



REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

DECRETO N. **16** DEL **1 GIU. 2021**

OGGETTO: Approvazione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per il trattamento dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione e del modello di cartella clinica (Parte Diagnostica) in dotazione ai Centri Regionali e Provinciali per i disturbi della nutrizione e dell'alimentazione aggiornata ai criteri diagnostici del DSM-V.

NOTE PER LA TRASPARENZA:

Con il presente provvedimento viene approvato Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per il trattamento dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione e del modello di cartella clinica (Parte Diagnostica) in dotazione ai Centri Regionali e Provinciali per i disturbi della nutrizione e dell'alimentazione aggiornata ai criteri diagnostici del DSM-V.

IL DIRETTORE

DIREZIONE PROGRAMMAZIONE SANITARIA – LEA

VISTO l'Accordo della Conferenza Unificata Rep. Atti n. 137 approvato nella seduta del 13 novembre 2014 sul documento "Definizione dei percorsi di cura da attivare nei Dipartimenti di salute mentale per i disturbi schizofrenici, i disturbi dell'umore e i disturbi gravi di personalità";

RILEVATO che tale documento, in ragione della complessità dei quadri clinici e delle compromissioni del funzionamento personale e sociale, con elevati livelli di disagio e di sofferenza individuale e familiare, il cui trattamento impegna una parte considerevole delle risorse di budget dei servizi sanitari e socio sanitari, declina, per ciascun raggruppamento patologico, i relativi percorsi di cura o percorsi diagnostici assistenziali (PDTA);

CONSIDERATO che i PDTA sono strumenti di governo clinico elaborati sulla base di evidenze scientifiche aggiornate, con lo scopo di ridurre la variabilità dei trattamenti, di garantire qualità ai processi e di assicurare l'erogazione, senza ritardi, di trattamenti efficaci. Insieme alle Linee guida consentono di definire standard assistenziali e di verificare l'appropriatezza dell'assistenza erogata;

RICHIAMATA la DGR n. 569 del 9 maggio 2019 di recepimento dell'Accordo Conferenza Stato Regioni sul documento "Linee di indirizzo nazionali per la riabilitazione nutrizionale nei disturbi dell'alimentazione" – approvato il 22 luglio 2017 Rep. Atti 93/CSR;

CONSIDERATO che il Tavolo Tecnico, costituito con Decreto del Direttore Generale Area Sanità e Sociale n. 94 del 1 agosto 2018, composto dai responsabili dei Centri Regionali e Provinciali e dai rappresentanti delle Case di cura convenzionate, ha rilevato la necessità di standardizzare e ottimizzare i percorsi diagnostici e terapeutici ed assicurare una equa accessibilità a tutti i livelli di intensità di cura, indipendentemente dall'età, per i pazienti con disturbi della nutrizione e dell'alimentazione, attraverso la stesura di uno specifico PDTA regionale;

RICHIAMATA la legge regionale di approvazione del Piano socio sanitario 2019-2023 (L.R. 28 dicembre 2018, n. 48), che individua tra le reti cliniche la rete per i disturbi del comportamento alimentare;

VISTO il Decreto del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale n. 63 del 22 luglio 2020 di istituzione del Gruppo Tecnico di Lavoro per la definizione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per pazienti con disturbi dell'alimentazione e della nutrizione. DGR 569 del 9 maggio 2019;

CONSIDERATO che l'approvazione del PDTA è soggetta anche alla valutazione della Commissione Regionale per gli Investimenti Tecnologici e in Edilizia (CRITE), secondo quanto disposto dal PSSR 2019-2023;

CONSIDERATO che la diffusione pandemica dell'infezione da SARS-CoV-2 ha determinato l'assunzione di provvedimenti di emergenza e urgenza per la tutela della salute pubblica, ponendo particolare attenzione ai soggetti più fragili e/o con multimorbilità tra cui rientrano le persone affette da disturbi della nutrizione e dell'alimentazione;

CONSIDERATA altresì, la necessità di adottare nel più breve tempo possibile tutti i provvedimenti idonei a preservare la salute pubblica e i soggetti più fragili, nonché in grado di garantire standard omogenei di trattamento nell'intero territorio regionale, vi sono gli estremi per derogare, limitatamente alla durata della situazione pandemica in corso, la preventiva valutazione della CRITE alla luce del costante e periodico monitoraggio della spesa garantito da Azienda Zero;

RITENUTO pertanto di procedere all'approvazione del PDTA per il trattamento dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione, in **Allegato A**, che si configura come un progetto "in itinere", che necessita di sperimentazione, valutazione e rivalutazione/aggiornamento. E' prevista pertanto una prima revisione ad un anno;

RITENUTO di procedere altresì all'approvazione della cartella clinica (Parte Diagnostica) in dotazione ai Centri Regionali e Provinciali per i disturbi della nutrizione e dell'alimentazione aggiornata ai criteri diagnostici del DSM-V, in **Allegato B**.

RILEVATA la necessità di determinare il fabbisogno, standard organizzativi e strutturali per le unità di offerta della rete di trattamento per i disturbi della nutrizione e dell'alimentazione;

DECRETA

1. di considerare le premesse quali parti integranti e sostanziali del presente provvedimento;
2. di approvare il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per il trattamento dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione, in **Allegato A**, parte integrante del presente provvedimento, che si configura come un progetto "in itinere", che necessita di sperimentazione, valutazione e rivalutazione/aggiornamento. E' prevista pertanto una prima revisione ad un anno;
3. di approvare il modello di cartella clinica (Parte Diagnostica) in dotazione ai Centri Regionali e Provinciali per i disturbi della nutrizione e dell'alimentazione aggiornata ai criteri diagnostici del DSM-V, in **Allegato B**, parte integrante del presente provvedimento;
4. di stabilire che le Aziende Ulss trasmettano protocolli di collaborazione tra ambulatori dedicati e i Centri di Riferimento per il tramite dei rispettivi Dipartimenti di Salute Mentale e IAFC di cui al presente PDTA entro il 30 novembre 2021;
5. di dare mandato al gruppo tecnico di lavoro di cui al decreto del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale n. 63 del 22 luglio 2020, di determinare fabbisogno, standard organizzativi e strutturali per le unità di offerta della rete di trattamento per i disturbi della nutrizione e dell'alimentazione;
6. di stabilire che il gruppo nella definizione del mandato di cui sopra si avvarrà del supporto tecnico di Azienda Zero e di eventuali esperti in materia;
7. di stabilire che entro il 28 febbraio 2022 il gruppo dovrà trasmettere all'Area Sanità e Sociale una proposta tecnica in attuazione al mandato di cui al punto 5.;
8. di dare atto che il presente provvedimento non è soggetto a pubblicazione ai sensi dell'art. 23 del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33;
9. di pubblicare il presente atto nel Bollettino Ufficiale della Regione.



Dr. Claudio Pilerici



REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

Allegato A al Decreto n. 16 del 11 GIU. 2021 pag. 1/64



REGIONE DEL VENETO

Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale

Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione



Il presente documento è stato redatto dal seguente gruppo tecnico di cui al Decreto del Direttore Generale Area Sanità e Sociale n. 63 del 22 luglio 2020

Dr. Marco Nuti - Dirigente U.O. Salute mentale e sanità penitenziaria Regione Veneto Coordinatore Tavolo Tecnico	
Prof.ssa Angela Favaro – Professore ordinario di psichiatria Direttore UOC Psichiatria - Centro Regionale DCA	Università di Padova - AOP
Dr. Riccardo dalle Grave - Responsabile Unità Riabilitazione Nutrizionale	Casa di Cura “Villa Garda”
Prof.ssa Mirella Ruggeri - Professore ordinario di psichiatria Direttore UOC Psichiatria - Centro Regionale DCA	Università di Verona – AOUIVR
Dr.ssa Francesca Fontana - Responsabile Centro provinciale DCA	Azienda Ulss 2 Marca Trevigiana
Dr. Moreno De Rossi - Direttore Dipartimento Salute Mentale	Azienda Ulss 3 Serenissima
Prof.ssa Michela Gatta - Professore associato neuropsichiatria infantile Direttore UOC NPI	Università di Padova -AOP
Dr.ssa Maria Cristina Mambelli –Direttore U.O.C. IAFC	Azienda Ulss 3 Serenissima
Dr.ssa Alessandra Sala - Responsabile Centro Provinciale DCA	Azienda Ulss 8 Berica
Dr. Mauro Filippi - Direttore Generale	Azienda Ulss 4 Veneto Orientale
Dr. Massimo Bellettato - Direttore U.O.C. Pediatria	Azienda Ulss 8 Berica
Dr. Andrea Danieli - Direttore Dipartimento Salute Mentale	Azienda Ulss 8 Berica
Dr.ssa Rosa Bruna Dall’Agnola - Centro Regionale DCA	Università di Verona – AOUIVR
Dr. Pierandrea Salvo - Responsabile Centro Provinciale DCA	Azienda Ulss 4 Veneto Orientale
Dr. Tommaso Maniscalco - Direttore DSM	Azienda Ulss 7 Pedemontana
Dr. Vincenzo Munno - Centro provinciale DCA	Azienda Ulss 8 Berica;
Dr. Marcello Santi - Direttore Sanitario	Ospedale “Villa Santa Giuliana”
Dr. Piero Realdon - Direttore Distretto	Azienda Ulss 6 Euganea
Dr. Pierpaolo Pianozza - MMG	Azienda Ulss 4 Veneto Orientale
Dr. Mattia Doria - PLS	Azienda Ulss 3 Serenissima
Dr. Agostino Paccagnella - Direttore UOC Malattie Endocrine del Ricambio e della Nutrizione	Azienda Ulss 2 Marca Trevigiana
Dr. Diego Saccon - Direttore UOC Ser.D.	Azienda Ulss 4 Veneto Orientale

Hanno collaborato alla redazione:

Dr. Francesco Avossa, Azienda Zero; Dr.ssa Matilde Dotto, Azienda Zero; Dr. Ugo Fedeli, Azienda Zero; Dr. Stefano Kusstatscher, Azienda Zero; Dr.ssa Angela Veronese, AOP; Dr. Giuseppe De Vincenti, ULSS 7 Pedemontana; Dr.ssa Silvia Friederici, Ulss 3 Serenissima; Dott.ssa Tatiana Zanetti, AOP; Dr.ssa Eleonora Sale, ULSS 6 Euganea; Dr. Stefano Pillan Casa di Cura “Villa Chiara”; Dott.ssa Maria Durante, psicologa-psicoterapeuta; Dott.ssa Erika Baldissera, ULSS 4 Veneto Orientale; Dr.ssa Patrizia Todisco, Casa di Cura “Villa Margherita”; Dr. Marco Bortolomasi, Casa di Cura “Villa Santa Chiara”; Dr. Giovanni Scanelli, ULSS 8 Berica; Dr.ssa Lorenza Di Pascoli, AOP.



Sommario

1. La rete di trattamento regionale 5

2. Normativa Regione Veneto 5

3. Epidemiologia e decorso dei disturbi dell'alimentazione e della nutrizione 8

4. Linee guida EBM di riferimento di società scientifiche (Decreto Ministro della Salute del 2 agosto 2017) .. 10

5. Obiettivi e articolazione del PDTA 11

6. Attori del PDTA 12

7. Percorso diagnostico 12

8. Riconoscimento precoce e prevenzione 15

9. Percorso terapeutico: evidenze scientifiche 16

10. Modelli organizzativi del percorso terapeutico secondo il "modello a passi successivi" 19

11. Trattamento ambulatoriale 22

12. Trattamenti riabilitativi 26

13. Ricovero ospedaliero 31

14. Gestione delle emergenze e trattamenti in assenza di consenso 35

15. Disturbi dell'alimentazione di lunga durata e con grave comorbidità psichiatrica 36

16. Snodi e modelli organizzativi del percorso terapeutico 37

 16.1 Matrice delle Attività e delle Responsabilità 38

17. Monitoraggio e indicatori 41

18. Formazione 41

19. Sperimentazione, valutazione e rivalutazione del PDTA 41

 Allegato 1 Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione (archivio ACG - Anno 2019) 42

 Allegato 2 Inquadramento nosografico e criteri diagnostici 49

 Allegato 3 Strumenti diagnostici 55

 Allegato 4 Complicanze mediche e loro trattamento 61

 Allegato 5 Percorso terapeutico disturbi della nutrizione e dell'alimentazione (flow-chart) 64



Il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per i disturbi della nutrizione e dell'alimentazione (DNA) definisce il gold standard di trattamento per questi disturbi, da attuare nella rete di trattamento regionale. Questo si inserisce, ad ulteriore implementazione, in una serie di azioni volte a strutturare, attivare e rendere operative con standard condivisi che la Regione Veneto ha intrapreso a partire dalla Delibera di giunta regionale n 3540 del 19 ottobre 1999, che istituisce la rete di trattamento per i disturbi del comportamento alimentare (adesso definiti Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione).

La necessità di uniformare le risposte terapeutiche in questa importante area clinica, ha portato, a livello nazionale, alla produzione di documenti che forniscono indicazioni e raccomandazioni basate su evidenze scientifiche o standard di *best practice*, come, ad esempio, i Quaderni del Ministero della Salute del 2013 e le "Linee di indirizzo nazionali per la riabilitazione nutrizionale nei disturbi dell'alimentazione" (recepte dalla Regione Veneto con DGR n. 569 del 09 maggio 2019).

La definizione di un PDTA nasce quindi dalla necessità di disporre di uno strumento di riferimento attraverso il quale sostenere l'organizzazione dei modelli assistenziali e dei Servizi socio sanitari impegnati nella cura dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione. Il documento descrive gli elementi costitutivi di tali percorsi, relativi alla persona affetta da disturbo della nutrizione e dell'alimentazione ed alla sua famiglia.

I disturbi dell'alimentazione sono principalmente rappresentati dall'anoressia nervosa, la bulimia nervosa e il disturbo da binge-eating, mentre i disturbi della nutrizione sono la pica, il disturbo da ruminazione e il disturbo da evitamento/restrizione dell'assunzione di cibo (ARFID dall'inglese *Avoidant Restrictive Food Intake Disorder*).

I disturbi della nutrizione e dell'alimentazione sono disturbi complessi, alla cui eziopatogenesi concorrono fattori genetici, biologici e ambientali; i dati della letteratura riportano che nel mondo occidentale circa una ragazza ogni 6 o 7 soffre di un qualche tipo di disturbo della nutrizione e dell'alimentazione (i dati in Italia riportano un caso ogni 10) e che l'anoressia nervosa rappresenta tra questi disturbi quello di più lunga durata e gravata da maggiore disabilità e mortalità.

Con l'eccezione del disturbo da binge eating che può esordire a qualsiasi età, i disturbi dell'alimentazione hanno un esordio tipico in età adolescenziale con una tendenza, registrata negli ultimi decenni, verso una precocizzazione dell'esordio. I disturbi dell'alimentazione si caratterizzano per la presenza frequente di complicanze fisiche legate al sottopeso e alla malnutrizione per difetto, all'utilizzo di comportamenti purgativi (vomito autoindotto, uso improprio di lassativi e diuretici), all'esercizio fisico eccessivo, o all'eccesso di peso (sovrappeso e obesità) e alla malnutrizione per eccesso, come accade spesso nel disturbo da binge-eating e in un sottogruppo di persone con bulimia nervosa.

La cura di questi disturbi richiede lo sviluppo di competenze specifiche e la presenza di equipe multidisciplinari, che, in genere, richiedono un'organizzazione specifica per il trattamento di questa utenza.

Le principali raccomandazioni relative alla presa in carico dei disturbi dell'alimentazione sono:

1. riconoscimento e presa in carico precoce;
2. interventi terapeutici tempestivi e specifici, basati sulle evidenze, basati su un'ottica multidisciplinare e sulla continuità;
3. un approccio a passi successivi (dalla minore alla maggiore complessità e intensità);
4. prevenzione e gestione delle complicanze mediche e psichiatriche sia nella fase acuta iniziale sia nelle pazienti con lunga durata di malattia.



1. La rete di trattamento regionale

Il modello Veneto descritto nel documento "Indirizzi alle Aziende ULSS e Ospedaliere del Veneto in materia di Disturbi del Comportamento Alimentare (2012)" e successivamente nei "Quaderni del Ministero della Salute (2013)" costituisce un punto di riferimento nazionale in questo ambito, promuovendo l'organizzazione di una rete territoriale per il trattamento dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione che prevede diversificati livelli di assistenza e di intensità di cura e di riabilitazione.

La rete regionale veneta per i disturbi della nutrizione e dell'alimentazione è formata da due centri regionali e tre centri di riferimento provinciale:

- Centri Regionali: Azienda Ospedale Università di Padova, Azienda Ospedaliera Universitaria integrata di Verona
- Centri di Riferimento Provinciale: AULSS 8 Berica, AULSS 2 Marca Trevigiana, AULSS 4 Veneto Orientale

I Centri Regionali associano alle funzioni proprie dei Centri di Riferimento Provinciale anche quelle di trattamento dei casi più complessi, coordinamento di progetti di ricerca scientifici ed osservatorio epidemiologico.

