso di sostanze, depressione, disturbo di personalità), qualora presenti, possono permanere a lungo anche dopo la remissione della patologia alimentare.

Pertanto, il concetto di “guarigione”, problematico di per sé, nel caso dei DCA mostra tutta la sua fragilità perché *“il disturbo psichico non è una malattia che cambia il corso dell'esistenza, ma è il cambiamento stesso dell'esistenza; è un'esperienza, un pezzo di vita, una crisi e una vicenda che mutano una persona ... possiamo autorizzarci probabilmente ad utilizzare il termine guarigione anche nei casi in cui nel paziente, pur persistendo negli anni il desiderio anoressico o uno schema di autovalutazione disfunzionale basato sul controllo del peso, corpo e alimentazione, questi non utilizza nessuna strategia cognitiva o comportamentale disfunzionale per metterlo in atto”* (tratto da Linee guida regione Umbria 2013)

I dati ad oggi disponibili indicano che i principali segnali positivi di una guarigione stabile sembrano essere rappresentati da:

- un aumento in positivo dell'autostima;
- una migliore accettazione della propria immagine corporea;
- la normalizzazione del peso (raggiungimento del peso ideale) con il ritorno delle normali funzioni biologiche;
- una drastica riduzione e successiva eliminazione dei comportamenti disfunzionali.

Malgrado la normalizzazione del peso corporeo, possono residuare anomalie del pattern alimentare, il rapporto con il cibo può rimanere alterato a lungo con restrizioni caloriche, costante preoccupazione per il peso e crisi bulimiche e possono mantenersi le irregolarità mestruali.

Il follow-up è a cura dal servizio ambulatoriale di riferimento in collaborazione con il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta, alla cui assistenza progressivamente il paziente migliorato dovrebbe essere riaffidato. Comprende la valutazione di tre macro aree:

- esiti di cura (presenza di comportamenti disfunzionali);
- equilibrio nutrizionale: peso (BMI), comportamento alimentare e stato nutrizionale (le informazioni dovrebbero essere raccolte non solo dal paziente, ma anche dalla famiglia e utilizzando i parametri biochimici ed ematologici). Nel caso di soggetti in età evolutiva va sempre considerato, come parametro di esito, la curva di accrescimento staturo-ponderale e l'accrescimento osseo;
- equilibrio psicopatologico: valutazione della presenza di sintomi sentinella (es. sonno, ansia, umore deflesso e livello di socializzazione).

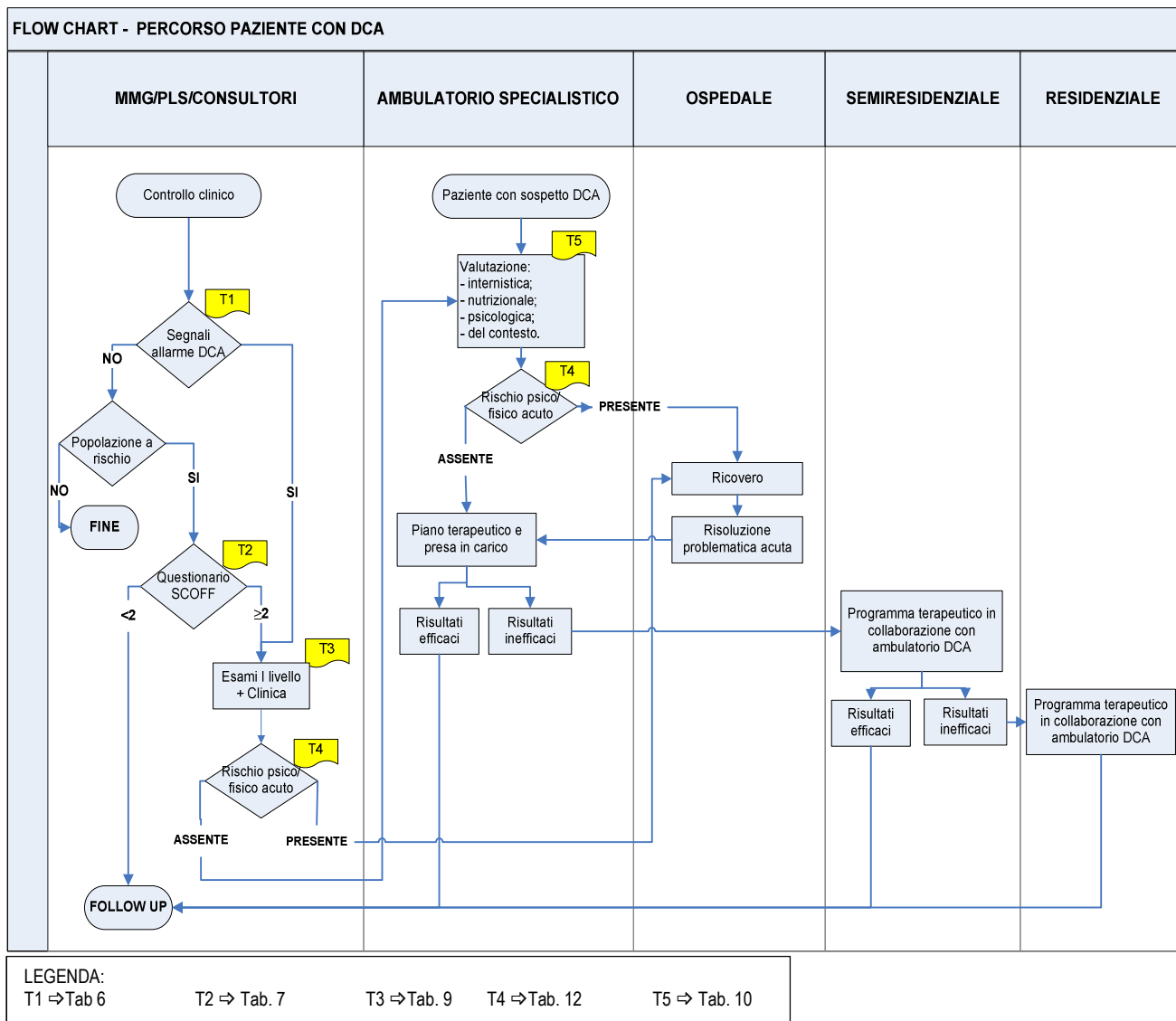
Un follow-up attento, anche se discreto, deve essere considerato in particolare per i pazienti più giovani, in quanto la remissione sintomatica li immette comunque nella turbolenza della fase adolescenziale. Va mantenuto un livello di comunicazione tra i servizi e la famiglia, sia per valutarne le dinamiche interne che per allentare la pressione sull'adolescente, in modo da evitare identificazioni con la patologia.

5.4.2 Transizione delle cure

Per i soggetti ancora in carico al raggiungimento della maggiore età, si prevede un graduale e condiviso passaggio ai Servizi specialistici DCA per l'età adulta. Si tratta di una fase molto delicata che si svilupperà secondo tempi e modalità concordate tra le due equipe, tenendo conto dei bisogni del soggetto.

Ogni Azienda del SSR provvederà alla formalizzazione di percorsi codificati e condivisi per la transizione delle persone con DCA da Servizi per le cure in età pediatrica (NPIA) a servizi per le cure in età adulta (ambulatori specialistici DCA).

La flow-chart del percorso è sintetizzata di seguito.



6. DCA E OBESITÀ

L'obesità rappresenta uno dei principali problemi di salute pubblica a livello mondiale sia perché la sua prevalenza è in costante aumento, sia perché è un importante fattore di rischio per varie malattie croniche (ad es. diabete tipo II, ipertensione arteriosa, s. metabolica, osteoartrosi ecc) e si associa ad un rischio aumentato di ridotta aspettativa di vita. E' una condizione caratterizzata da un eccessivo accumulo di grasso corporeo causato nella maggior parte dei casi da stili di vita scorretti: da una parte, un'alimentazione ipercalorica e dall'altra un ridotto dispendio energetico a causa di inattività fisica. Si tratta pertanto di una condizione ampiamente prevenibile.

Rappresenta una comorbidità comune nelle persone affette da disturbo da alimentazione incontrollata e si può osservare anche in persone con bulimia. Può precedere la comparsa del DCA e, nel caso, può rappresentare un fattore di rischio per la loro insorgenza, o essere la conseguenza degli episodi bulimici.