Ai Centri di Riferimento Regionali e Provinciali si aggiungono le strutture ambulatoriali presenti in ogni azienda ULSS, in relazione funzionale con i centri di riferimento provinciali e regionali per il trattamento secondo il modello *hub and spoke* degli utenti e le Case di Cura private accreditate che, svolgendo un importante ruolo integrativo nella rete di trattamento erogano interventi specialistici di riabilitazione intensiva residenziale per i pazienti che non rispondono ai livelli meno intensivi di cura.

I centri provinciali e regionali devono garantire:

- a) valutazione multidisciplinare in grado di fornire diagnosi e indicazioni al trattamento;
- b) livelli differenziati di intensità di cura;
- c) interventi di prevenzione e trattamento delle complicanze mediche;
- d) interventi psicoeducativi e terapia di supporto alla famiglia;
- e) interventi integrati con centri specialistici privati accreditati

La rete regionale per il trattamento dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione del Veneto ha anche funzione di coordinamento, di riduzione della mobilità passiva, di miglioramento delle pratiche di trattamento, e di formazione del personale.

2. Normativa Regione Veneto

Rete ospedaliera:

- DGR n. 614 del 14 maggio 2019 Approvazione delle schede di dotazione delle strutture ospedaliere e delle strutture sanitarie di cure intermedie delle Aziende Ulss, dell'Azienda Ospedale-Università di Padova, dell'Azienda Ospedale Universitaria Integrata di Verona, dell'Istituto Oncologico Veneto - IRCCS, della Società partecipata a capitale interamente pubblico "Ospedale Riabilitativo di Alta specializzazione" e degli erogatori ospedalieri privati accreditati. L.r. 48/2018 "Piano Socio Sanitario Regionale 2019-2023". Deliberazione n. 22/CR del 13 marzo 2019.

Centri Regionali e provinciali:

- DGR n. 3540 del 19 ottobre 1999 – Atto di indirizzo e coordinamento per l'avvio sperimentale di un sistema di interventi in materia di "Disturbi del Comportamento Alimentare". La Regione Veneto ha previsto (primo esempio in Italia) l'organizzazione di una rete di servizi per la diagnosi e cura dei



- Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione attraverso l'attivazione in ogni provincia di un Centro di Riferimento Provinciale per i disturbi della nutrizione e dell'alimentazione (CPD);
- DGR n. 2410 del 21 settembre 2001 – Prima attuazione dell'atto di indirizzo e coordinamento degli interventi in materia di DCA: Azienda ULSS n. 10 – Veneto Orientale (DGR 3540/1999) con cui viene approvato il progetto per il centro di riferimento provinciale della Azienda Ulss 10 (ora AULSS 4 Veneto Orientale);
- DGR n. 1974 del 04 luglio 2003 - Attuazione dell'atto di indirizzo e coordinamento degli interventi in materia di DCA: Azienda ULSS n. 6 - Vicenza (DGR 3540/1999) con cui viene approvato il progetto per il centro di riferimento provinciale della Azienda Ulss 6 (ora AULSS 8 Berica);
- DGR n. 70 del 21 gennaio 2005 - Attuazione dell'atto di indirizzo e coordinamento degli interventi in materia di DCA: DGR 3540/1999: Centro Interaziendale e interdipartimentale con funzione di centro regionale e centro di riferimento provinciale - Azienda Ospedaliera di Padova con cui viene approvato il progetto per il Centro di riferimento regionale dell' Azienda Universitaria di Padova (ora Azienda Ospedale Università di Padova);
- DGR n. 371 del 11 febbraio 2005 - Attuazione dell'atto di indirizzo e coordinamento degli interventi in materia di DCA: DGR 3540/1999: Centro di riferimento Provinciale Treviso comprendente le Aziende sociosanitarie 7, 8, 9 con cui viene approvato il progetto per il Centro di riferimento provinciale dei territori delle Aziende summenzionate, adesso confluite nell' Azienda ULSS 2 Marca trevigiana;
- DGR n. 374 del 11 febbraio 2005 – Attuazione dell'atto di indirizzo e coordinamento degli interventi in materia di DCA: DGR 3540/1999: Centro Regionale Interaziendale Azienda Ospedaliera e ULSS 20 di Verona con cui viene approvato il progetto per il Centro di riferimento regionale dell' Azienda Universitaria di Verona (ora Azienda Ospedaliera Universitaria integrata di Verona) Decreto n. 92 del 21 luglio 2008 - Disturbi del comportamento alimentare (DCA);
- DGR n. 1050 del 21 aprile 2009 - Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA). Centro di riferimento provinciale della provincia di Venezia. Modulazioni organizzative della rete assistenziale e della residenzialità
- DGR n. 94 del 31 gennaio 2012 Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA): Indirizzi alle Aziende ULSS e Ospedaliere del Veneto e Protocollo di collaborazione per i disturbi del comportamento alimentare tra centri pubblici e Case di Cura convenzionate.

Tavoli tecnici e linee di indirizzo:

- Decreto n. 92 del 21 luglio 2008 - Disturbi del comportamento alimentare (DCA). Costituzione del gruppo di lavoro ai sensi della DGR 3455/07;
- Decreto DG n. 94 del 01 agosto 2018 - Costituzione Tavolo Tecnico per i Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA);
- DGR n. 569 del 09 maggio 2019 Recepimento Accordo Conferenza Stato Regioni sul documento "Linee di indirizzo nazionali per la riabilitazione nutrizionale nei disturbi dell'alimentazione" - approvato il 22 luglio 2017 Rep. Atti 93/CSR



In questo contesto si richiamano i seguenti aspetti fondanti organizzativi e di trattamento, in linea con il presente PDTA, presenti nella DGR 94/2012:

- a) Obiettivi clinici dei Centri di Riferimento (Regionali e Provinciali) sono "il miglioramento dell'esito e la diminuzione dei livelli di mortalità, morbilità e cronicità";
- b) Trattandosi di disturbi che in molti casi attraversano diverse fasi della vita, dalla preadolescenza all'età adulta, senza soluzione di continuità clinica, il modello della presa in carico psichiatrica "age based", attuata dai servizi per i minori in una prima fase e da servizi per adulti nel prosieguo della malattia psichiatrica, non risulta adeguato;
- c) Va promossa la presenza e la diffusione nel territorio di ambulatori specialistici dedicati ai disturbi dell'alimentazione che collaborino con i Centri di Riferimento nel riconoscimento precoce dei casi e nella gestione ambulatoriale dei casi;
- d) I Centri di Riferimento (Regionali e Provinciali) in collaborazione con gli ambulatori specialistici dedicati "garantiscono la presa in carico dell'utente, dalla fase di valutazione diagnostica al trattamento medico e psicoterapeutico in regime ambulatoriale e di ricovero, fino alla riabilitazione e al sostegno psicosociale. Forniscono inoltre attività di sostegno alla famiglia. Ai Centri spetta anche la competenza per gli interventi di liaison intraospedalieri, l'attuazione di trattamenti in regime di semiresidenzialità e l'eventuale invio alle strutture di riabilitazione intensiva residenziale;
- e) I Centri di Riferimento sono responsabili della definizione del programma terapeutico e delle indicazioni al trattamento nelle diverse strutture (ricovero, semiresidenziali e residenziali) e aggregano operativamente, in un modello di tipo interdipartimentale, le competenze di ordine psichiatrico psicologico e internistico nutrizionale, già eventualmente esistenti o da individuare allo scopo di coordinare e garantire i vari livelli di intensità assistenziale (DGR. n. 3540/99);
- f) Ai Centri di Riferimento spetta anche la promozione e il coordinamento tecnico funzionale, di intesa con la regione, delle iniziative in materia di disturbi dell'alimentazione su tutto l'ambito provinciale;
- g) Oltre alle competenze dei Centri di Riferimento, ai Centri Regionali spetta l'erogazione di prestazioni assistenziali cliniche e diagnostiche di alto livello e particolarmente impegnative e il supporto organizzativo alle attività diagnostiche e terapeutiche dei Centri di Riferimento Provinciali; essendo i Centri Regionali collocati nelle due sedi ospedaliere universitarie, è auspicabile il ruolo di promozione di attività formative e di ricerca ed il ruolo di monitoraggio epidemiologico;
- h) Vanno definiti protocolli di collaborazione con le diverse strutture del Dipartimento Salute Mentale, con i Servizi per le Dipendenze, con la Neuropsichiatria Infantile, e con i servizi di Nutrizione Clinica e i Reparti di Medicina Interna per la gestione dei casi complessi (pazienti ad esordio precoce, con comorbilità, con bisogni di riabilitazione sociale e occupazionale), per la gestione dei disturbi di lunga durata e delle complicanze mediche acute e croniche.

Importanti raccomandazioni per il trattamento dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione sono presenti nelle delibere di giunta regionale n. 3540 del 19 ottobre 1999 e n. 94 del 31 gennaio 2012 e che sono di seguito riportate:

- a) E' necessario utilizzare e promuovere trattamenti psicoterapici e farmacologici, di provata efficacia, sulla base delle linee guida internazionali, nazionali e regionali;
- b) In tutti i livelli di trattamento è fondamentale il coinvolgimento della famiglia; va promossa nelle famiglie una corretta informazione sui disturbi dell'alimentazione (psicoeducazione), le loro potenziali cause e il loro trattamento;
- c) La centralità delle cure psichiatriche e della psicoterapia nel trattamento dei disturbi dell'alimentazione, sottolinea l'importanza di disporre di personale stabile e qualificato nei centri di riferimento provinciali e nei centri regionali;
- d) E' necessaria l'istituzione di unità specialistiche multiprofessionali per i ricoveri ospedalieri di utenti affetti da disturbi dell'alimentazione in fase di scompenso (psichico, organico, comportamentale), da



- attuarsi, se necessario in casi selezionati, anche in regime di obbligatorietà, così come previsto nel Progetto Obiettivo Salute Mentale;
- e) Nell'avvalersi della collaborazione con le Case di Cura convenzionate, va coltivato un alto livello di comunicazione e collaborazione che permetta l'appropriatezza del ricovero, il trattamento del paziente senza soluzioni di continuità al momento dell'invio e della dimissione, la gestione clinica del paziente in fase di lista d'attesa (vedi Allegato B della DGR 94 del 31 gennaio 2012);
 - f) Una particolare attenzione va dedicata all'opportunità di un ricovero in tempi brevi nei pazienti adolescenti che non migliorano velocemente con il trattamento ambulatoriale. Negli adolescenti, infatti, il prolungarsi di una situazione di sottopeso ha conseguenze più gravi e a lungo termine (per esempio, sul tessuto osseo e sul sistema nervoso centrale) rispetto all'adulto.

3. Epidemiologia e decorso dei disturbi dell'alimentazione e della nutrizione

Nel loro insieme i disturbi dell'alimentazione e della nutrizione colpiscono, nel corso della vita, oltre il 10% della popolazione femminile del mondo occidentale. Il più grave dei disturbi, l'anoressia nervosa, colpisce fino al 2% della popolazione femminile (prevalenza lifetime). I tassi di incidenza riscontrati attraverso registri di casi o attraverso la medicina generale tendono a dare valori sottostimati a causa della presenza di molti casi non trattati e non riconosciuti. Tra i 12 e i 28 anni di età l'incidenza è superiore ai 50 casi/anno per 100.000 abitanti di sesso femminile, con una incidenza massima tra i 15 e i 19 anni di età (oltre 100 casi/anno).

Si stima che l'incidenza e la prevalenza della bulimia nervosa siano almeno il doppio di quelle dell'anoressia nervosa, ma gli studi sembrano indicare una lieve diminuzione dell'incidenza della bulimia nervosa negli ultimi anni. Non ci sono evidenze che l'incidenza dell'anoressia nervosa e della bulimia nervosa sia in aumento negli ultimi 40 anni, ma ci sono evidenze di un aumento dei casi con esordio prima dei 14-15 anni. Gli studi sembrano indicare che sia l'incidenza che la precocizzazione dell'esordio dei disturbi dell'alimentazione sono sensibilmente influenzati da fattori psicosociali. In linea con questa osservazione, è l'aumento dei casi di anoressia nervosa in età adolescenziale osservata in seguito alle restrizioni sociali (lockdown) dovute alla pandemia da Covid-19. Anche se sono stati descritti casi con esordio in qualsiasi età, l'anoressia nervosa e la bulimia nervosa esordiscono nel 90% dei casi tra i 13 e i 25 anni di età, con un picco tra i 15 e i 17 anni. Negli studi su popolazioni cliniche, il rapporto femmine/maschi è di circa 10:1. Studi recenti sulla popolazione generale sembrano indicare che anoressia e bulimia nervosa nei maschi possano essere più frequenti di quanto finora rilevato. È possibile che i pazienti di sesso maschile vengano osservati con minor frequenza nel contesto clinico in relazione ad una durata più breve di malattia o ad una maggiore difficoltà nel riconoscimento dei casi. Nei contesti clinici i pazienti di sesso maschile non differiscono sostanzialmente dalle femmine per età di esordio, insoddisfazione nei confronti del corpo, metodi di controllo del peso, caratteristiche cliniche ed evolutive. Nel loro insieme gli studi di esito mostrano tassi di remissione dei disturbi dell'alimentazione piuttosto bassi nel breve periodo (circa 20-30%) che aumentano progressivamente con l'aumentare della durata del follow-up. Gli studi di follow-up a lungo termine mostrano percentuali di remissione o miglioramento del 70-80% nei pazienti con anoressia nervosa che hanno effettuato terapie ambulatoriali, mentre nelle pazienti più gravi che richiedono un trattamento residenziale i tassi di remissione sono più bassi. Come in altre patologie psichiatriche, la durata del disturbo prima di iniziare il trattamento è un fattore importante nel determinare la prognosi. Tra le pazienti che non vanno in remissione, circa un terzo presenta una diagnosi diversa da quella iniziale, ossia un viraggio verso un altro disturbo dell'alimentazione. Nell'insieme questi dati mostrano che oltre il 20-30% dei casi di disturbi dell'alimentazione non risponde a trattamenti adeguati e considerati efficaci e sviluppa una situazione di "malattia di lunga durata" che comporta un marcato malfunzionamento sociale e lavorativo, oltre a interventi sanitari multipli legati alle complicanze mediche e psichiatriche.

L'anoressia nervosa è il disturbo psichiatrico con la più alta mortalità. Il rischio di morte per una persona con diagnosi di anoressia nervosa è tra le 5 e le 10 volte maggiore di quello di soggetti sani della stessa età e sesso. La diagnosi di anoressia nervosa risulta maggiormente associata al rischio di suicidio rispetto alle altre



diagnosi di disturbi dell'alimentazione, tanto che in questo disturbo il suicidio sembra costituire circa il 20% di tutte le cause di morte. La prevalenza e l'incidenza del disturbo da binge-eating nella popolazione generale non è nota. Negli Stati Uniti viene considerato il disturbo dell'alimentazione più frequente (2-4%), ma in Europa e in Italia i dati sembrano indicare una prevalenza inferiore. Si stima che circa la metà delle persone affette da questo disturbo abbia una condizione di obesità e che la sua frequenza sia correlata alla gravità dell'eccesso di peso (maggiore frequenza nell'obesità di classe II e III).

Circa un terzo delle persone affette da questo disturbo è di sesso maschile. L'esordio avviene in un intervallo di età molto più ampio rispetto a quello degli altri disturbi dell'alimentazione e può avvenire anche in età infantile o nella terza età, con una media attorno ai 25-30 anni. Epidemiologia e decorso dei disturbi della nutrizione sono ancora poco studiati. Sono disturbi che possono esordire a qualsiasi età, ma sono più frequenti nell'infanzia e non mostrano differenze di frequenza nei due sessi.

Nell'infanzia possono essere associati a disturbi dello spettro autistico e il loro trattamento si differenzia a seconda dell'età del paziente.

L'analisi dei dati mediante metrica ACG (Adjusted Clinical Groups) per quanto riguarda gli utenti con disturbi dell'alimentazione, relativi all'anno 2019, hanno evidenziato 4.069 pazienti con diagnosi di disturbi della nutrizione e dell'alimentazione (3.781 di sesso femminile e 288 di sesso maschile) nella fascia di età compresa tra i 10 e i 64 anni (Tabella 1).

Tabella 1 - Utenti con disturbi dell'alimentazione con almeno un contatto con Servizio Sanitario Regionale nel corso del 2019

Classi di età	Maschi	Femmine	Totale
10-14 anni	24 (8.3%)	90 (2.4%)	114 (2.8%)
15-18 anni	36 (12.5%)	581 (15.4)	617 (15.2%)
19-34 anni	106 (36.8%)	1683 (44.5%)	1789 (44.0%)
35-44 anni	48 (16.7%)	641 (17.0%)	689 (16.9%)
45-54 anni	36 (12.5%)	556 (14.7%)	592 (14.5%)
55-64 anni	38 (13.2%)	230 (6.1%)	268 (6.6%)
Totale	288 (100%)	3781 (100%)	4069 (100%)

Tali dati confermano la predominanza del sesso femminile (oltre il 90% dei casi). Rapportati alla popolazione, i dati di prevalenza mostrano che l'età più colpita è quella tra i 15 e i 18 anni e tra i 19 e i 34 anni (vedi Figura1)



Figura 1. Disturbi del comportamento alimentare. Prevalenza per età e genere. Veneto, anno 2019. Fonte: archivio regionale ACG.