I disturbi del comportamento alimentare e l'obesità quando coesistono tendono ad interagire negativamente e a rendere più complesso il trattamento. I risultati degli studi della letteratura non sono concordi nel definire quale strategia terapeutica sia più efficace. Vi è però consenso nel ritenere opportuna la presa in carico di questi soggetti da parte di un'equipe multidisciplinare e multiprofessionale con competenze sia rivolte agli aspetti psicopatologici del DCA, sia alle complicità mediche associate all'obesità e una stretta interazione tra i centri che si occupano di DCA e quelli di cura per l'obesità.

7. FORMAZIONE E RICERCA

Quello della ricerca clinica è uno degli ambiti di maggiore rilevanza teorica, con ricadute che devono essere traslabili alla pratica clinica. La ricerca nell'ambito dei DCA può riguardare diversi filoni ed essere finalizzata alla:

- a) prevenzione dei fattori di rischio. Gli studi sono orientati all'identificazione degli elementi che si associano ad una probabilità più elevata, rispetto alla norma, di insorgenza di DCA e all'individuazione delle strategie di prevenzione più efficaci, in genere in ambito scolastico (*Stice 2008, Yager 2013*);
- b) analisi di aspetti speculativi sulla genesi dei disturbi o sui correlati biologici dei DCA. La ricerca di questo tipo si è focalizzata sul rischio genetico (*Shih 2016*), sulle evidenze provenienti dalla risonanza magnetica (*Frank 2015, Gaudio 2016*), sui correlati neurocognitivi (*Kanakam 2013*), sul ruolo della famiglia nella genesi e nel mantenimento dei disturbi (*Treasure 2008*);
- c) validazione di strumenti psicodiagnostici in grado di individuare e misurare aspetti psicopatologici specifici o correlati ad essi (*Túry 2010; Burton 2016*);
- d) valutazione dell'efficacia di specifici trattamenti psicosociali o farmacologici (*Abbate-Daga 2016; Dalle Grave 2016; Miniati 2016*);
- e) analisi epidemiologica dei DCA in determinate aree geografiche (*Kolar 2016, Keski-Rahkonen 2016, Thomas 2016*).

7.1 L'osservatorio epidemiologico

Il Decreto 1200/2013 individua la Clinica Psichiatrica dell'ASUI di Udine e la l'IRCCS Burlo Garofolo quali strutture cui affidare la funzione regionale di osservatorio epidemiologico e di indirizzo formativo degli operatori, in stretta collaborazione con la Direzione centrale salute, con i Dipartimenti di salute mentale e con i servizi di NPIA.

L'opportunità di acquisire informazioni sulla dimensione della fenomeno nella nostra regione e di monitorare indicatori di processo ed esito permette di modulare e orientare l'offerta assistenziale sui reali bisogni dei soggetti con DCA. Si ritiene pertanto prioritario l'avvio di indagini di tipo epidemiologico di cui al punto e), tramite il coordinamento degli osservatori epidemiologici dell'adulto e dell'infanzia, già attivati. L'uso di strumenti comuni e di una progettualità condivisa potrebbe poi favorire ricerche riguardanti la validazione di strumenti diagnostici, di cui al punto c) e la valutazione di specifici trattamenti (punto d).

Indagini di customer satisfaction potranno essere promossi per evidenziare le aspettative e i bisogni degli utenti.

7.2 La formazione

Programmi di formazione specifica dovrebbero essere rivolti a tutti gli operatori impegnati nel percorso di prevenzione, diagnosi e presa in cura dei soggetti con DCA. In particolare programmi di formazione per i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta potrebbero consentire di migliorare il riconoscimento dei segnali di allarme per DCA e portare ad una diagnosi precoce. Le articolazioni della rete, i punti e le modalità di accesso devono essere a conoscenza dei MMG e PLS per facilitare i percorsi di cura e la continuità assistenziale per i soggetti con DCA.

8. MONITORAGGIO E VERIFICA

In una prima fase di applicazione vengono individuati gli indicatori di seguito specificati, che potranno essere incrementati in tempi successivi con indicatori di processo ed esito:

- identificazione in ogni Azienda di un ambulatorio specialistico per DCA rivolto a persone in età adulta
- identificazione di un referente aziendale DCA adulti
- attivazione di almeno tre Centri diurni per DCA adulti e minori.
- identificazione in ogni Azienda di un ambulatorio specialistico DCA per minori
- identificazione di un referente aziendale DCA minori
- avvio delle attività degli Osservatori epidemiologici adulti/minori rispettivamente presso la Clinica Psichiatrica – ASUIUD e l'IRCCS Burlo Garofolo.

Punti chiave:
I disturbi del comportamento alimentare sono uno dei problemi di salute più comuni tra gli adolescenti e giovani adulti nei Paesi industrializzati.
I DCA nel tempo si allontanano dal costituire un disturbo "di genere", con progressivo aumento del riscontro del disturbo nei maschi. Dati recenti suggeriscono un rapporto maschi/femmine pari a 1: 4.
L'età di esordio del disturbo mostra una tendenza alla riduzione con insorgenza anche in età pre-adolescenziale.
L'anoressia nervosa rappresenta la malattia psichiatrica a più alto tasso di mortalità (stime fino al 10%) e negli adolescenti di sesso femminile è la seconda causa di morte dopo gli incidenti stradali.
I DCA se non trattati adeguatamente possono avere un andamento cronico con frequenti ricadute.
Si caratterizzano per elevati tassi di comorbidità psichiatrica anche in età evolutiva, quando condotte devianti e uso di sostanze ne possono compromettere pesantemente l'evoluzione.
In adolescenza, si può riscontrare un continuum tra bulimia e anoressia e viceversa e la frequente transizione da un disturbo ad un altro. Più precoce è l'età di esordio del DCA, più il disturbo è grave e prima può avvenire la cronicizzazione.
La presa in carico del minore con DCA presenta specificità legate a fattori quali le conseguenze del disturbo sul processo di sviluppo psicofisico, la necessità di personalizzare il trattamento in base all'età e il coinvolgimento nel percorso di cura dei genitori o del tutore legale.
L'esito è più favorevole in assenza di una grave emaciazione (BMI >17), in assenza di complicanze mediche, qualora vi sia una forte motivazione al cambiamento e in presenza di una famiglia supportiva e di amici che non favoriscono il comportamento anomalo.
I programmi di prevenzione attualmente prediligono interventi selettivi mirati a rafforzare i fattori di protezione individuale, ossia quegli elementi che sostengono favorevolmente un normale ed armonico sviluppo dell'individuo.
La presa in carico deve essere multidimensionale, interdisciplinare e multiprofessionale integrata per garantire la molteplicità dei contesti, la continuità di cura e per ridurre le probabilità di cronicizzazione del disturbo.
La rete integrata dei servizi vede il coinvolgimento dei pediatri di libera scelta e dei medici di medicina generale, gli ambulatori specialistici, i centri diurni, le strutture residenziali, gli ospedali, i dipartimenti di salute mentale, i servizi distrettuali, i dipartimenti di prevenzione, i servizi delle dipendenze, i servizi sociali, la scuola e le associazioni.
Il medico di medicina generale e il pediatra di libera scelta svolgono un ruolo essenziale nel percorso di cura, in particolare nella prevenzione, identificazione precoce, invio e collaborazione con i centri specialistici DCA e follow-up.
Gli ambulatori specialistici DCA costituiscono il setting di elezione per i soggetti affetti.
Il trattamento presso i Centri diurni è indicato per quei soggetti che non hanno risposto ad un trattamento ambulatoriale condotto secondo evidenze, che hanno difficoltà a modificare le loro condotte alimentari con la terapia ambulatoriale standard e che possono contare sulla presenza di un contesto familiare collaborativo.
La riabilitazione in strutture residenziali è riservata ai pazienti che non hanno risposto ai trattamenti ambulatoriali o semiresidenziali o che presentano situazioni fisiche, psichiatriche o di difficoltà psicosociali e di contesto che rendono inappropriato il trattamento ambulatoriale e semiresidenziale.
Il ricovero ospedaliero è limitato alla gestione in acuzie del rischio fisico e/o psichiatrico.
I servizi dedicati all'età adulta e quelli rivolti all'età evolutiva operano in sinergia per facilitare la transizione della presa in cura dall'età pediatrica a quella adulta.
L'associazionismo presente nel territorio e le associazioni di familiari, quali attori della rete per i DCA, supportano le persone con DCA e le loro famiglie, collaborano a programmi di sensibilizzazione e informazione e si interfacciano con i servizi specialistici DCA.
Il trattamento terapeutico riabilitativo integrato per i DCA prevede un approccio multiprofessionale e multidisciplinare, graduale, senza interruzioni ed orientato al recupero (recovery); la famiglia è sempre coinvolta nel percorso terapeutico del minore e questo è auspicabile anche per i soggetti adulti.
Gli interventi nutrizionali sono individualizzati e mirati allo specifico disturbo del comportamento alimentare.
Gli interventi psicoterapici sono una parte essenziale del trattamento e vanno programmati una volta superata la fase di malnutrizione; nella fase della malnutrizione, è comunque necessario un sostegno psicologico che favorisca la costruzione di una adeguata motivazione al trattamento.
Il trattamento deve essere individualizzato, mirato al tipo di DCA, all'età e alle eventuali comorbidità psichiatriche.
Il disturbo del comportamento alimentare può richiedere tempi lunghi di trattamento, può cronicizzare, recidivare e i sintomi psichiatrici qualora presenti, possono permanere a lungo anche dopo la remissione della patologia alimentare.
Il follow-up è a cura del servizio ambulatoriale di riferimento in collaborazione con il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta, alla cui assistenza il paziente migliorato dovrebbe essere progressivamente riaffidato.
I piani di formazione continua degli operatori devono dedicare attenzione ai DCA ed in particolare alla prevenzione, identificazione precoce dei segnali di allarme, alla diagnosi precoce. La rete di offerta dei servizi e i percorsi di cura devono essere noti ai PLS e MMG.
La completa attivazione degli Osservatori epidemiologici per l'età adulta e per l'età evolutiva potrà fornire dati affidabili di incidenza, prevalenza ed esito.
L'implementazione di sistemi informatici "user friendly" dialoganti tra loro rappresenta un elemento fondamentale ai fini di monitoraggio, verifica, programmazione e ricerca.
La ricerca va prioritariamente indirizzata, nella realtà regionale, ad indagini epidemiologiche per meglio definire e monitorare il fenomeno, anche attraverso l'attivazione degli osservatori epidemiologici per adulti e minori.