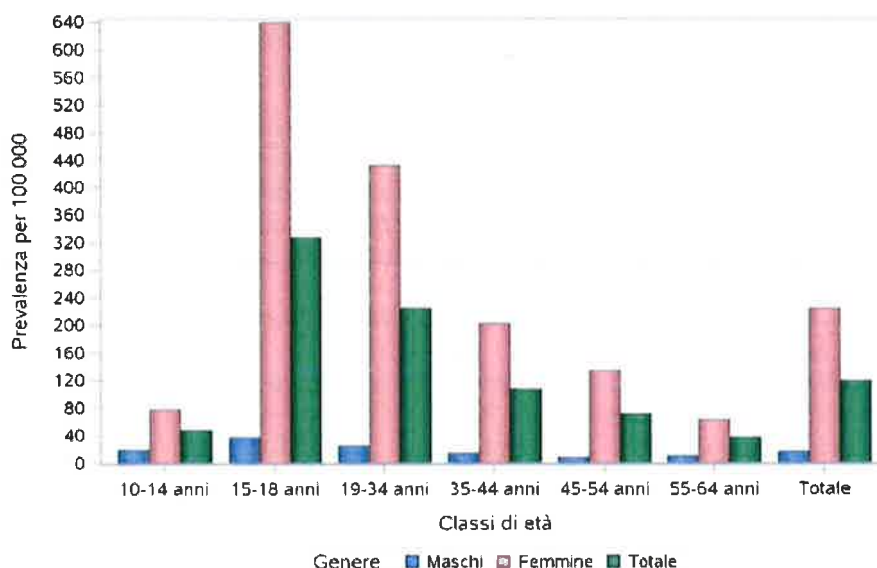


Figura 1 - Grafico prevalenza per sesso e fasce di età degli utenti con disturbi dell'alimentazione con almeno un contatto con Servizio Sanitario Regionale nel corso del 2019.

Analizzando la presenza di patologie concomitanti, le analisi mostrano che il 52% degli utenti di sesso maschile e il 41% degli utenti di sesso femminile hanno 2 o più condizioni croniche concomitanti, con complessivamente un carico di malattia (RUB) che è basso nel 17% dei casi, moderato nel 74%, elevato nel 7% e molto elevato nel 2% degli utenti. Le patologie concomitanti più frequenti sono soprattutto altre patologie psichiatriche (disturbi della personalità, depressione, disturbi d'ansia, disturbo bipolare, psicosi, abuso di sostanze) e patologie endocrine (altre patologie endocrine, obesità, ipertensione, ipotiroidismo, diabete tipo 2), ma anche contusioni e abrasioni, dolore addominale e carenze nutrizionali. Il dettaglio delle analisi è riportato nell'**Allegato 1**.

4. Linee guida EBM di riferimento di società scientifiche (Decreto Ministro della Salute del 2 agosto 2017).

Linee guida trattamento:

- American Psychiatric Association (2006) Treatment of patients with eating disorders, third edition. *American Journal of Psychiatry*, 163(7 Suppl), 4-54
- National Collaborating Centre for Mental Health. (2004). National Institute for Health and Clinical Excellence: Guidance. In *Eating Disorders: Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders*. British Psychological Society (UK).
- National Institute for Health and Care and Clinical Excellence. (2017). *Eating disorders: recognition and treatment | Guidance and guidelines | NICE*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng69>
- Canadian practice guidelines for the treatment of children and adolescent with eating disorders. *Journal of Eating Disorders* 2020, 8, 4.



- Hay, P., Chinn, D., Forbes, D., Madden, S., Newton, R., Sugenor, L., Touyz, S., & Ward, W. (2014). Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of eating disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(11), 977-1008. <https://doi.org/10.1177/0004867414555814>
- World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the pharmacological treatment of eating disorders, 2011

Aspetti nutrizionali e internistici:

- National Collaborating Centre for Mental Health. (2006). Nutrition support for adults: oral nutrition support, enteral tube feeding and parenteral nutrition. Clinical guideline [CG32]
- Ozier, A. D., & Henry, B. W. (2011, Aug). Position of the American Dietetic Association: nutrition intervention in the treatment of eating disorders. *Journal of the American Dietetic Association*, 111(8), 1236-1241. <https://doi.org/10.1016/j.jada.2011.06.016>
- Robinson, P., & Rhys Jones, W. (2018). MARSIPAN: Management of really sick patients with anorexia nervosa. *BJPsych Advances*, 24(1), 20-32. <https://doi.org/10.1192/bja.2017.2>

Linee di indirizzo Ministero della Salute:

- Ministero della Salute. Appropriately clinica, strutturale e operativa nella prevenzione, diagnosi e terapia dei disturbi dell'alimentazione. Quaderni del Ministero della Salute, n. 17 luglio-agosto 2013.
- Ministero della Salute. Linee di indirizzo nazionali per la riabilitazione nutrizionale nei disturbi dell'alimentazione. Quaderni del Ministero della Salute, n. 29 settembre 2017
- Conferenza di consenso Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) negli adolescenti e nei giovani adulti Istituto Superiore di Sanità, Roma, 24-25 ottobre 2012

5. Obiettivi e articolazione del PDTA

a) Obiettivi generali del PDTA

- ridurre la variabilità dei trattamenti ricevuti nelle diverse Unità di cura, facilitando l'accessibilità ai servizi e garantendo equità;
- migliorare la qualità dei processi e degli esiti;
- consentire la valutazione dell'aderenza degli interventi effettuati nelle diverse Unità di cura, evidenziando le aree di criticità e permettendone il miglioramento continuo della qualità;
- permettere la valorizzazione dei costi del trattamento standard per un'implementazione dell'organizzazione dei servizi ed un miglioramento dell'efficienza di sistema nel rispetto degli standard di trattamento ivi definiti.

b) Obiettivi specifici del PDTA

- favorire riconoscimento precoce del disturbo anche attraverso protocolli di collaborazione con i Servizi per l'Età evolutiva, i Servizi per le Dipendenze e i medici di Medicina Generale;
- migliorare l'inquadramento diagnostico e la stadiazione;
- Definire un programma terapeutico individualizzato secondo gli standard di trattamento che preveda, ove necessario, uno stretto coinvolgimento della rete prossimale (familiari ecc.);
- garantire la continuità, la tempestività e la multidisciplinarietà delle cure;



- garantire l'utilizzo di trattamenti basati sulle evidenze o raccomandati dalle linee guida sia nella fase acuta del disturbo che nei casi di lunga durata;
- garantire una rivalutazione periodica dell'andamento del progetto terapeutico (monitoraggio del processo di cura);
- garantire una rivalutazione periodica dell'efficacia degli interventi (monitoraggio degli esiti di cura).

c) Articolazione del PDTA

Il PDTA per i disturbi dell'alimentazione e della nutrizione articola è così articolato:

1. Percorso diagnostico
2. Riconoscimento precoce e prevenzione;
3. Percorso terapeutico: evidenze scientifiche;
4. Modelli organizzativi del percorso terapeutico per passi successivi;
5. Trattamenti ambulatoriali;
6. Trattamenti riabilitativi intensivi;
7. Ricoveri ospedalieri e per il trattamento delle complicanze mediche;
8. Gestione delle emergenze e per i trattamenti senza consenso;
9. Trattamento dei disturbi dell'alimentazione di lunga durata e i disturbi con grave comorbilità psichiatrica.

6. Attori del PDTA

- Medicina generale/cure primarie/ pediatria di libera scelta
- Centri Provinciali e Regionali per i Disturbi dell'Alimentazione
- Reparti ospedalieri
- Dipartimento salute mentale
- Neuropsichiatria Infantile (IAF)
- Strutture residenziali e semiresidenziali extraospedaliere
- Case di Cura accreditate
- Dipartimento per le Dipendenze
- Rete informale (Self-help, Associazioni di pazienti e familiari, ecc.)

Le figure professionali, funzionali a garantire l'offerta dei Servizi sopra elencati in relazione ai bisogni e all'evoluzione della patologia, sono:

- Medico di Medicina Generale (MMG) e/o Pediatra di libera scelta
- Medico Psichiatra e/o Medico Neuropsichiatra Infantile
- Medico specialista in Medicina Interna (o Pediatria) e/o in Nutrizione Clinica o equipollenti
- Psicologo clinico/Psicoterapeuta
- Dietista
- Infermiere e/o Infermiere pediatrico
- Tecnico della riabilitazione psichiatrica o Educatore professionale
- Assistente sociale.

7. Percorso diagnostico

I disturbi dell'alimentazione sono principalmente l'anoressia nervosa, la bulimia nervosa e il disturbo da binge-eating, mentre i disturbi della nutrizione sono la pica, il disturbo da ruminazione e il disturbo da evitamento/restrizione dell'assunzione di cibo.



Circa un 20% degli utenti che chiedono una consultazione presso i centri specialistici non soddisfano i criteri diagnostici per nessuna di queste diagnosi e rientrano tra i disturbi della nutrizione e dell'alimentazione con altra specificazione (come le sindromi sotto-soglia o il disturbo da condotte di eliminazione) o senza specificazione. Anche i disturbi della nutrizione e dell'alimentazione con altra specificazione o senza specificazione possono essere associati ad un disagio clinicamente significativo o ad un deficit di funzionamento personale o sociale che richiede attenzione clinica ed un eventuale trattamento. Per un approfondimento e un dettaglio dei criteri diagnostici secondo DSM-5 e ICD-10 si rimanda all'**Allegato 2**.

Per la diagnosi e l'approfondimento diagnostico dei disturbi dell'alimentazione ci si può avvalere di interviste strutturate e di questionari auto- ed etero-somministrati. Il Tavolo Tecnico per i Disturbi dell'Alimentazione raccomanda l'utilizzo della Cartella Clinica (Parte Diagnostica) per i Disturbi dell'Alimentazione (disponibile sul sito <https://www.regione.veneto.it/web/sanita/documenti-dca>) nella sua forma aggiornata al DSM-V e di alcuni questionari per la valutazione della psicopatologia del disturbo dell'alimentazione, come l'Eating Disorders Inventory o l'Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) e della psicopatologia generale, come l'Hopkins Symptoms Checklist o il Brief Symptom Inventory.

L'impatto del disturbo dell'alimentazione sul funzionamento generale viene misurato attraverso il questionario *Clinical Impairment Assessment* (CIA) (allegato 3). Altri questionari possono essere utilizzati sia a scopo clinico che a scopo di ricerca per valutare diversi aspetti della psicopatologia di questo tipo di pazienti (disturbo dell'immagine corporea, perfezionismo infantile, carico familiare, temperamento e personalità, etc...). Una lista completa degli strumenti clinici e diagnostici utilizzabili è riportata nell'**Allegato 3**.

Il processo diagnostico nei disturbi dell'alimentazione è un percorso che non si esaurisce con la valutazione della presenza dei criteri diagnostici da parte dello psichiatra ed eventualmente dello psicologo clinico, ma che richiede un approfondimento del funzionamento personale, cognitivo, familiare e sociale nonché una valutazione nutrizionale/internistica per evidenziare la presenza di complicanze mediche. Può inoltre essere necessaria una visita dietetica per la determinazione dell'introito calorico e di eventuali carenze.

La fase diagnostica prevede almeno una seduta con i familiari nei pazienti adolescenti e nei pazienti adulti nel caso siano presenti situazioni conflittuali o difficoltà familiari che possono ostacolare il trattamento (Tabella 2).

Tabella 2 - Modelli organizzativi valutazione diagnostica (standard minimo)

	Valutazione psichiatrica ed ev. anche psicologica	Valutazione internistica/nutrizionale	Valutazione dietistica	Valutazione famiglia
Anoressia nervosa	100% dei casi	100% dei casi	Nei casi in cui è indicata riabilitazione nutrizionale	Nei pazienti adolescenti e in situazioni di difficoltà
Bulimia nervosa	100% dei casi	Se rischio complicanze	Su specifiche indicazioni	Nei pazienti adolescenti e in situazioni di difficoltà



	Valutazione psichiatrica ed ev. anche psicologica	Valutazione internistica/nutrizionale	Valutazione dietistica	Valutazione famiglia
Disturbo da binge-eating	100% dei casi	Se rischio complicanze legate obesità*	Se indicato*	In genere no
Disturbo da restrizione/evitamento	100% dei casi	100% dei casi	Nei casi in cui è indicata riabilitazione nutrizionale	Nei pazienti adolescenti e in situazioni di difficoltà
Altri	100% dei casi	Se rischio complicanze	Su specifiche indicazioni	Nei pazienti adolescenti e in situazioni di difficoltà
* Questa percentuale dipende dall'esistenza e dal tipo di collaborazione con centri per l'obesità. Nel caso in cui il centro per l'obesità coincide con il centro per i disturbi dell'alimentazione, la percentuale è il 100%.				

La valutazione multidisciplinare è essenziale oltre che per una valutazione delle complicanze mediche (vedi allegato 4), per una corretta **diagnosi differenziale**: soprattutto in presenza di sintomi o presentazioni atipiche, è importante escludere tutte le possibili cause somatiche di dimagrimento come il malassorbimento, la celiachia, i tumori cerebrali, il diabete mellito. Un approfondimento diagnostico e medico accurato a volte è necessario anche in presenza di una forte negazione di malattia. Dal punto di vista psicologico/psichiatrico può a volte non essere semplice la diagnosi differenziale tra anoressia nervosa e disturbo da evitamento/restrizione del cibo o tra anoressia nervosa e depressione o disturbo da somatizzazione (Tabella 3). Anche in presenza di patologie che possono "mimare" alcuni sintomi dell'anoressia nervosa è importante valutare se si tratta di patologie in comorbidità che aggravano il quadro o se va esclusa la diagnosi di anoressia nervosa.

Tabella 3 - Patologie con cui porre diagnosi differenziale in presenza di sintomi di anoressia nervosa

Patologie psichiatriche	Patologie Internistiche
Depressione maggiore, Disturbo da somatizzazione, Disturbo da Evitamento/restrizione dell'assunzione di cibo, Disturbo delirante cronico	Acalasia, Neuropatia autonoma acuta, Lupus, Morbo di Lyme, Encefalomiopatia mitocondriale neurogastrointestinale, Sindrome dell'arteria mesenterica superiore, Morbo di Addison, Tumori cerebrali, Morbo celiaco, Morbo di Crohn, ipertiroidismo, fasi iniziali della sclerosi multipla, Diabete mellito, Malattie da malassorbimento

E' importante la valutazione della **comorbidità** con altri disturbi psichiatrici (e la loro gravità) per stabilire le priorità nel trattamento. In generale, è molto comune la presenza di comorbidità con disturbi dell'umore (soprattutto depressione maggiore), disturbi d'ansia (disturbo d'ansia sociale), disturbi dello spettro ossessivo-compulsivo, disturbi da uso di sostanze. In questi casi, va valutato in modo individualizzato quanto la presenza di un disturbo in comorbidità sia primario o secondario rispetto al disturbo dell'alimentazione e/o



alla malnutrizione associata e quanto interferisca con la possibilità di intraprendere un trattamento specifico per il disturbo dell'alimentazione. Anche la presenza di un pre-esistente disturbo di personalità può interferire con il trattamento di un disturbo dell'alimentazione. E' importante ricordare che un sottogruppo di disturbi dell'alimentazione (soprattutto quelli caratterizzati da sintomi bulimici) sono associati ad un aumento del discontrollo degli impulsi che può sensibilmente migliorare con la remissione dei sintomi alimentari e che quindi non va necessariamente considerato come segno della presenza di un disturbo di personalità. Allo stesso modo il sottopeso e la malnutrizione in alcuni casi determinano un aumento della rigidità e ossessività, tendenza alla procrastinazione, irritabilità, sbalzi del tono dell'umore e riduzione della socializzazione. Queste caratteristiche secondarie scompaiono con la rialimentazione e il ripristino del normopeso e non vanno attribuite a uno specifico disturbo di personalità

Un caso particolare inoltre è la comorbidità con i disturbi da uso di sostanze che richiede una accurata valutazione diagnostica e che può sostanzialmente modificare le indicazioni al trattamento. Gli individui trattati per disturbo dell'alimentazione che non ricevono trattamento per disturbo da uso di sostanze (o viceversa) sono a più alto rischio di sviluppare sintomi sostitutivi, definiti come il passaggio da un comportamento problematico ad un altro. Il rischio di compresenza di un disturbo dell'alimentazione e di un disturbo da uso di sostanze è piuttosto alto (anche in termini prospettici, ossia di rischio di sviluppo successivo) visto che i due tipi di disturbo hanno in comune molti fattori di rischio.

Infine, particolare attenzione va prestata al **rischio suicidario**, visto che il suicidio è una delle possibili cause di morte nei disturbi dell'alimentazione. I disturbi dell'alimentazione sono associati ad una alta frequenza di comportamenti autolesionistici e tentati suicidi, i cui fattori di rischio sono la presenza di comportamenti di eliminazione e la presenza di uso improprio di sostanze e sintomi depressivi, ossessivo-compulsivi e da discontrollo degli impulsi. Il rischio di suicidio, oltre a questi fattori di rischio, è maggiore nelle pazienti con lunga durata del disturbo.