ACRONIMI

AAS	Azienda per l'Assistenza Sanitaria	ESEMED	European Study on the Epidemiology of Mental Disorders
AN	Anoressia nervosa	FAD	Family Assessment Device
APA	American Psychiatric Association	FCQ-ED	Family coping questionnaire for eating disorders
ASUI	Azienda Sanitaria Universitaria Integrata	ICD	Classificazione Internazionale delle Malattie
BED	Binge Eating Disorder - Disturbo alimentazione incontrollata	IRCCS	Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico
BMI	indice di massa corporea	LR	Legge Regionale
BN	Bulimia nervosa	MMG	Medici di medicina generale
BUT	Body Uneasiness Test	MMPI-A	Minnesota multiphasic personality inventory-adolescent
CAT	Children Apperception Test <8 anni	NPJA	Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza
CBCL	Child Behavior Checklist	OMS	Organizzazione Mondiale della Sanità
CSM	Centro di Salute Mentale	OSS	Operatore socio sanitario
DANAS	Disturbi alimentazione non altrimenti specificati	PLS	Pediatri di libera scelta
DCA	Disturbi Comportamento Alimentare	K-SADS-PL	Kiddie-Sads-Present and Lifetime -Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia
DSM	Dipartimento di Salute Mentale	SAFA	Self Administrated Psychiatric Scales for Children and Adolescents (8-18 anni)
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders -5	SCID	Structured Diagnostic Interview for DSM IV
EAT	Eating Attitudes Test	SCL	Symptom Checklist
EDE	Eating Disorder Examination	SOC	Struttura Operativa Complessa
EDI	Eating Disorder Inventory	SPDC	Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura
		TAT	Thematic Apperception Test >8 anni

BIBLIOGRAFIA

- Abbate-Daga G, Marzola E, Amianto F, Fassino S: *A comprehensive review of psychodynamic treatments for eating disorders*. Eat Weight Disord. 2016;21(4):553-580.
- Berkman ND, Bulik CM, Brownley KA, et al: *Management of eating disorders*. Evid Rep Technol Assess (Full Rep). 2006;(135):1-166.
- Berkman ND, Brownley KA, Peat CM, et al: *Management and Outcomes of Binge-Eating Disorder. Comparative Effectiveness Review No. 160*. AHRQ Publication No. 15(16)-EHC030-EF. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; December 2015.
- Bravender T, Bryant-Waugh R, Herzog D, et al: *Workgroup for Classification of Eating Disorders in Children and Adolescents: Classification of eating disturbance in children and adolescents: proposed changes for the DSM-V*. Eur Eat Disord Rev. 2010 Mar;18(2):79-89.
- Brooks SJ, Rask-Andersen M, Benedict C, Schiöth HB: *A debate on current eating disorder diagnoses in light of neurobiological findings: is it time for a spectrum model?* BMC Psychiatry 2012; 12: 76.
- Bulik CM, Berkman ND, Brownley KA, et al: *Anorexia nervosa treatment: A systematic review of randomized controlled trials*. International Journal of Eating Disorders 2007; 40: 310–320.
- Burton AL, Abbott MJ, Modini M, Touyz S: *Psychometric evaluation of self-report measures of binge-eating symptoms and related psychopathology: A systematic review of the literature*. Int J Eat Disord. 2016 Feb;49(2):123-40.
- Brownley KA, Berkman ND, Peat CM, et al: *Binge-Eating Disorder in Adults: A Systematic Review and Meta-analysis*. Ann Intern Med. 2016 Sep 20;165(6):409-20.
- Campbell K, Peebles R: *Eating Disorders in Children and Adolescents: State of the Art*. Review. Pediatrics 2014; 134: 582-92.
- Carney T, Tait D and Touyz S: *Coercion is coercion? Reflections on trends in the use of compulsion in treating anorexia nervosa*. Australasian Psychiatry 2007; 15:390–95.
- Carter JC, Mercer-Lynn KB, Norwood SJ, et al: *A prospective study of predictors of relapse in anorexia nervosa: Implications for relapse prevention*. Psychiatry Research 2012; 200: 518–523.
- Couturier J, Kimber M and Szatmari P: *Efficacy of family-based treatment for adolescents with eating disorders: A systematic review and meta-analysis*. International Journal of Eating Disorders 2013; 46: 3–11.
- Dalle Grave R: *Eating disorders: progress and challenges*. Eur J Intern Med. 2011 Apr;22(2):153-60
- Dalle Grave R, El Ghoch M, Sartirana M, Calugi S: *Cognitive Behavioral Therapy for Anorexia Nervosa: An Update*. Curr Psychiatry. Rep. 2016 Jan;18(1):2.
- Dalla Ragione L: *L'inganno dello specchio. Immagine corporea e disturbi del comportamento alimentare in adolescenza*. Franco Angeli Ed. 2012.
- Epstein NB, Baldwin LM, Bishop DS. *The McMaster family assessment device*. J Marital Fam Ther 1983; 9:171-80.
- Favaro A, Ferrara S, Santonastaso P. *The spectrum of eating disorders in young women: a prevalence study in a general population sample*. Psychosom Med. 2003;65(4):701-8.
- Fiorillo A, Sampogna G, Del Vecchio V, et al: *Development and validation of the Family Coping Questionnaire for Eating Disorders*. Int J Eat Disord. 2015;48(3):298-304.
- Frank GK: *Advances from neuroimaging studies in eating disorders*. CNS Spectr. 2015;20(4):391-400.
- Gaudio S, Wiemerslage L, Brooks SJ, Schiöth HB: *A systematic review of resting-state functional-MRI studies in anorexia nervosa: Evidence for functional connectivity impairment in cognitive control and visuospatial and body-signal integration*. Neurosci Biobehav Rev. 2016;71:578-589.
- Gigantesco A, Masocco M, Picardi A, et al: *Hospitalization for anorexia nervosa in Italy*. Riv Psichiatr. 2010;45:154-62.
- Gonzales A, Kohn MR, Clarke SD: *Eating disorders in adolescents*. Aust Fam Physician. 2007;36(8):614-9.

Guarda A, Pinto A, Coughlin J, et al: *Perceived coercion and change in perceived need for admission in patients hospitalized for eating disorders*. American Journal of Psychiatry 2007; 164: 108-114.

Hay P: *A systematic review of evidence for psychological treatments in eating disorders: 2005-2012*. Inter J Eat Disorders 2013; 46: 462-469.

Hay P, David Chinn D, Forbes D, et al: *Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of eating disorders*. Aust NZ J Psychiatry 2014; 48(11): 1-62.

Hay P, Claudini AM, Touyz S et al: *Individual psychological therapy in the outpatient treatment of adults with anorexia nervosa*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 7.

Kanakam N, Treasure J: *A review of cognitive neuropsychiatry in the taxonomy of eating disorders: state, trait, or genetic?* Cogn Neuropsychiatry. 2013;18(1-2):83-114.