8. Riconoscimento precoce e prevenzione

La **diagnosi precoce** è molto importante, soprattutto nell'anoressia nervosa, per la quale è riconosciuto che una breve durata del disturbo costituisce un importante fattore di prognosi positiva e buona risposta ai trattamenti. A differenza che in altri disturbi (per esempio il disturbo bipolare), il ritardo nell'intraprendere un trattamento adeguato nell'anoressia nervosa non è dovuto ad un "errore" o ad un ritardo nella diagnosi iniziale, ma piuttosto ad una intrinseca difficoltà nel rivolgersi alle strutture sanitarie che erogano trattamenti specialistici. Questo ritardo è dovuto da un lato alla natura egosintonica di molte caratteristiche del disturbo dell'alimentazione (es. il basso peso, la restrizione dietetica e l'esercizio fisico eccessivo), allo stigma e alla vergogna, all'ambivalenza verso il trattamento, ma talvolta anche alla mancanza di servizi specialistici nel territorio. Poiché esistono evidenze che una lunga durata del disturbo è un fattore prognostico negativo, alcuni gruppi internazionali hanno proposto criteri per la stadiazione di anoressia nervosa e bulimia nervosa (in modo simile a quanto proposto per altri gravi disturbi psichiatrici, come la schizofrenia e il disturbo bipolare) allo scopo di individualizzare il tipo di trattamento e la sua intensità cercando di massimizzare appropriatezza ed efficacia a seconda dello stadio di malattia o della durata del disturbo. Se pur interessante, questo approccio è ancora agli albori per quanto riguarda i disturbi dell'alimentazione e non è stato validato da studi accurati.

Il **riconoscimento precoce dei disturbi dell'alimentazione**, ossia la prevenzione secondaria, permette un tempestivo avvio di quelle procedure terapeutiche che consentono di migliorare la consapevolezza del disturbo, di monitorare la salute fisica e di informare correttamente le famiglie. Un trattamento iniziato tempestivamente ha una maggiore probabilità di successo e sembra essere associato ad un minor tasso di ricaduta.

I tassi di riconoscimento precoce possono essere indirettamente migliorati promuovendo nella popolazione interventi di sensibilizzazione e riduzione dello stigma. Possono essere inoltre migliorati attraverso una specifica formazione dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta e di altri specialisti, come

ginecologi ed endocrinologi, nel riconoscimento dei casi.

Inoltre la presenza di sportelli di informazione e di siti internet con informazioni corrette e indicazioni su come rivolgersi ai centri pubblici, ha un ruolo di facilitazione della richiesta di aiuto. Un importante ruolo in questo senso è anche quello delle Associazioni di Familiari e Pazienti che forniscono informazioni sui luoghi di cura e promuovono importanti iniziative di informazione e riduzione dello stigma.

Non ci sono evidenze che interventi di prevenzione primaria universale riducano l'incidenza dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione nella popolazione. L'unico intervento che ha dimostrato effetti positivi su popolazioni a rischio è l'**intervento di prevenzione basato sulla dissonanza cognitiva**. Si tratta di un intervento da utilizzare in persone ad alto rischio che hanno dei sintomi iniziali (prodromi) del disturbo dell'alimentazione (per esempio seguire una dieta per modificare il peso e la forma del corpo oppure avere un'eccessiva preoccupazione per il peso e la forma del corpo). Altri interventi di prevenzione primaria rivolti a giovani e adolescenti non solo possono non essere efficaci, ma potrebbero essere addirittura dannosi, soprattutto se condotti da operatori non esperti nella prevenzione.

9. Percorso terapeutico: evidenze scientifiche

a) Evidenze sui trattamenti psicologici

I trattamenti psicologici sono parte fondamentale del trattamento per i disturbi dell'alimentazione e hanno un'efficacia dimostrata da studi randomizzati e controllati. Tuttavia, mentre sono numerosi gli studi pubblicati sull'efficacia dei trattamenti psicologici nella bulimia nervosa e nel disturbo da binge-eating e nell'anoressia nervosa negli adolescenti, pochi sono quelli che sono stati eseguiti nell'anoressia nervosa di pazienti adulti. Nel caso dei disturbi della nutrizione, alcuni dei quali definiti solo recentemente nei manuali diagnostici, gli studi sono ancora pochi e spesso sono svolti su popolazioni piuttosto eterogenee per quanto riguarda la diagnosi e l'età. Non ci sono pertanto dati conclusivi riguardo la loro efficacia.

b) Trattamento psicologico dell'anoressia nervosa

Evidenze di efficacia sono state dimostrate per alcuni trattamenti psicologici come la terapia cognitivo-comportamentale, soprattutto nella sua modalità migliorata (CBT-E, Fairburn 2008), la terapia cognitivo-interpersonale (Mausley Anorexia Nervosa Treatment for Adults, MANTRA), la psicoterapia psicodinamica focale, la gestione clinica specialistica supportiva (McIntosh, 2006).

Nello studio australiano (SWAN trial) che ha confrontato questi 4 interventi psicologici, il trattamento è stato completato dal 60% dei partecipanti, senza differenze significative tra i trattamenti. Inoltre, non c'è stata una differenza significativa tra i trattamenti nella percentuale che ha raggiunto un peso salutare (media = 50%) e la remissione del disturbo a 12 mesi di follow-up.

Va rilevato che nei pazienti adulti con anoressia nervosa non ci sono evidenze che un particolare trattamento psicoterapico sia più efficace di un altro (Zipfel et al., 2014) e in generale però si è osservato che un trattamento specifico per il disturbo sia più efficace di un trattamento aspecifico. Si ritiene quindi necessaria la presenza di strutture e di personale altamente specializzato.

Per pazienti in età adolescenziale, il trattamento basato sulla famiglia (Family Based Therapy, FBT) e la terapia cognitivo-comportamentale migliorata (CBT-E) per adolescenti (Dalle Grave et al, 2013) sono le terapie supportate da evidenze e consigliate dalle Linee Guida NICE.

c) Trattamento psicologico della bulimia nervosa

Sia per il trattamento della Bulimia Nervosa che per quello del disturbo da binge-eating, le raccomandazioni delle linee guida indicano interventi psicologici specifici. La maggior parte delle linee guida raccomanda la Terapia Cognitivo-Comportamentale (CBT) come intervento di prima scelta, essendo l'efficacia del trattamento supportata da più di 30 trial randomizzati e controllati. Con questo intervento, in particolare con la forma migliorata (CBT-E), due terzi dei pazienti che concludono il trattamento (circa l'80%) raggiungono



una remissione del disturbo e la maggior parte dei rimanenti un grado variabile di miglioramento della psicopatologia.

Alcune linee guida raccomandano come prima scelta (in considerazione del rapporto tra costi e benefici) anche trattamenti di auto-aiuto o auto-aiuto guidato basati sulla CBT, suggerendo di ricorrere a terapie tradizionali in caso di non-risposta.

Altri trattamenti psicologici su cui ci sono evidenze di efficacia nella bulimia nervosa sono: la terapia Interpersonale, la *Dialectical Behavior Therapy*, la *Family-based therapy* (indicata negli adolescenti), le terapie basate sulla *Mindfulness*, e la *Schema Therapy*. Nessuna di queste psicoterapie si è dimostrata superiore alla CBT in termini di efficacia.

I trattamenti psicologici degli adolescenti con bulimia nervosa sono stati poco studiati, ma le linee guida raccomandano il FBT e la CBT-E, sulla base di alcuni studi che hanno dato dei risultati promettenti.

d) Trattamento psicologico del disturbo da binge-eating

L'auto-aiuto guidato basato sulla CBT, la CBT e la IPT sono i trattamenti psicologici indicati dalle linee guida

nel trattamento del disturbo da binge-eating. I trial randomizzati e controllati eseguiti hanno evidenziato che questi trattamenti determinano una remissione degli episodi di abbuffata nel 50% dei casi. Tuttavia, sebbene la riduzione degli episodi di abbuffata sembri prevenire un ulteriore aumento di peso, nessuno di questi trattamenti produce una perdita significativa di peso. Al contrario, la terapia comportamentale dell'obesità può produrre una modesta perdita di peso a breve termine e una riduzione degli episodi di abbuffata, ma al follow-up è meno efficace nel determinare la remissione dagli episodi di abbuffata rispetto all'IPT e all'auto-aiuto guidato basato sulla CBT, e il peso perso è generalmente recuperato.

I trattamenti psicologici per il disturbo da binge-eating negli adolescenti non sono stati adeguatamente.

e) Disturbi della nutrizione e altri disturbi dell'alimentazione

Per i disturbi della nutrizione e i disturbi della nutrizione e dell'alimentazione con altra specificazione, non ci sono sufficienti studi con evidenze di efficacia. Nei disturbi dell'alimentazione con altra specificazione le linee guida raccomandano di utilizzare le procedure terapeutiche del disturbo corrispondente più simile (per esempio, nell'anoressia nervosa atipica, utilizzare le terapie indicate nell'anoressia nervosa). Per quanto riguarda il disturbo da evitamento/restrizione dell'assunzione di cibo gli studi sembrano indicare che è possibile, a seconda dell'età dei pazienti, utilizzare la *Family-based Therapy* (FBT) o una forma adattata della CBT. Non ci sono invece studi sulla pica o sul disturbo da ruminazione.

f) Evidenze sulla riabilitazione nutrizionale

L'efficacia della riabilitazione nutrizionale ospedaliera nel trattamento dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione applicata dalle strutture della Regione Veneto è stata valutata da numerose ricerche pubblicate in riviste peer reviewed internazionali. Uno studio randomizzato e controllato eseguito nella nostra regione, che ha valutato l'efficacia del trattamento riabilitativo ospedaliero in 80 pazienti con anoressia nervosa ha evidenziato che il 90% dei pazienti ha completato il trattamento. Il peso medio dei pazienti, incluso quelli che hanno interrotto il trattamento, è passato da 37,3 kg all'entrata a 48,8 kg alla dimissione. A sei mesi di follow-up il peso medio è leggermente diminuito fino a 46,4 kg, ma poi si è stabilizzato a 46,5 kg a 12 mesi di follow-up, dove il 59% dei pazienti aveva una psicopatologia specifica minima.

L'intervento appare particolarmente efficace negli adolescenti affetti da anoressia nervosa perché, a distanza di un anno dalla dimissione, più dell'80% ha un centile di indice di massa corporea (IMC) corrispondente ad un $IMC \geq 18.5$ negli adulti (Dalle Grave et al., 2014).

Studi recenti hanno anche dimostrato che anche i pazienti adulti con anoressia nervosa grave e di lunga durata (durata del disturbo > 7 anni) raggiungono in più 40% dei casi un $IMC \geq 18.5$ a distanza di un anno dalla dimissione (Calugi et al., 2017). Infine, uno studio recente ha evidenziato che con l'implementazione di una terapia post-ricovero strutturata nei pazienti che hanno completato il trattamento, la percentuale di pazienti adulti con anoressia nervosa che a distanza di 12 mesi dalla dimissione ha un $IMC \geq 18.5$ è simile a quella raggiunta dai pazienti adolescenti con anoressia nervosa (66,7% e 62,2%, rispettivamente) (Dalle Grave et al., 2020). Un dato che sottolinea l'importanza di fare seguire al trattamento riabilitativo ospedaliero una terapia ambulatoriale strutturata.

g) Evidenze sui trattamenti farmacologici

Non ci sono evidenze di efficacia sull'uso di psicofarmaci nell'anoressia nervosa e gli studi randomizzati sono molto pochi vista la complessità del trattamento in questa patologia. In alcuni centri viene usata olanzapina per i suoi potenziali effetti positivi sul recupero del peso, sulla riduzione dell'esercizio fisico eccessivo, dell'ansia relata all'alimentazione e sul funzionamento globale, sebbene gli studi effettuati non abbiano dato dei risultati promettenti. In generale, le linee guida raccomandano di utilizzare nell'anoressia nervosa terapie farmacologiche per la gestione di sintomi o disturbi in comorbidità che sono di ostacolo al trattamento della malattia.

Per quanto riguarda la bulimia nervosa, le linee guida includono il trattamento farmacologico (fluoxetina, 60mg/die) tra le opzioni di trattamento da mettere in atto quando la CBT non sia stata efficace o non sia indicata. Una recente meta-analisi ha dimostrato che sebbene l'uso della fluoxetina sia associato ad una significativa riduzione dei sintomi, la sua efficacia nel promuovere una remissione è piuttosto bassa. Il farmaco antidepressivo non va quindi mai considerato come trattamento di prima scelta.

Diversi studi hanno valutato gli effetti sul disturbo da binge-eating di diversi trattamenti farmacologici (antidepressivi di seconda generazione, stimolanti del sistema nervoso centrale, anticonvulsivanti). A breve termine (non ci sono dati a lungo termine) la maggior parte dei farmaci testati determina maggiori livelli di perdita di peso, una riduzione simile degli episodi di abbuffata, e una maggiore riduzione della psicopatologia generale e dei disturbi dell'alimentazione rispetto al placebo. La lisdexamfetamina, è stata raccomandata dalla *Food and Drug Administration* per il trattamento del disturbo da binge-eating, perché oltre al miglioramento della psicopatologia determina anche una significativa perdita di peso, ma il farmaco non è presente in Italia e sono necessari studi a lungo termine per valutare la sua tollerabilità.

h) Evidenze su trattamenti innovativi

Studi recenti hanno esplorato nuove tecniche terapeutiche e promettenti, ma ulteriori studi sono necessari per giungere a delle evidenze di efficacia. Le tecniche di riabilitazione cognitiva (cognitive remediation therapy), le tecniche di modificazione dei bias (bias modification), tecniche di esposizione (exposure-based therapy) anche utilizzando tecniche di realtà virtuale e tecniche di neurostimolazione invasiva (deep brain stimulation) e non invasiva (transcranial direct current stimulation e repetitive transcranial magnetic stimulation) sono alcune delle tecniche terapeutiche che si sono dimostrate promettenti, ma che necessitano di approfondimento.



10. Modelli organizzativi del percorso terapeutico secondo il “modello a passi successivi”

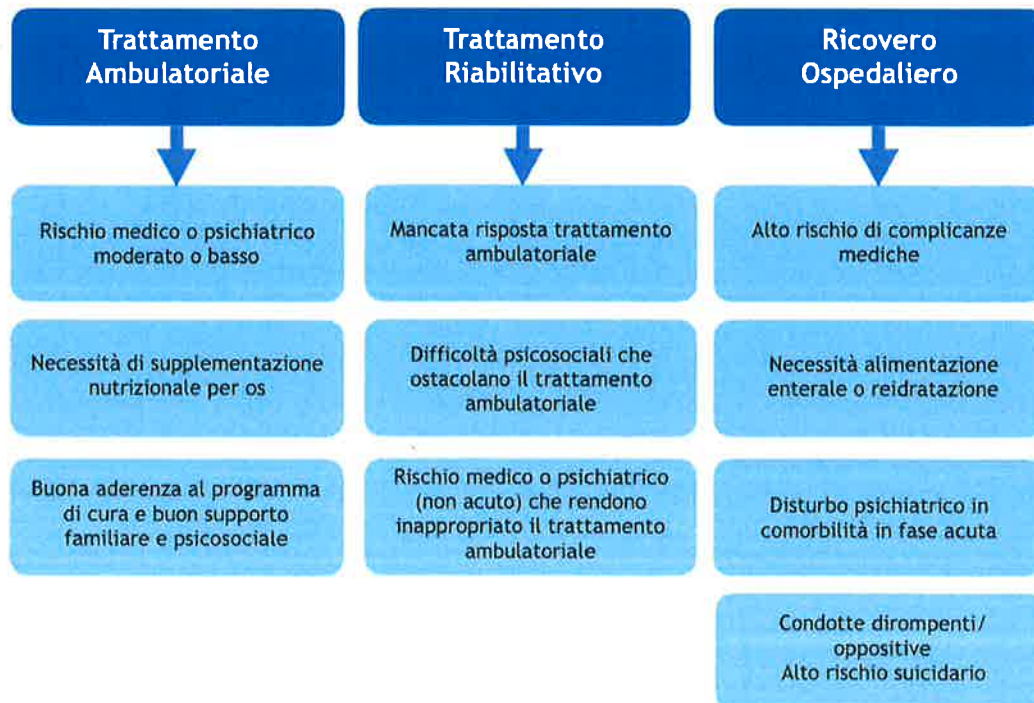
Al di là delle specifiche strategie e procedure terapeutiche, il modello di trattamento raccomandato per i disturbi dell'alimentazione deve prevedere un percorso clinico a passi successivi, che proponga inizialmente interventi ambulatoriali, ma che possa avvalersi di livelli di trattamento progressivamente più intensivi e complessi ove necessario. Le *Linee di indirizzo nazionali per la riabilitazione nutrizionale nei disturbi dell'alimentazione* (Accordo Conferenza Stato Regioni - luglio 2017 Rep. Atti 93/CSR) riprendendo le principali indicazioni di appropriatezza già descritte nei Quaderni del Ministero della Salute del 2013, descrivono i livelli di assistenza dei disturbi dell'alimentazione che devono essere disponibili.

I livelli di assistenza sono rappresentati da:

- 1) medico di medicina generale o pediatra di libera scelta
- 2) terapia ambulatoriale
- 3) la terapia semiresidenziale o ambulatoriale intensiva
- 4) la riabilitazione intensiva residenziale
- 5) il ricovero ordinario e di emergenza

La scelta del contesto di cura per ciascun paziente dovrebbe essere operata sulla base di una valutazione, preliminare e costante nel tempo, delle condizioni mediche, psichiatriche e comportamentali. Poter effettuare una valutazione di tali parametri prima di iniziare il trattamento è essenziale per determinare l'appropriato contesto di cura. Fa parte quindi della valutazione diagnostica l'individuazione del livello di cura da considerare indicato ed appropriato (Figura 2). I livelli di terapia utili sono scelti in base al grado di gravità, dipendente dalle condizioni fisiche, psicologiche e socio ambientali del paziente come rappresentato nella seguente tabella. La disponibilità di tutti questi livelli di assistenza è da ritenersi necessaria ed è interamente garantita nella Regione Veneto.