Keel PK, Brown TA: *Update on course and outcome in eating disorders*. Int J Eat Disord 2010; 43: 195-204.

Keel PK and Haedt A: *Evidence-based psychosocial treatments for eating problems and eating disorders*. Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology 2008; 37: 39-61.

Keski-Rahkonen A, Mustelin L: *Epidemiology of eating disorders in Europe: prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors*. Curr Opin Psychiatry. 2016; 29(6):340-5.

Kohn MR, Madden S and Clarke SD: *Refeeding in anorexia nervosa: Increased safety and efficiency through understanding the pathophysiology of protein calorie malnutrition*. Current Opinion in Pediatrics 2011; 23: 390-394.

Kolar DR, Rodriguez DL, Chams MM, Hoek HW: *Epidemiology of eating disorders in Latin America: a systematic review and meta-analysis*. Curr Opin Psychiatry. 2016; 29(6):363-71.

Lask B, Bryant-Waugh R: *Eating disorders in childhood and adolescence*. London, Routledge, 2007.

Lock J: *Evaluation of family treatment models for eating disorders*. Current Opinion in Psychiatry 2011; 24: 274-279.

Lock J, Le Grange D, Agras WS, et al: *Randomized clinical trial comparing family-based treatment with adolescent-focused individual therapy for adolescents with anorexia nervosa*. Arch Gen Psychiatry 2010; 67(10):1025-32.

Lock J. et al.: *Practice parameter for the assessment of children and adolescents with eating disorders*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2015;54(5):412-425.

Miniati M, Mauri M, Ciberti A, Mariani MG, Marazziti D, Dell'Osso L: *Psychopharmacological options for adult patients with anorexia nervosa*. CNS Spectr. 2016; 21(2):134-42.

Montecchi F. In: *I disturbi alimentari nell'infanzia e nell'adolescenza. Comprendere, valutare e curare*. Ed. Franco Angeli 2^a ed. 2016.

Morgan, JF, Reid, Lacey, JH: *The SCOFF questionnaire: a new screening tool for eating disorders*. Western Journal of Medicine, 2000; 172:164-165.

National Institute for Clinical Excellence (NICE): *Eating Disorders: Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and related eating disorders*. In NICE (ed). 2014. National Clinical Practice Guideline CG9. London: British Psychological Society and Gaskell.

Nicholls D, Hudson L, Mahomed F: *Managing anorexia nervosa*. Arch Dis Child 2011; 96:977-982.

Nicholls D, Lynn R, Russell M, Viner R: *Childhood eating disorders* Br.J.Psychiatry 2011; 198 (4):295-301.

Pannocchia L, Fiorino M, Giannini M, Vanderlinden J: *A psychometric exploration of an Italian translation of the SCOFF questionnaire*. Eur Eat Disord Rev. 2011;19(4):371-3.

Pratt BM, Woolfenden SR: *Interventions for preventing eating disorders in children and adolescents*. Cochrane Database Syst Rev. 2002;(2): CD002891.

Preti A, Girolamo G.D., Vilagut G., et al: *The epidemiology of eating disorders in six European countries: results of the ESEMeD-WMH project*. J Psychiatr Res. 2009; 43(14):1125-32

Salbach-Andrae H, Lenz K, Simmendinger N, et al: *Psychiatric comorbidities among female adolescents with anorexia nervosa*. Child Psychiatry Hum Dev. 2008; 39(3):261-72.

Schmidt U, Oldershaw A, Jichi F, et al: *Out-patient psychological therapies for adults with anorexia nervosa: Randomised controlled trial*. The British Journal of Psychiatry 2012; 201: 392-399.

Sepulveda AR, Kyriacou O, Treasure J: *Development and validation of the accommodation and enabling scale for eating disorders (AESED) for caregivers in eating disorders*. BMC Health Serv Res. 2009; 9:171.

Shih PA, Woodside DB: *Contemporary views on the genetics of anorexia nervosa*. Eur Neuropsychopharmacol. 2016;26(4):663-73.

Sigel E: *Eating disorders*. Adolesc Med State Art Rev. 2008;19(3):547-72.

Smink FR, van Hoeken D, Hoek HW. *Epidemiology, course, and outcome of eating disorders*. Curr Opin Psychiatry. 2013; 26(6):543-8.