Figura 2 - Livelli e setting di trattamento



Il **medico di medicina generale e il pediatra di libera scelta** svolgono un ruolo di fondamentale importanza nel riconoscimento precoce dei casi e nell'invio agli ambulatori dedicati o ai centri di riferimento provinciali e regionali anche in presenza di dubbio diagnostico.

Il ruolo del medico di medicina generale e del pediatra di libera scelta è molto importante anche perché rappresentano spesso il primo contatto con l'utente e la famiglia e possono mettere in atto azioni di informazione e correttamente indirizzare i pazienti e i familiari alle strutture della rete di trattamento. In caso di pazienti che rifiutano il trattamento, il medico di medicina generale deve, in collaborazione con i Centri di Salute Mentale, monitorare la situazione di salute del paziente e segnalare eventuali situazioni di rischio. Il medico di medicina generale inoltre collabora con i centri di riferimento o gli ambulatori dedicati nella gestione dei casi con lunga durata del disturbo, monitorando e mettendo in atto interventi di prevenzione dell'insorgenza di complicanze mediche (prevenzione terziaria).

La maggior parte dei pazienti dovrebbe iniziare il percorso terapeutico, compatibilmente con il quadro clinico in atto, al livello meno intensivo di cura e accedere ai trattamenti più intensivi in caso di mancato miglioramento, secondo un modello a passi successivi (Allegato B DGR n. 94/2012). Le principali linee guida concordano nel raccomandare il trattamento ambulatoriale come intervento di prima scelta per i disturbi dell'alimentazione. Il trattamento ambulatoriale, infatti, non interrompe la vita del paziente, come accade con il day-hospital e il ricovero ospedaliero, e i miglioramenti ottenuti tendono a persistere perché conseguiti dal paziente nel suo ambiente abituale di vita (Allegato B DGR n. 94/2012).

Il **setting ambulatoriale** rappresenta pertanto il contesto elettivo di cura dei disturbi dell'alimentazione e garantisce un adeguato risultato clinico in una elevata percentuale dei casi trattati proprio perché non modifica l'assetto di vita del paziente, ma è adatto solo a pazienti che non richiedano il monitoraggio quotidiano delle condizioni fisiche e psicologiche.

Per pazienti con sottopeso importante, il trattamento ambulatoriale è possibile solo se le condizioni mediche sono stabili, vi è una buona consapevolezza di avere un disturbo e il sostegno della rete familiare/socio-relazionale è adeguato.

Le controindicazioni ad un setting iniziale di tipo ambulatoriale, così come indicato anche nell' Allegato B della DGR n. 94/2012, sono le seguenti:

- presenza di un elevato rischio di complicanze organiche (vedi paragrafo "rischio fisico che rende inappropriato il trattamento ambulatoriale");
- presenza di una indicazione urgente ad un ricovero in ambito specialistico psichiatrico (vedi paragrafo "rischio psichiatrico che rende inappropriato il trattamento ambulatoriale").

In questi casi la terapia ambulatoriale dovrebbe essere preceduta da un periodo di cura in un reparto internistico/pediatico o psichiatrico per stabilizzare le condizioni mediche e psichiatriche (vedi tabella con criteri di appropriatezza nel paragrafo 12).

La **tempestività** degli interventi nella gestione dei disturbi dell'alimentazione è di fondamentale importanza perché un'accurata valutazione diagnostica e un tempestivo ed idoneo trattamento possono prevenire l'instaurarsi di gravi quadri organici e meccanismi di mantenimento del disturbo che rendono sempre più bassa la probabilità di risposta ai trattamenti.

Il trattamento di pazienti gravemente sottopeso o nei quali si evidenzia una rapida diminuzione del peso deve quindi essere una priorità e può rendere necessario un ricovero ospedaliero. Tuttavia, anche i casi nei quali non si evidenziano caratteristiche di gravità e di urgenza di trattamento sono a rischio di lunga persistenza del disturbo e quindi, anche in questi casi, va valutata tempestivamente l'indicazione ad un trattamento di maggiore intensità in caso di mancata risposta al trattamento ambulatoriale.

Va sottolineato che, in funzione dell'evoluzione del quadro clinico, è possibile un passaggio dal setting ambulatoriale a quello semiresidenziale/residenziale o ospedaliero – e viceversa, tenendo conto anche del fatto che, vista la complessità clinica di questi disturbi, il trattamento, in alcuni casi, può durare anni e richiedere più passaggi tra setting terapeutici di diversa intensità.

Le transizioni tra i diversi setting di cura costituiscono un momento delicato del percorso, durante il quale vi



è anche il rischio di abbandono della terapia, ed è quindi fondamentale che avvengano nell'ambito di una collaborazione multidisciplinare e ben strutturata sia all'interno dell'equipe curante, sia tra le equipe delle diverse strutture (ambulatoriali, residenziali, ospedaliere ecc.) che vengono coinvolte, al fine di garantire una continuità nelle cure condotte con strategie e procedure condivise ed omogenee.

Proprio per la loro caratterizzazione e per la compresenza di sintomi che interessano aspetti somatici e psichici, i disturbi dell'alimentazione possono giungere da un lato alla prima osservazione di specialisti di varie discipline e dall'altro lato necessitano, sin dal primo approccio diagnostico e nel successivo percorso terapeutico, di un'integrazione di procedure diagnostiche e terapeutiche interdisciplinari. I terapeuti che generalmente entrano in contatto per primi con l'utente possono essere non solo il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta, ma anche il ginecologo, dietologo, gastroenterologo, e altri specialisti che, a fronte della diagnosi clinica effettuata o per una diagnosi differenziale, invieranno l'utente all'ambulatorio dedicato ai disturbi dell'alimentazione.

Il team multidisciplinare dei Centri Provinciali e Regionali deputato alla valutazione e presa in carico dei pazienti con disturbi dell'alimentazione deve effettuare una valutazione appropriata ed integrata sia degli aspetti internistici/nutrizionali, sia degli aspetti psicopatologici/sociali/familiari, stabilendo innanzi tutto la gravità del quadro clinico e il livello di cure più appropriato. Il team multidisciplinare deve essere composto da Psichiatra/ Neuropsichiatra Infantile, Psicologo psicoterapeuta, Medico Internista/Endocrinologo/Pediatra/Specialista in Scienza dell'Alimentazione, Dietista, Infermiere ed eventualmente altre figure professionali per lo svolgimento di attività riabilitative, come Educatori e Terapisti della Riabilitazione.

La multiprofessionalità dell'equipe curante deve consentire di formulare un piano terapeutico e di intervenire di volta in volta in maniera integrata in funzione della gravità e della fase del disturbo, e indirizzando il trattamento, a seconda delle indicazioni, verso il ricovero ospedaliero, il trattamento ambulatoriale o il trattamento residenziale e semiresidenziale. Ogni decisione deve essere discussa in equipe e deve essere comunicata al paziente come espressione del gruppo terapeutico integrato da un *case manager* designato. E' pertanto di fondamentale importanza la collaborazione e comunicazione interna al team multidisciplinare.

Secondo la DGR 94/2012, è possibile e va promossa la diffusione di ambulatori specialistici dedicati ai disturbi dell'alimentazione che collaborino con i Centri di Riferimento nel riconoscimento precoce dei casi e nella gestione ambulatoriale degli stessi. L'organizzazione di questi ambulatori è in capo ai Dipartimenti di Salute Mentale ed ai Servizi per l'età evolutiva delle Aziende ULSS. Gli ambulatori dedicati devono dotarsi di specifici protocolli di collaborazione con i Centri di Riferimento per il tramite dei rispettivi Dipartimenti di Salute Mentale. In generale, gli ambulatori dedicati garantiscono: 1) il riconoscimento precoce dei casi e la valutazione diagnostica avvalendosi delle collaborazioni specialistiche del caso da definire nei protocolli aziendali; 2) la gestione dei casi di lunga durata e di quelli con importante comorbilità psichiatrica in collaborazione con i Centri di Riferimento; 3) la gestione degli interventi psicosociali che necessitano delle strutture del Dipartimento di Salute Mentale o dei Servizi per l'Età Evolutiva (inserimento in comunità terapeutiche, supporto sociale e lavorativo, ecc..).

All'interno degli ambulatori dedicati devono essere presenti operatori esperti e, ove possibile, esistere la possibilità di usufruire della collaborazione delle figure terapeutiche necessarie. Gli ambulatori dedicati possono provvedere (in accordo con i Centri di Riferimento) un primo ciclo di trattamento basato sulle evidenze ai pazienti con disturbi della nutrizione e dell'alimentazione. Questo in particolare per quanto riguarda la bulimia nervosa e il disturbo da binge-eating dove un ciclo di trattamento con le terapie psicologiche evidence-based raccomandate può già portare alla remissione sintomatologica in circa il 50% dei casi. Per quanto riguarda l'anoressia nervosa, vista la necessità di equipe multiprofessionali stabili e l'importanza di interventi specialistici tempestivi e spesso prolungati nel tempo, è auspicabile l'invio tempestivo al Centro di Riferimento. Il Centro di Riferimento ha tra i suoi obblighi la formazione (ed eventuale supervisione) dei terapeuti che operano negli ambulatori dedicati.

Per quanto riguarda il trattamento di pazienti in età pediatrica ed evolutiva, la DGR 94/2012 e la letteratura internazionale ribadiscono la non adeguatezza del modello di presa in carico psichiatrica basata sull'età



("age-based"), attuata dai servizi per i minori in una prima fase e da servizi per adulti nel prosieguo della malattia psichiatrica, a fronte però della necessaria attuazione di interventi età specifici. Il picco di età di insorgenza dei disturbi dell'alimentazione nell'adolescenza o nella transizione dall'adolescenza all'età adulta, nei servizi clinici frammentati per età, obbliga i pazienti e le famiglie a modificare la natura del trattamento quando l'adolescente raggiunge la maggiore età. Un radicale cambiamento nella natura del trattamento durante questa transizioni causa spesso disagio ai pazienti e ai loro famiglie e pericolosi ritardi nell'avvio nella continuazione del trattamento. Il principio fondamentale è quello di garantire continuità alla presa in carico, pur garantendo trattamenti adeguati al livello evolutivo del paziente ed una particolare attenzione alla presa in carico della famiglia.

A questo scopo, è importante che i Centri di Riferimento provinciali e regionali garantiscano trattamenti adatti sia a pazienti in età adolescenziale che a pazienti in età adulta. La presenza all'interno dell'equipe della figura del neuropsichiatra infantile (anche in frazione di TPE) è raccomandabile per poter offrire un trattamento agli utenti di età inferiore ai 18 anni e comunque in funzione dei definendi standard organizzativi e strutturali dei Centri di trattamento afferenti alla rete per i Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione. In alternativa, è possibile per gli utenti sotto i 18 anni avvalersi della collaborazione di ambulatori dedicati organizzati all'interno dei Servizi per l'età evolutiva purché sia garantita la presenza di terapeuti esperti nel campo dei disturbi dell'alimentazione e la presenza delle diverse figure professionali necessarie (almeno medico internista/nutrizionista e dietista, oltre a neuropsichiatra infantile e psicologo clinico) e purché siano stabiliti dei protocolli di collegamento con i Centri di Riferimento che garantiscano la continuità dei trattamenti e la possibilità per gli utenti di qualsiasi età di avvalersi di trattamenti basati sulle evidenze.

La presa in carico dei pazienti con disturbi dell'alimentazione e della nutrizione da parte dei Centri di Riferimento e degli ambulatori dedicati si colloca all'interno di una rete più ampia di servizi all'interno dei quali i Dipartimenti di Salute Mentale (per l'età adulta) e lo IAF (per i minori) detengono la titolarità dei percorsi di cura. Poiché non tutte le ULSS sono dotate di un Centro di Riferimento (provinciale o regionale), i Centri di Riferimento collaborano, a seconda della loro collocazione territoriale, anche con le Aziende ULSS confinanti alla loro per garantire l'accessibilità dei trattamenti necessari. I pazienti possono accedere ai Centri di Riferimento Provinciali e Regionali e agli ambulatori dedicati sia tramite invio del medico di medicina generale, pediatra di libera scelta o altro specialista e comunque secondo normativa vigente.

Il percorso di cura o, nei casi più complessi, il Progetto Terapeutico Riabilitativo Individuale (PTRI) che può essere definito anche avvalendosi dello strumento della UVMD (Unità Valutative Multidimensionali Distrettuali) deve essere formulato in accordo con le indicazioni derivate dalla valutazione specialistica multidisciplinare effettuata dai Centri di Riferimento Regionali e Provinciali.

11. Trattamento ambulatoriale

A livello ambulatoriale la articolazione generale del trattamento prevede la valutazione diagnostica (vedi paragrafo 7 "Percorso Diagnostico"), la formulazione del progetto terapeutico, e il trattamento ambulatoriale vero e proprio (che include le fasi di follow-up).

Per quanto riguarda il percorso diagnostico, oltre a quanto descritto nel paragrafo "Percorso Diagnostico", va sottolineato che la valutazione diagnostica iniziale rappresenta il primo contatto con il paziente e può consentire di porre le basi per una buona alleanza terapeutica ed un avvio di processi motivazionali.

E' importante, nei colloqui di valutazione iniziali, che il terapeuta abbia un atteggiamento empatico e di ascolto interessato, mostrando nello stesso tempo di avere esperienza e competenza nel campo specifico dei disturbi dell'alimentazione.

Nella fase di valutazione occorre garantire una adeguata anamnesi del peso, anamnesi alimentare, anamnesi del disturbo della alimentazione e psichiatrica che forniscano tutti gli elementi fondamentali per poter formulare un progetto terapeutico da proporre al paziente e alla sua famiglia. La valutazione si conclude pertanto con la restituzione all'utente ed alla famiglia dell'esito della valutazione, con la formulazione



diagnostica, la proposta di trattamento e la definizione di un possibile contratto terapeutico.

Nella maggior parte dei casi l'indicazione iniziale è quella di iniziare un trattamento ambulatoriale. Se la valutazione pone invece una controindicazione al trattamento ambulatoriale (condizioni di elevato rischio di complicanze organiche/quadro psichiatrico acuto) oppure non ravvisa i presupposti per un trattamento di tipo ambulatoriale (scarsa consapevolezza, del disturbo situazione sociale e familiare di impedimento, ripetuti insuccessi della terapia ambulatoriale, presenza di deficit cognitivi tali da impedire la necessaria collaborazione), il terapeuta propone a seconda della situazione:

- a) ricovero ospedaliero o in SPDC per elevato rischio di complicanze organiche/quadro psichiatrico acuto (vedi paragrafo 13 per indicazioni);
- b) trattamento riabilitativo di maggiore intensità (vedi paragrafo 12 per indicazioni e appropriatezza);
- c) colloqui motivazionali e di approfondimento diagnostico o di monitoraggio.

Il trattamento multidisciplinare integrato dei disturbi dell'alimentazione a livello ambulatoriale, a seconda della diagnosi, dell'età e della gravità clinica del paziente, si avvale di una serie di interventi quali le visite di controllo specialistiche, gli interventi psicoterapici, gli interventi di riabilitazione nutrizionale, il trattamento farmacologico, gli interventi rivolti alla famiglia. Le varie figure professionali coinvolte nella terapia nel setting ambulatoriale devono operare in una équipe funzionale, e non limitarsi a fornire unicamente prestazioni puntiformi sul modello consulenziale.

Obiettivi di base del trattamento sono il ripristino di uno stato nutrizionale sano e di un buon funzionamento psico-sociale, l'interruzione dei comportamenti non salutari di controllo del peso, il ripristino graduale di un pattern alimentare più adeguato, il miglioramento della psicopatologia specifica del disturbo dell'alimentazione e dell'eventuale psicopatologia generale associata, il recupero degli eventuali parametri clinici/di laboratorio alterati e, nel caso dell'anoressia nervosa, il ripristino del ciclo mestruale in modo fisiologico, come conseguenza della riabilitazione nutrizionale e della normalizzazione del peso.

Oltre agli interventi psicoterapici basati sulle evidenze, possono rendersi necessari interventi motivazionali o di "preparazione" alle terapie vere e proprie o interventi mirati a particolari condizioni di comorbidità. Molto utili sono anche gli interventi psicoeducazionali individuali o di gruppo rivolti agli utenti e/o ai loro familiari. Per quanto riguarda le tecniche di riabilitazione nutrizionale si rimanda alle "Linee di indirizzo nazionali per la riabilitazione nutrizionale dei disturbi dell'alimentazione" recepite dalla Regione Veneto con DGR n. 569 del 9.5.2019 ("Recepimento Accordo Conferenza Stato Regioni sul documento "Linee di indirizzo nazionali per la riabilitazione nutrizionale nei disturbi dell'alimentazione").

A livello ambulatoriale (Tabella 3), sia la riabilitazione nutrizionale che gli interventi psicologici/psicoterapici hanno l'obiettivo generale non solo di affrontare la restrizione dietetica calorica e il sottopeso, ma anche la restrizione dietetica cognitiva (ossia la tendenza a limitare l'assunzione di cibo allo scopo di controllare il peso e la forma del corpo e a considerarla come un fattore positivo, indipendentemente dal fatto che esso produca un deficit energetico). Questa stretta interdipendenza tra fattori nutrizionali, introito calorico, comportamenti e psicopatologia spiega la stretta associazione tra le tecniche riabilitative nutrizionali e le tecniche psicoterapiche e la necessità di un progetto terapeutico unitario tra le diverse discipline e figure professionali implicate.

Breve termine (con controlli ogni 7-10 gg)	Medio termine (con controlli ogni 15-30 gg)	Lungo termine (con controlli ogni 30-90 gg)
<p>In questa fase gli obiettivi sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Arresto della perdita di peso • Interruzione del digiuno/semidigiuno • Riduzione significativa dell'uso di lassativi, diuretici o abuso di liquidi • Riduzione significativa dell'attività fisica o compensatoria • Riduzione significativa delle condotte purgative 	<p>In questa fase gli obiettivi sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> • recupero del peso corporeo • riequilibrio anche parziale dei pasti • ripristino degli intervalli cibo/non cibo • ripristino del concetto fame/sazietà 	<p>In questa fase gli obiettivi sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> • recupero del peso • normalizzazione della composizione corporea; • riequilibrio dei pasti; • normalizzazione cicli mestruali
Periodo massimo di trattamento previsto in questa fase: 3 mesi	Periodo massimo di trattamento previsto in questa fase: 6-12 mesi	Periodo massimo di trattamento previsto in questa fase: 12-36 mesi

Gli obiettivi, sia sul piano psichico, sia sul piano fisico, andranno man mano adattati al singolo caso in funzione della diagnosi, della comorbidità, della gravità e della fase del disturbo, sempre nell'ambito di una visione integrata multidisciplinare. Il trattamento ambulatoriale si struttura infatti in fasi diverse che si susseguono e si contraddistinguono per specifici obiettivi e relative modalità di intervento dei singoli professionisti nell'ambito di una progressiva evoluzione della cura e dei suoi risultati.

E' opportuno monitorare con regolarità l'andamento della terapia ambulatoriale, sia per provvedere in caso di peggioramento della situazione clinica ad un eventuale ricovero urgente, sia per valutare l'efficacia del trattamento ambulatoriale. A questo scopo, è buona prassi strutturare dei cicli di cura di 12-16 settimane alla fine dei quali rivalutare la situazione e le indicazioni alla prosecuzione del trattamento ambulatoriale o ad un trattamento di maggiore intensità (Tabella 4). All'inizio di ogni ciclo di trattamento vanno concordati con il paziente gli obiettivi da raggiungere. Nelle fasi iniziali del trattamento, la cadenza dei colloqui terapeutici sarà almeno settimanale, mentre nelle fasi di mantenimento o monitoraggio gli incontri saranno meno frequenti. Per i pazienti in carico viene valutata l'opportunità di un supporto psicofarmacologico da proporre al paziente.

L'utilizzo di interventi psicoterapici basati sulle evidenze richiede di formulare i cicli di trattamento tenendo conto che per la terapia cognitivo comportamentale (CBT-E) la versione per anoressia nervosa consiste in un totale di 40 sedute distribuite su 40 settimane, con una fase iniziale di 4 settimane in cui le sedute sono due a settimana. La versione della CBT-E per gli altri disturbi dell'alimentazione è di 20 sedute distribuite su 20 settimane, con una fase iniziale di 4 settimane in cui le sedute sono due a settimana.

Tabella 4 - Trattamento ambulatoriale nelle diverse diagnosi (interventi minimi da erogare)



	Prestazioni	
Casi di anoressia nervosa che richiedano un monitoraggio stretto delle condizioni fisiche e psichiche	Ciclo trattamento prima fase con rivalutazione a metà ciclo	
Casi di anoressia nervosa in solo trattamento ambulatoriale	Ciclo trattamento prima fase ripetuto 3 volte + ciclo trattamento seconda fase + fase monitoraggio e follow-up	
Casi di anoressia nervosa in trattamento riabilitativo e successiva fase ambulatoriale	Ciclo trattamento prima fase (ripetibile se necessario) + ciclo trattamento seconda fase + fase monitoraggio e follow-up	
Casi di bulimia nervosa o altri disturbi dell'alimentazione e della nutrizione	Ciclo trattamento prima fase + ciclo trattamento seconda fase + fase monitoraggio e follow-up	
Ciclo trattamento ambulatoriale prima fase (12 settimane, ripetibile):	Numero*	Durata
Psicoterapeuta: incontri settimanali motivazione o psicoterapia EBM	9-16	45 minuti/sessione
Psichiatra o Neuropsichiatra infantile: visite di controllo e monitoraggio farmacologico se presente	3	30 minuti/sessione
Medico internista/nutrizionista per utenti sottopeso o se indicato	1-3	45 minuti/sessione
Dietista (se indicato)	2-10	30 minuti/sessione
Intervento psicoeducazione o terapia familiare (pazienti minorenni o giovani adulti conviventi in famiglia)	4-8	45 minuti/sessione
Ciclo trattamento ambulatoriale seconda fase (12 settimane, ripetibile):		
Psicoterapeuta: incontri settimanali motivazione o psicoterapia EBM	6-10	45 minuti/sessione
Psichiatra o Neuropsichiatra infantile: visite di controllo e monitoraggio farmacologico se presente	3	30 minuti/sessione
Medico internista/nutrizionista per utenti sottopeso o se indicato	2-3	45 minuti/sessione
Dietista (se indicato)	0-6	30 minuti/sessione
Fase monitoraggio e follow-up (6 mesi, ripetibile)	Numero*	Durata
Psichiatra o Neuropsichiatra infantile: visite di controllo e monitoraggio farmacologico se presente	3-6	45 minuti/sessione
Medico internista/nutrizionista per utenti sottopeso o se indicato	1	45 minuti/sessione

* il numero di sedute indicato corrisponde agli standard minimi tarati su diversi livelli di gravità del caso



Le famiglie e gli altri significativi che si fanno carico di persone affette da disturbi della nutrizione e dell'alimentazione spesso sperimentano una grave condizione di difficoltà ed angoscia ed il loro coinvolgimento nella valutazione diagnostica e nel trattamento richiede adeguato supporto ed informazione. Il coinvolgimento dei famigliari e degli altri significativi può aiutare a creare un ambiente che facilita il cambiamento del paziente nella terapia ambulatoriale o il mantenimento dei risultati raggiunti con una riabilitazione intensiva nel momento della dimissione. Le linee guida indicano che il coinvolgimento diretto delle famiglie e degli altri significativi nel trattamento dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione è uno degli aspetti di comprovata efficacia clinica, almeno nel trattamento degli adolescenti, ma è auspicabile che sia previsto anche nel trattamento degli adulti, previo il loro consenso. Il loro coinvolgimento può avvenire in vari modi ed a vari livelli (psicoeducazione, psicoterapia familiare, trattamenti basati sulla famiglia con gestione supervisionata dei pasti familiari).

Il trattamento ambulatoriale in età evolutiva ricalca la modalità per passi successivi già illustrata, integrando la fase di valutazione con tutte le specificità necessarie alla età evolutiva sia per quanto riguarda le modalità di rapporto con la utenza, sia per l'utilizzo di strumenti psicodiagnostici (per il DA e per la psicopatologia generale) adeguati all'età dell'utenza che per l'utilizzo dei percentili come strumenti di misurazione di peso, altezza e BMI (Allegato 3).

Nel trattamento di utenti in età pediatrica/evolutiva è di primaria importanza il coinvolgimento dei familiari. Alla famiglia vanno indirizzati trattamenti di tipo psicoeducazionale e, ove necessario, anche specifici interventi sulle relazioni familiari ed interventi mirati alla gestione dell'alimentazione a domicilio.

Il trattamento psicoterapico e di riabilitazione nutrizionale deve essere adattato all'età del paziente in modo flessibile, valutando cioè con attenzione quando valorizzare le capacità di autonomia e quando avvalersi del coinvolgimento diretto dei familiari.

Poiché è noto che gli utenti con disturbi dell'alimentazione possono abbandonare il trattamento ambulatoriale prima della sua conclusione, è consigliabile che gli ambulatori dedicati e i Centro Provinciali/Regionali prevedano di ricontattare il paziente o i familiari per facilitare, quando possibile e indicato, la continuità del trattamento. Nel caso di pazienti instabili è opportuno (previo consenso) avvertire il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta.

12. Trattamenti riabilitativi

Il luogo elettivo per il trattamento dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione è quello ambulatoriale. Nonostante ciò, un sottogruppo di pazienti non risponde al trattamento ambulatoriale e, in questi casi, è necessario intensificare il livello di trattamento ricorrendo a trattamenti riabilitativi che possono essere erogati nelle seguenti tipologie di strutture:

- Strutture ospedaliere per ricovero riabilitativo (codice 56);
- Strutture per ricovero ordinario a ciclo diurno (day hospital ospedaliero);
- Strutture riabilitative extraospedaliere residenziali o semiresidenziali (day hospital territoriale e centro diurno);
- Attività ambulatoriale in regime di day service.

L'accesso al ricovero riabilitativo può avvenire a seguito di un evento indice, che può consistere in un ricovero in ambito internistico e/o pediatrico, per la gestione delle complicanze mediche secondarie alla malnutrizione, oppure in ambito psichiatrico per la gestione delle complicanze psichiatriche acute associate al disturbo dell'alimentazione. L'accesso al percorso di riabilitazione ospedaliera, in molti casi, avviene anche in assenza di un evento indice, secondo i criteri di appropriatezza riportati nell'Allegato B della DGR 94/2012 che si riporta in Tabella 5.

**Tabella 5 - Criteri di appropriatezza di ricovero in struttura riabilitativa**

INDICAZIONI AL RICOVERO (il ricovero è indicato se sono soddisfatti uno o più dei seguenti)
1. Mancata risposta ad un trattamento ambulatoriale condotto secondo le indicazioni del PDTA
Nessun miglioramento o peggioramento dopo 12 settimane di cura
2. Rischio fisico che rende inappropriato il trattamento ambulatoriale
Basso peso corporeo (IMC < 15 kg/m ²)
Rapida perdita di peso (> 1 kg/settimana per almeno 6 settimane)
Elevata frequenza di vomito autoindotto
Elevata frequenza di uso improprio di lassativi
Elevata frequenza di uso improprio di diuretici
Elevata frequenza di esercizio fisico compulsivo con BMI < 17.5
Sintomi e segni che indicano una instabilità medica
3. Rischio psichiatrico che rende inappropriato il trattamento ambulatoriale
Elevata frequenza di episodi di autolesionismo grave (Es. tagli, bruciature)
Depressione grave con e senza rischio suicidiario
Elevata impulsività
Uso improprio di sostanze
4. Difficoltà psicosociali che ostacolano il trattamento ambulatoriale
Isolamento sociale
Interruzione della attività scolastica o lavorativa
Ambiente familiare problematico

Nei casi di comorbidità tra disturbi della nutrizione e dell'alimentazione e disturbo da uso di sostanze, va valutato quanto l'uso della sostanza interferisce con la possibilità di intraprendere un percorso terapeutico. Se l'uso della sostanza è intermittente non c'è una controindicazione assoluta al ricovero riabilitativo. Al contrario, se l'uso della sostanza è continuativo, è indicato trattare prima il disturbo da uso di sostanze in strutture specializzate e poi il disturbo della nutrizione e dell'alimentazione. Infatti per il ricovero riabilitativo dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione è necessario che la dipendenza da sostanze sia stabilizzata in remissione iniziale, eventualmente anche in trattamento farmacologico, e siano completamente risolti eventuali quadri di intossicazione o astinenza.

Laddove si configuri la necessità di un accesso alle strutture riabilitative, il tempo necessario all'ingresso deve essere il più breve possibile e comunque **non superiore alle 12 settimane** (Quaderni del Ministero della Salute, 2013).

Nell'arco di tempo necessario all'ingresso in struttura riabilitativa, il servizio che ha in carico l'utente e la struttura che accoglierà l'utente concordano il progetto relativo al passaggio dal setting ambulatoriale o ospedaliero per acuti a quello a maggior intensità di cura riabilitativa.

In vista dell'accesso alla struttura riabilitativa è necessario che il servizio inviante e la struttura accogliente attuino le seguenti strategie:

- stimolare il paziente ad iniziare il percorso di cambiamento già con il trattamento ambulatoriale allo scopo di evitare, se possibile, il ricovero riabilitativo;
- monitorare l'evoluzione delle condizioni mediche e psicosociali con periodiche valutazioni cliniche, di laboratorio e strumentali;



- programmare, in caso di necessità, brevi periodi di ospedalizzazione in reparti internistici/pediatrici (o nei day-hospital riabilitativi) per gestire le condizioni di instabilità medica;
- valutare l'opportunità; da parte della struttura riabilitativa nella cui lista di attesa l'utente è inserito e in accordo con il servizio che ha in carico l'utente, di effettuare periodiche visite per valutare ed eventualmente rinforzare le motivazioni del paziente al ricovero nell'ambito del PTRI.

Le priorità clinica nell'accesso alle strutture riabilitative deve tener conto della specificità clinica dei disturbi della nutrizione e della nutrizione in età evolutiva. Infatti il sottopeso e la malnutrizione hanno un effetto negativo maggiore negli adolescenti rispetto agli adulti, perché i loro organi non sono ancora sviluppati e lo sviluppo psico-fisico non si è ancora completato. In generale, inoltre, la tempestività dei trattamenti nei pazienti con breve durata di malattia è un fattore che migliora la prognosi.

Infatti, spesso i disturbi della nutrizione e dell'alimentazione in età evolutiva adolescenziale si connotano come "esordi" del disturbo che possono beneficiare di un miglioramento tangibile e della remissione della psicopatologia se viene attuata una diagnosi precoce ed effettuato un intervento terapeutico riabilitativo tempestivo. Nelle situazioni in cui il disturbo della nutrizione e dell'alimentazione è di lunga durata, spesso associato a comorbilità psichiatrica, decadimento organico e peggioramento della qualità di vita, i fattori di mantenimento del disturbo sono molteplici e le ricadute in ambito socio familiare e lavorativo possono associarsi a livelli di disabilità assai più ampia che non quelli riconducibili alla semplice presenza della psicopatologia del disturbo dell'alimentazione. In questi casi, sebbene si possa ottenere una remissione completa del disturbo dopo un periodo di riabilitazione intensiva residenziale, i quadri psicopatologici possono portare a ricadute o comunque pur se stabilizzati ad aspetti di disabilità residua, in particolare nell'area interpersonale e lavorativa, e possono richiedere in casi specifici interventi socio riabilitativi (inserimento lavorativo, ecc...).

La **riabilitazione intensiva in regime residenziale** va eseguita in un contesto specializzato nella cura dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione ovvero nelle strutture residenziali extraospedaliere individuate nella programmazione socio sanitaria della Regione che siano in grado di fornire al paziente un programma riabilitativo che integri la riabilitazione nutrizionale, fisica, psicologica e psichiatrica (Quaderni del Ministero della Salute, 2013).

La riabilitazione intensiva va praticata preferibilmente in un'unità aperta, fatte salve le necessarie misure di protezione e tutela nonché di gestione del rischio clinico, per permettere ai pazienti in condizioni sufficientemente stabili di avere permessi di uscita giornalieri e di ricevere visite (Quaderni del Ministero della Salute, 2013). Elementi chiave del trattamento dovrebbero essere lo sviluppo di una relazione terapeutica collaborativa e la responsabilità del paziente e della sua famiglia, se minore, nel cambiamento comportamentale. Tutte le strutture si rifanno ai principi di trattamento previsti nelle indicazioni regionali e nazionali per il trattamento dei disturbi della nutrizione e della nutrizione, con particolare attenzione alle "Linee di indirizzo nazionali per la riabilitazione nutrizionale nei disturbi dell'alimentazione" così come recepite nella DGR 569 del 9 maggio 2019. Le strutture riabilitative si caratterizzano per l'intensità del percorso psicologico e nutrizionale e per la specificità di procedure per il sostegno alla rialimentazione, avvalendosi eventualmente delle integrazioni nutrizionali (per os e/o per via enterale) allo scopo di scongiurare il ricorso alla ospedalizzazione per acuti con la conseguente discontinuità nel trattamento e nel rapporto di cura.

La **riabilitazione intensiva in regime semi-residenziale** va attuata in una struttura specializzata nella cura dei disturbi dell'alimentazione e della nutrizione e deve poter garantire trattamenti in regime diurno analoghi a quelli residenziali, con la differenza che il paziente non viene allontanato dal nucleo familiare e, a seconda dell'orario e dei giorni di apertura, svolge alcuni pasti in autonomia. Il trattamento riabilitativo a livello semiresidenziale può essere attuato come prima istanza terapeutica oppure come prosecuzione del trattamento ospedaliero e residenziale. Questo livello di trattamento è indicato nei casi in cui il paziente, pur non rispondendo al trattamento ambulatoriale, abbia una sufficiente motivazione al trattamento e un buon controllo sui comportamenti psicopatologici. Le condizioni psicologiche e cliniche possono essere meno



compromesse rispetto a quelle dei pazienti che accedono al trattamento residenziale e l'ambiente familiare è caratterizzato da maggiori capacità di aiutare il paziente nel suo percorso.