Steinhausen HC: *The outcome of anorexia nervosa in the 20th century*. Am J Psychiatry. 2002;159(8):1284-93.

Steinhausen HC, Weber S: *The outcome of bulimia nervosa: findings from one-quarter century of research*. Am J Psychiatry. 2009;166(12):1331-41.

Steinhausen HC: *Outcome of eating disorders*. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2009;18(1):225-42.

Steinhausen HC, Jensen CM: *Time trends in lifetime incidence rates of first-time diagnosed anorexia nervosa and bulimia nervosa across 16 years in a Danish nationwide psychiatric registry study*. Int J Eat Disord. 2015;48(7):845-50.

Steinhausen HC, Jakobsen H, Helenius D, et al: *A nation-wide study of the family aggregation and risk factors in anorexia nervosa over three generations*. Int J Eat Disord. 2015; 48(1):1-8.

Stice E, Shaw H, Becker CB, Rohde P: *Dissonance-based Interventions for the prevention of eating disorders: using persuasion principles to promote health*. Prev Sci. 2008; 9(2):114-28.

Stice E, Rohde P, Shaw H, Gau J: *An effectiveness trial of a selected dissonance-based eating disorder prevention program for female high school students: Long-term effects*. J Consult Clin Psychol 2011; 79(4):500-8.

Stice E, Gau JM, Rohde P, Shaw H: *Risk Factors That Predict Future Onset of Each DSM-5 Eating Disorder: Predictive Specificity in High-Risk Adolescent Females* 2017;126(1):38-51.

Tan JO, Stewart A, Fitzpatrick R, et al: *Attitudes of patients with anorexia nervosa to compulsory treatment and coercion*. Int J Law Psychiatry 2010; 33: 13–19.

Thomas JJ, Lee S, Becker AE: *Updates in the epidemiology of eating disorders in Asia and the Pacific*. Curr Opin Psychiatry 2016;29(6):354-62.

Treasure J, Sepulveda AR, MacDonald P, et al: *The assessment of the family of people with eating disorders*. Eur Eat Disord Rev. 2008;16(4):247-55.

Treasure J, 2011 Whitaker W, Todd G, Whitney J: *A description of multiple family workshops for carers of people with anorexia nervosa*. Eur Eat Disord Rev. 2011 Jul 6. doi: 10.1002/erv.1075.

Túry F, Güleç H, Kohls E. *Assessment methods for eating disorders and body image disorders*. J Psychosom Res. 2010; 69(6):601-11.

Vall E, Wade TD: *Predictors of treatment outcome in individuals with eating disorders: A systematic review and meta-analysis*. Int J Eat Disord. 2015; 48(7):946-71

Yager J, Devlin MJ, Halmi KA et al: *Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders*. Arlington, VA: American Psychiatric Assoc; 2006:1-128.

Yager J, Devlin M, Halmi K et al: *Guideline Watch (august 2012): Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders*. 3rd edition Arlington, VA. American Psychiatric Association's 2012:1-18.

Yager Z, O'Dea JA: *Prevention programs for body image and eating disorders on University campuses: a review of large, controlled interventions*. Health Promot Int. 2008; 23(2):173-89.

Yager Z, Diedrichs PC, Ricciardelli LA, Halliwell E. *What works in secondary schools? A systematic review of classroom-based body image programs*. Body Image. 2013; 10(3):271-81.

Watson TL, Bowers WA and Andersen AE: *Involuntary treatment of eating disorders*. American Journal of Psychiatry 2000; 157:1806-10.

Watson HJ, Street H, Raykos BC, et al: *Reliability and validity of the Conditional Goal Setting in Eating Disorders Scale (CGS-EDS) among adults with eating disorders*. Eat Behav. 2010;11(2):113-8.

Watson HJ and Bulik CM: *Update on the treatment of anorexia nervosa: Review of clinical trials, practice guidelines and emerging interventions*. Psychological Medicine 2013; 43: 2477-500.

Weaver I et al. : *Assessment of anorexia nervosa in children and adolescents*. Curr. Psychiatry Rep. 2011; 13 (2): 93-98.

Zipfel S, Wild B, Groß G, et al: *Focal psychodynamic therapy, cognitive behaviour therapy, and optimized treatment as usual in outpatients with anorexia nervosa: Randomized controlled trial*. The Lancet 2014; 383: 127-37.

IL SEGRETARIO GENERALE

IL VICEPRESIDENTE