Nelle strutture semiresidenziali è altresì possibile, in casi particolari (per esempio quando non vi è consapevolezza del disturbo), eseguire inserimenti di breve durata per effettuare interventi per migliorare la consapevolezza del disturbo e favorire l'aderenza ad un futuro trattamento.

La riabilitazione intensiva residenziale e semi-residenziale va attuata da un'equipe multidisciplinare che sia in grado di affrontare la psicopatologia specifica dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione, l'eventuale psicopatologia generale associata e le complicanze mediche della malnutrizione e dell'uso di comportamenti estremi di controllo del peso (per es. dieta ferrea, vomito autoindotto, uso improprio di lassativi e diuretici, esercizio fisico eccesso) che di norma sono presenti nei casi complessi trattati nei setting intensivi di cura (Quaderni del Ministero della Salute, 2013). La riabilitazione nutrizionale acquista un significato ed una valenza terapeutica solo se inserita in un contesto di trattamento multidisciplinare integrato e che non si basi sul modello tradizionale dietetico prescrittivo, ma utilizzi strategie e procedure psicologiche. In genere, nella nostra Regione, accedono a questi servizi soprattutto pazienti con diagnosi di anoressia nervosa e anoressia nervosa atipica, con minore frequenza pazienti con bulimia nervosa, disturbo da binge-eating o disturbo da restrizione/evitamento dell'assunzione di cibo. Il ricovero non è indicato per pazienti con pica e disturbo da ruminazione, mentre per i pazienti con disturbo da binge-eating con associata obesità in genere i trattamenti riabilitativi intensivi vengono svolti in strutture riabilitative dedicate (vedi PDTA Regione Veneto Obesità) specializzate nella gestione della grave obesità.

Nell'equipe multidisciplinare possono essere incluse in modo variabile, in base al livello di intensità di cura e al setting di cura (ricovero in unità riabilitative nutrizionali, ricovero in unità riabilitative psichiatriche, ricovero in unità semiresidenziali) le seguenti figure professionali (Quaderni del Ministero della Salute, 2013): medici (psichiatri/neuropsichiatri infantili, medici con competenze nutrizionali, internisti, pediatri, endocrinologi), dietisti, psicologi, infermieri, educatori professionali, tecnici della riabilitazione psichiatrica e fisioterapisti. Sulla base delle indicazioni contenute nelle DGR 569/19 allegato B, il funzionamento della équipe deve essere caratterizzato da alti livelli di comunicazione e dalla condivisione dei progetti terapeutici che si sostanzia nella partecipazione a momenti integrati di discussione dei casi clinici tra specialisti, MMG/PLS e famiglie. Le figure professionali individuate devono essere dotate di specifica competenza nei disturbi dell'alimentazione e della nutrizione, anche in funzione dell'età degli utenti in trattamento, e con un orario compatibile con il numero e la tipologia di utenti.

Non esistendo al momento una normativa nazionale o regionale specifica per le strutture dedicate al trattamento riabilitativo intensivo dei disturbi dell'alimentazione e della nutrizione che definisca gli standard di personale necessari, le équipe multidisciplinari devono essere costituite sulla base degli standard di personale di strutture simili di tipo riabilitativo tenendo tuttavia presente la necessità di dotare le strutture riabilitative di peculiari professionalità (vedi sopra) necessarie al trattamento di questi pazienti e tenendo conto dell'età degli utenti afferenti a quella struttura.

Per quanto riguarda il trattamento riabilitativo residenziale e semi-residenziale dei pazienti in età evolutiva, le tecniche di trattamento si differenziano per un maggior coinvolgimento della famiglia e per la necessità di adattare in modo flessibile le tecniche psicoterapiche al livello evolutivo del paziente. Le linee guida raccomandano che anche nei pazienti più giovani sia mantenuto un alto livello di comunicazione e coinvolgimento attivo del paziente, garantendo appena possibile e in base all'urgenza, un approccio psicoterapico individuale e/o familiare e la frequentazione della scuola tramite il progetto "Scuola nell'Ospedale" del Ministero dell'Istruzione <https://www.miur.gov.it/scuola-in-ospedale-e-istruzione-domiciliare> e, nelle strutture extraospedaliere, sulla base del protocollo di istruzione domiciliare.

Le strutture residenziali che offrono trattamenti riabilitativi ad adulti e adolescenti (dai 14 anni in poi) devono garantire per i pazienti adolescenti minorenni l'elevato coinvolgimento della famiglia, le esigenze di custodia, ed una separazione funzionale dei processi di cura. Vanno messe in atto, per esempio, strategie per evitare che pazienti all'esordio siano a lungo in contatto o restino da soli con pazienti con lunga durata del disturbo e i pazienti minorenni devono condividere la stanza con pazienti di età simile. Per il trattamento



riabilitativo di utenti con età inferiore ai 14 anni è auspicabile il ricovero in strutture dedicate che garantiscano la presenza del neuropsichiatra infantile all'interno di una équipe multiprofessionale integrata. Gli obiettivi e le procedure del trattamento riabilitativo devono essere adattati alle necessità del singolo paziente, previa valutazione multidisciplinare, definendo nelle unità di riabilitazione nutrizionali il progetto terapeutico riabilitativo personalizzato (PTRP), contenente:

- *situazione attuale* (sintesi degli elementi salienti relativi a patologia, menomazioni e disabilità);
- *outcome globale* (esiti complessivi attesi nel lungo termine, oltre il termine del ricovero);
- *outcome funzionale* (esito atteso al termine del ricovero, relativo al set completo di parametri oggetto dei trattamenti erogati nel corso del ricovero);
- *outcome specifici* (esiti attesi a breve e medio termine, relativi a set di parametri minori o più discreti, ad esempio riferiti al recupero di una funzione);
- *aree di intervento specifico*.

Alla fine del ricovero vanno riportati gli esiti degli outcome specifici. Nelle unità di riabilitazione psichiatra tale valutazione avviene sulla base del Progetto di trattamento Individuale (PTI) predisposto dal servizio inviante per gli adulti e dell'analogo Progetto Quadro (PQ) previsto per i minori. I casi provenienti da domicilio possono accedere anche tramite impegnativa del MMG. Occorre prevedere che si attivi una comunicazione con il DSM, in relazione al suo ruolo di governance territoriale anche per queste tipologie di utenti. Si prevede la definizione di una comunicazione circa il ricovero in essere che la struttura può fare al DSM in accordo con la normativa sulla privacy, la normativa vigente e con il consenso dell'utente, nell'ottica della continuità terapeutica che potrà essere richiamata nell'accordo contrattuale con la struttura.

Gli interventi terapeutici e riabilitativi eseguiti nelle strutture residenziali e semi-residenziali sono:

- valutazione psichiatrica (inclusa valutazione sintomi in comorbilità);
- valutazione medica internistica e dello stato nutrizionale (con eventuale gestione complicanze);
- pasto assistito;
- psicoterapia individuale;
- psicoterapia di gruppo e/o gruppi psicoeducazionali;
- coinvolgimento dei familiari sia per gli aspetti psicoeducativi sia nella gestione dei pasti a domicilio.

Durante il percorso riabilitativo residenziale o diurno titolare del progetto terapeutico è il servizio inviante con il quale è necessario mantenere una collaborazione costante durante il periodo di ricovero riabilitativo fino all'atto della dimissione che deve essere concordata e adeguatamente preparata nell'ottica di garantire la successiva presa in carico territoriale con continuità di cura.

La **durata** del trattamento riabilitativo è legata al progetto individuale predisposto e deve avere una durata tale da permettere la normalizzazione dello stato di nutrizione, il miglioramento della psicopatologia specifica del disturbo dell'alimentazione ed il miglioramento della psicopatologia generale eventualmente associata. Dopo la dimissione vanno messi in atto interventi per il mantenimento degli effetti positivi della riabilitazione e per la prosecuzione del trattamento psicoterapico. Nei casi di lunga durata vanno valutate anche le esigenze riabilitative per il recupero delle funzioni sociali e lavorative.

La **ricaduta** dopo la dimissione è uno dei problemi principali associati al trattamento riabilitativo residenziale dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione. Questo è dovuto a numerosi fattori, tra cui la mancata normalizzazione del peso corporeo, la natura del ricovero, che non espone il paziente agli stimoli ambientali di mantenimento del disturbo della nutrizione e dell'alimentazione, la natura persistente della psicopatologia del disturbo e la scarsa preparazione del paziente e della sua famiglia al post-ricovero. Per quanto riguarda quest'ultimo punto, dati della ricerca indicano che la ricaduta dopo un ricovero ha più probabilità di verificarsi se il paziente non riceve un trattamento dopo la dimissione, se il trattamento post-ricovero è di impostazione concettuale molto diversa da quello ricevuto durante il ricovero, se non si verificano cambiamenti importanti nell'ambiente dove il paziente vive, e se il trattamento in sede di ricovero non ha una durata idonea a svolgere il programma previsto e adeguato alle necessità del paziente.

Questi dati indicano l'importanza di programmare in modo ottimale il passaggio dalla terapia nell'unità di riabilitazione a quella nel centro ambulatoriale di riferimento. A tal fine, l'unità di riabilitazione deve



prendere contatto con il centro ambulatoriale con anticipo affinché il paziente possa avere il primo appuntamento il prima possibile dopo la data di dimissione (**entro massimo 10 giorni**).

Poiché i dati della ricerca indicano che la maggior frequenza di ricadute post-ricovero si osserva nei primi mesi dopo la dimissione (Dalle Grave et al., 2014), il centro ambulatoriale di riferimento dovrebbe pianificare visite con maggiore frequenza nei primi mesi dopo la dimissione o, in alcuni casi e se disponibile, prevedere un trattamento semi-residenziale da sospendere gradualmente.

Nel periodo precedente la dimissione, l'utente dovrebbe essere messo nelle condizioni di sperimentare la progressiva esposizione a contesti di complessità crescente attraverso permessi di uscita con i familiari e rientri temporanei al proprio domicilio. La dimissione dalla struttura avviene in modo "programmato", in una logica di "continuum care".

All'utente viene anche consegnata una relazione clinica contenente gli aspetti salienti del percorso riabilitativo e tutte le informazioni cliniche necessarie nonché una descrizione delle aree che necessitano di specifica attenzione e/o intervento clinico o socio riabilitativo. La struttura riabilitativa può predisporre incontri di follow-up per un riscontro dell'efficacia a lungo termine del proprio intervento. Per gli utenti che abbiano in previsione il passaggio ad un trattamento in day-hospital o a strutture a minor intensità riabilitativa e di trattamento, la dimissione deve avvenire nell'ambito di un programma concordato con la struttura accogliente e con governance da parte del servizio che ha in carico l'utente.

13. Ricovero ospedaliero

Il ricorso al ricovero ospedaliero ordinario in un reparto medico ospedaliero o in un Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura può rendersi necessario sia ancora prima di iniziare un trattamento ambulatoriale per il disturbo dell'alimentazione e della nutrizione sia in uno qualsiasi dei momenti successivi (trattamento ambulatoriale o trattamento riabilitativo intensivo). Nel primo caso, il ricovero ha lo scopo di stabilizzare le condizioni mediche-internistiche e/o psichiatriche per permettere l'avvio o la ripresa di una terapia specifica (ambulatoriale o intensiva). Nel secondo caso, il ricovero consegue ad un peggioramento delle condizioni cliniche del paziente nel corso del trattamento.

Le situazioni acute di tipo psichiatrico che possono rendere indicato un ricovero in reparto psichiatrico o di neuropsichiatria infantile sono, per esempio, una ideazione suicidaria, una grave depressione, o altri tipi di quadro psichiatrico acuto. Il trattamento di questi quadri psicopatologici, in pazienti con disturbo dell'alimentazione o della nutrizione, non differisce di per sé da quello di altri pazienti non affetti da questi disturbi. E' comunque importante garantire in aggiunta un piano nutrizionale personalizzato o l'utilizzo di ausili nutrizionali (integratori per os o, in casi gravi, anche nutrizione enterale, oltre all'idratazione necessaria). Anche nel caso di ricovero in SPDC, come nei reparti di medicina e pediatria, il personale deve sviluppare una specifica competenza nella gestione dei comportamenti manipolativi, con una particolare attenzione alla chiarezza della comunicazione e alla definizione delle regole di comportamento. Nel caso di pazienti non noti ai servizi o ai Centri di Riferimento per i Disturbi dell'Alimentazione, il ricovero può rappresentare un momento importante di approfondimento diagnostico e di progettazione di interventi terapeutici appropriati.

Per i trattamenti psichiatrici senza consenso si rimanda al paragrafo successivo.

Per quanto riguarda il rischio fisico, esistono condizioni e caratteristiche cliniche associate al disturbo dell'alimentazione che rappresentano un elevato rischio se non vengono velocemente modificate. Alcuni esempi includono:

- Peso corporeo molto basso: non esiste un livello di peso minimo preciso per determinare con certezza la presenza di rischio fisico che controindica l'esecuzione di un trattamento ambulatoriale; come linea guida generale si suggerisce di considerare l'opzione del ricovero nei pazienti con IMC inferiore a 13 kg/m² se non si verifica in tempi brevi una tendenza al recupero ponderale. Nei bambini e negli adolescenti, corrisponde ad un IMC inferiore al 1° percentile.

- Rapida perdita di peso corporeo (es. > 1 kg la settimana per almeno 6 settimane o maggiore del 10% del peso abituale negli ultimi due mesi) o digiuno prolungato. La malnutrizione acuta è un'emergenza medica anche quando il peso è ancora in un range di "normalità". In età evolutiva viene considerato a rischio molto elevato una condizione di digiuno o apporto nutrizionale estremamente ridotto per 2 o più giorni consecutivi. La gravità è maggiore se vi è anche il rifiuto ad idratarsi.

- Sintomi e segni che indicano instabilità medica (es. episodi lipotimici; episodi di disorientamento o confusione o perdita di memoria; spasmi muscolari anomali; brevità del respiro; edema a caviglie, arti o viso; astenia estrema; difficoltà a salire le scale o ad alzarsi dalla sedia senza usare le braccia; tracce ematiche nel vomito; anomalie del ritmo cardiaco; frequenza cardiaca < 40 battiti al minuto; ipotermia severa).

Una elevata frequenza di vomito autoindotto (es. 2 o più episodi al giorno nell'ultimo mese) e/o di uso improprio di lassativi e/o diuretici (es. 2 o più episodi al giorno di assunzione a dosi modeste oppure uso meno frequente a dosi molto elevate) e/o il ricorso ad attività fisica protratta e intensa rappresentano una ulteriore aggravante.

Se queste situazioni non subiscono una rapida modificazione, è necessario procedere a un ricovero in ambiente internistico. Il ricovero è prevalentemente finalizzato al raggiungimento della stabilità delle condizioni fisiche.

In soggetti malnutriti o che si alimentano in maniera trascurabile da più giorni le prime fasi della rialimentazione sono molto delicate perché a rischio di complicanze potenzialmente mortali (sindrome da rialimentazione o "refeeding"): una rialimentazione troppo rapida infatti comporta un brusco viraggio dell'assetto metabolico dal catabolismo all'anabolismo. L'ipofosfatemia rappresenta il principale marker della sindrome da rialimentazione, cui possono associarsi ipopotassiemia e ipomagnesiemia, alterazioni che possono causare aritmie gravi, torsione di punta e morte improvvisa. Nella fase iniziale della rialimentazione è frequente anche la comparsa di ritenzione idrosalina ed edemi, dovuta sia agli effetti sodioritentivi dell'insulina che agli aumentati livelli di renina, angiotensina e aldosterone caratteristici dei pazienti malnutriti con ipovolemia centrale. La sindrome da rialimentazione è una complicanza della nutrizione artificiale, enterale e parenterale, ma può manifestarsi, anche se più raramente, anche in soggetti che si alimentano per os; per evitarla è necessario:

- valutare il livello di rischio del paziente,
- iniziare la rialimentazione con bassi apporti calorici e aumentare gradualmente,
- limitare l'apporto di sodio,
- supplementare con tiamina,
- monitorare e correggere le alterazioni elettrolitiche.

Nei pazienti a rischio moderato le linee-guida MARSIPAN 2014 raccomandano di iniziare la rialimentazione con 15-20 kcal/kg/die nelle prime 24 ore, con successivo graduale incremento ogni 2-3 giorni sulla base dell'andamento degli elettroliti plasmatici e delle condizioni cliniche. Nei pazienti ad alto rischio, l'apporto calorico raccomandato nelle prime 24 ore è 5-10 kcal/kg/die, con incrementi successivi ogni 12 ore in modo da raggiungere in due giorni 20 kcal/kg/die per evitare sia i rischi legati alla rialimentazione ("refeeding") sia una insufficiente nutrizione. In ogni caso, l'apporto calorico iniziale non dovrebbe mai essere inferiore all'introito dei giorni precedenti il ricovero. Nei pazienti con peso corporeo molto basso un apporto calorico di 5-10 kcal/kg/die può non essere sufficiente a correggere un'eventuale ipoglicemia. Il piano nutrizionale deve quindi essere adattato al quadro clinico del singolo paziente. Alcuni studi osservazionali hanno documentato che anche nei pazienti più gravi è possibile iniziare la rialimentazione con apporti calorici più elevati (20-25 kcal/kg/die) senza rischi di complicanze. Tale approccio può essere attuato solo in reparti specialistici che assicurino un monitoraggio clinico e biomorale continuo di tipo semi-intensivo e la presenza di professionisti esperti sia di nutrizione artificiale che di disturbi dell'alimentazione.

Per contrastare la ritenzione idrosalina che caratterizza le prime fasi della rialimentazione può essere necessario limitare l'apporto di sodio della dieta e soprattutto la somministrazione di soluzioni saline per via endovenosa.



Se i pazienti non sono ad alto rischio di sviluppare la sindrome da rialimentazione, è consigliabile iniziare con un piano alimentare di 1.200 - 1.500 kcal al giorno (30-40 kcal/kg/die), perché il primo obiettivo è stabilizzare in modo sicuro il peso, e poi incrementare successivamente in base al recupero di peso ottenuto dai pazienti. I clinici devono anche informare i pazienti che, poiché il recupero di peso è associato con un incremento del dispendio energetico a riposo, sarà necessario incrementare progressivamente le calorie giornaliere assunte per mantenere il recupero di peso.

L'apporto vitaminico e di sali minerali per soddisfare i Livelli di Assunzione di Riferimento di Nutrienti ed Energia per la popolazione italiana (LARN, 2012) può essere raggiunto usando una supplementazione orale multivitaminica/multiminerale che può compensare l'eventuale carenza di vitamine e di sali minerali assunti con il cibo.

Ai pazienti vegetariani o vegani il clinico dovrebbe chiedere i motivi di questa scelta. In alcuni casi l'adozione di una dieta vegetariana o vegana è una caratteristica della psicopatologia del disturbo dell'alimentazione e spesso è adottata dopo l'insorgenza del disturbo, in questi pazienti dovrebbe essere incoraggiata una graduale correzione, almeno temporanea, anche di questa forma di restrizione.

Se il paziente rifiuta l'alimentazione orale o non è in grado di raggiungere un obiettivo nutrizionale adeguato a superare la fase di criticità medica, è indicato un intervento di nutrizione artificiale, di durata limitata, finalizzato a stabilizzare le condizioni cliniche. È necessario il consenso informato del paziente/del caregiver o del suo delegato, secondo le norme di legge. L'intervento di nutrizione artificiale, se proposto come intervento salva-vita all'interno di un programma terapeutico complessivo è accettato dalla maggior parte dei pazienti adulti, mentre in età pediatrica possono essere presenti episodi di angoscia e agitazione con oppositività marcata, talora con necessità anche di terapia farmacologica. E' molto importante per limitare le crisi di angoscia e agitazione, sia nei pazienti adulti che nei pazienti in età evolutiva, spiegare con chiarezza il motivo del ricorso alla nutrizione artificiale e le sue conseguenze, sottolineandone le finalità, ma anche la gradualità. Nell'ambito della nutrizione artificiale, la **nutrizione enterale con sondino naso-gastrico** è la prima scelta. Rispetto alla nutrizione parenterale, è più fisiologica, più sicura, più facile da gestire. Contestualmente alla nutrizione enterale deve essere sempre proposto e favorito un percorso di riabilitazione nutrizionale con alimenti naturali. La nutrizione parenterale con catetere venoso centrale dovrebbe essere evitata per l'elevato rischio di infezioni da catetere. Va riservata ai rari casi in cui la nutrizione enterale è controindicata (sindrome dell'arteria mesenterica superiore, occlusione o subocclusione intestinale, ileo paralitico). La nutrizione parenterale con accesso venoso periferico (nutrizione parenterale periferica) può essere utilizzata come supporto nutrizionale di breve durata (pochi giorni); la scarsa tolleranza delle vene periferiche e il rischio di flebiti e trombosi è il principale limite. La nutrizione enterale è efficace e sicura anche nei pazienti più gravi se attuata secondo le procedure raccomandate per la prevenzione delle complicanze, con particolare riferimento alla sindrome da rialimentazione. Per prevenire effetti collaterali e complicanze è raccomandato l'utilizzo di sondini sottili (pediatrici), l'infusione con nutripompa, il mantenimento del tronco sollevato di almeno 30° durante l'infusione e il controllo del corretto posizionamento del sondino prima di ogni somministrazione. La scelta del tipo di formula dipende dalla situazione clinica e nutrizionale di ciascun paziente. L'apporto calorico-proteico fornito con la nutrizione enterale deve tenere in considerazione e integrare gli introiti da alimenti naturali e/o supplementi nutrizionali e le loro variazioni nel tempo. Alcuni studi e l'esperienza clinica dimostrano che gli introiti alimentari aumentano progressivamente nel corso dell'intervento di nutrizione enterale, probabilmente in relazione al miglioramento dello stato nutrizionale e delle funzioni cognitive.

Un'altra opzione da considerare (in situazioni meno gravi) è l'utilizzo di **supplementi nutrizionali orali** che hanno la funzione di supplire a un'alimentazione carente in toto o per specifici nutrienti. Sono presentati in genere in formulazione liquida (200-300 ml), ma sono disponibili anche come polveri da aggiungere a liquidi (tè, minestre) o come barrette o budini. Se utilizzati in modo razionale, essi offrono diversi vantaggi nei pazienti con disturbi dell'alimentazione sottopeso: durante la fase di recupero del peso essi possono fornire il surplus energetico necessario senza che il paziente debba ricorrere a un eccessivo uso di alimenti ordinari; possono essere eliminati una volta raggiunto un peso normale senza dover ridurre la razione alimentare ordinaria che il paziente sta consumando; nel paziente in cui l'apporto di energia con la razione alimentare

ordinaria non è sufficiente per mantenere il peso, essi possono essere usati transitoriamente al fine di ottenere un bilancio energetico in pareggio; sono relativamente semplici da utilizzare. I supplementi orali nutrizionali sono altamente sazianti e perciò dovrebbero essere consumati dopo i pasti.

Le **complicanze mediche** dei disturbi dell'alimentazione possono investire tutti gli organi e apparati. Le principali complicanze fisiche che si verificano sono la conseguenza della malnutrizione, della perdita di peso corporeo, del vomito autoindotto, dell'uso improprio di lassativi e diuretici e dell'attività fisica eccessiva e si correggono con il recupero ponderale e l'eliminazione dei comportamenti non salutari di controllo del peso. Alcune complicanze, tuttavia, come l'osteoporosi, sembrano essere meno reversibili e possono persistere anche dopo la guarigione dal disturbo dell'alimentazione, mentre altre, in particolare quelle a carico dell'apparato cardiovascolare e dell'equilibrio idroelettrolitico, possono mettere a rischio la vita dei pazienti. Nell'**Allegato 4** sono riportate le principali complicanze dell'anoressia nervosa ed i principi del loro trattamento e monitoraggio. Tali complicanze possono essere presenti anche nell'anoressia nervosa atipica e nel disturbo da restrizione/evitamento dell'assunzione di cibo.

La malnutrizione per difetto è caratteristica dell'anoressia nervosa, la malnutrizione per eccesso può essere presente nel disturbo da binge eating, mentre condizioni di malnutrizione nella bulimia nervosa dipendono sia dalle crisi bulimiche che dalle condotte di eliminazione. Nella bulimia nervosa le conseguenze dei comportamenti di eliminazione possono determinare danni dentali, gastrointestinali, squilibri elettrolitici, ipertrofia delle ghiandole salivari. L'esordio precoce dei disturbi alimentari comporta un rischio maggiore di danni permanenti secondari alla malnutrizione, soprattutto a carico dei tessuti ancora in fase evolutiva come le ossa e il sistema nervoso centrale. La maggior parte delle complicanze mediche è reversibile con il miglioramento dello stato nutrizionale e con la remissione dei comportamenti non salutari di controllo del peso ma sono più rischiose nei bambini e adolescenti e alcune possono avere gravi ripercussioni tardive in relazione alla durata della malattia (osteoporosi, fertilità, alterazioni neuroencefaliche).

Il monitoraggio ravvicinato ed il trattamento di pazienti gravemente sottopeso o nei quali si evidenzia una rapida diminuzione del peso deve essere una priorità. Le persone ricoverate devono essere trattate in strutture che siano in grado di predisporre un programma qualificato di rialimentazione con un controllo accurato delle condizioni fisiche. Per questo motivo è necessario che i Centri di Riferimento stabiliscano protocolli di collaborazione con reparti pediatrici e di medicina interna con i quali creare un rapporto di collaborazione continuativo che permetta lo sviluppo delle specifiche competenze necessarie.

Quando necessario, il ricovero deve essere effettuato nella struttura ospedaliera più prossima al luogo di residenza/domicilio, in modo da consentire il coinvolgimento dei familiari ed evitare quanto più possibile le difficoltà della transizione tra livelli diversi di trattamento, compatibilmente con la disponibilità e con le necessità terapeutiche proprie del quadro clinico; questo aspetto è particolarmente importante in caso di adolescenti. Anche se il reparto ospedaliero non è specialistico per disturbi dell'alimentazione, è necessario che il personale sia formato adeguatamente riguardo alle complicanze mediche peculiari dei disturbi dell'alimentazione, nella gestione delle relazioni e dei comportamenti che si manifestano in questi pazienti e nell'accoglienza e gestione della famiglia. La letteratura scientifica e gli studi di follow-up ci confermano che la prognosi viene influenzata soprattutto dalla precocità dell'intervento e dalla continuità assistenziale. Il cambiamento di setting terapeutico riveste, in questo senso, una particolare importanza e, se gestito in maniera adeguata, evita interventi inappropriati e diminuisce la frequenza del drop-out.

I protocolli di collaborazione definiscono le modalità di ricovero (segnalazione del caso) e di passaggio di informazioni sul caso, sul percorso terapeutico seguito e sulle indicazioni al ricovero ospedaliero (rischio di complicanze o ricovero "salva-vita"). Il reparto di Medicina Generale o di Pediatria deve ricoverare il paziente nel più breve tempo possibile. Durante la degenza in Medicina o Pediatria è necessario che venga attuata una presa in carico multidisciplinare del paziente coinvolgendo i terapeuti del Centro di riferimento nella gestione del caso in reparto e programmando la fase post-ricovero. Oltre al trattamento delle complicanze, viene proposto appena possibile al paziente un programma di riabilitazione nutrizionale. Anche nel caso in cui sia necessario l'uso della nutrizione artificiale totale o parziale integrativa, un percorso di riabilitazione nutrizionale con alimenti naturali va comunque contestualmente proposto e favorito. Se viene utilizzato il sondino naso-gastrico, il paziente va dimesso dopo aver verificato che il paziente sia in grado di



proseguire la riabilitazione nutrizionale con alimenti naturali senza perdere peso. Durante il ricovero ospedaliero, l'equipe tiene informato il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta.

Vi possono essere situazioni in cui pazienti che non sono ancora noti al Centro di Riferimento accedono direttamente al Reparto di Medicina generale o di Pediatria per ricovero urgente dal Pronto Soccorso o per invio da altre strutture residenziali (strutture private e/o convenzionate o Reparti Ospedalieri di altri Nosocomi) in cui sono insorte complicanze mediche. In tali occasioni i referenti del Centro di Riferimento devono essere disponibili a procedere ad una fase diagnostica del disturbo dell'alimentazione qualora non precedentemente effettuata e programmare ravvicinati incontri con il paziente durante il ricovero per un supporto psicologico/psichiatrico/neuropsichiatrico infantile qualora lo si ritenesse opportuno.

Quando le circostanze lo permettono dal punto di vista clinico e psico-sociale, già durante la degenza il paziente potrebbe essere gradualmente inserito nelle attività psicoterapeutiche e riabilitativo-nutrizionali dei Centri di Riferimento, eventualmente (se possibile in quel contesto ospedaliero) anche accedendo alla possibilità di fare pasti assistiti. Prima del termine della degenza in Medicina o Pediatria, almeno un nuovo incontro è finalizzato a valutare l'esito del ricovero (valutazione del raggiungimento degli obiettivi richiesti all'ingresso) ed a concordare una rivalutazione specialistica presso il Centro di Riferimento (e/o Ambulatorio Neuropsichiatrico territoriale) **entro 10 giorni** dalla dimissione per proseguire il percorso terapeutico in regime ambulatoriale (a meno che non sia già programmata l'ingresso in struttura riabilitativa semiresidenziale o residenziale).

14. Gestione delle emergenze e trattamenti in assenza di consenso

Il documento del Ministero della Salute "Interventi per l'accoglienza, il triage, la valutazione ed il trattamento del paziente con disturbi della nutrizione e dell'alimentazione. Raccomandazioni in Pronto soccorso per un Codice Lilla" (2018) definisce, tra l'altro, gli indici per stabilire la gravità dello stato del paziente che richiedono un ricovero ospedaliero o un intervento terapeutico urgente, tra i quali:

- rischio elevato per PA sistolica <90 mmHg e PA diastolica <60 mmHg, molto elevato per PA sistolica < 80 mmHg e diastolica < 50 mmHg o ipotensione ortostatica
- rischio molto elevato per frequenza cardiaca <40 bpm o >110 bpm o significativa tachicardia posturale
- rischio elevato se temperatura corporea <35,5°C e altissimo se <35°C con estremità fredde e cianotiche
- rischio molto elevato per aritmia cardiaca o QTc > 450 msec
- rischio elevato per glicemia <60 mg/dl e altissimo se <50 mg/dl
- rischio elevato se Na⁺⁺ <130 mmol/l, K⁺ <3,5 mmol/L Mg⁺⁺ < 1 mmol/l, P <1 mmol/l e molto elevato se Na⁺⁺ <125 mmol/l, K⁺ <3 mmol/l, Mg⁺⁺ <0,7 mmol/l, P <0,8 mmol/l
- rischio molto elevato se GOT e/o GPT > 500 U/L
- rischio elevato se neutrofili <1500/mmc e altissimo se <1000/mmc
- rischio elevato se albumina < 35 g/L e altissimo se <30 g/L

La presenza di uno o più dei precedenti e/o la rapida, persistente e incontrollata perdita di peso, episodi sincopali, tendenze suicidarie e la prolungata mancanza dell'accrescimento atteso o dello sviluppo corporeo nei pazienti pediatrici o adolescenti sono i criteri che il medico di Pronto Soccorso deve considerare per valutare l'ammissione al ricovero ospedaliero.

In caso di rifiuto del trattamento, va presa in considerazione l'opportunità di intervenire tramite Trattamento Sanitario Obbligatorio.

Qualora soddisfatti i criteri per il Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) si può procedere in tal senso nell'assoluto rispetto della normativa nazionale e regionale di settore (DGR 847/2009). Il ricovero in regime di TSO si può rendere necessario in una minoranza di pazienti con anoressia nervosa, quando sussista una grave negazione del disturbo e della gravità delle condizioni fisiche, una inflessibilità cognitiva, una paura di



ingrassare incontenibile e un disturbo dell'immagine corporea pervasivo che compromettono le capacità di giudizio e inducono al rifiuto del trattamento anche in condizioni di grave rischio fisico. Quando la salute fisica o la vita stessa del paziente sono in pericolo a causa del rifiuto del cibo o dei liquidi, con un'incrollabile resistenza a ogni tentativo di persuasione, è necessario considerare l'indicazione ad un TSO. Questo deve essere considerato come una risorsa terapeutica estrema, quando ogni altra possibilità terapeutica è stata esplorata, ma sia i medici sia i pazienti devono sapere che può e deve essere realizzato per proteggere i pazienti da possibili conseguenze fatali (Quaderni del Ministero della Salute, 2013).

Se la gravità della situazione medica rende controindicato il ricovero in ambiente psichiatrico a causa di una grave instabilità clinica che richiede un monitoraggio in ambiente internistico o in terapia intensiva, può essere necessario ricorrere a ricovero in stato di necessità (art. 54 c.p.) o avvalendosi della figura dell'Amministratore di Sostegno, in funzione del quadro.

Nell'ambito della presa in carico dei minori, qualora i genitori, reiteratamente, evidenziassero incapacità nell'assicurare al proprio figlio le cure necessarie, gli operatori clinici hanno il dovere di ricorrere ai percorsi indicati dalla legge per la protezione e cura dei minori d'età (ricorso all'articolo 403 del Codice Civile qualora il minore sia a rischio di vita e i genitori non accettino le cure, o il coinvolgimento dei Servizi Sociali di protezione e cura, titolari della funzione di tutela).

15. Disturbi dell'alimentazione di lunga durata e con grave comorbidità psichiatrica

Per caratterizzare i pazienti con forme persistenti di disturbo dell'alimentazione, in particolare l'anoressia nervosa, sono state usate numerose definizioni che possono aiutare la comunicazione tra i professionisti, ma anche stigmatizzare i pazienti. E' consigliabile evitare l'espressione "anoressia nervosa cronica" sia perché non esiste una definizione su cui gli esperti concordano, sia per evitare l'influenza negativa che questa espressione può avere sul modo in cui i pazienti e le loro famiglie vivono il disturbo dell'alimentazione e sulla percezione prognostica del disturbo dell'alimentazione.

In assenza di dati conclusivi derivati dalla ricerca, il trattamento di casi di lunga durata, spesso complicati dalla presenza di altri disturbi psichiatrici in comorbidità, richiede un approccio pragmatico, che valuti, coinvolgendo se possibile il paziente in questa scelta, se offrire un trattamento orientato alla guarigione o un trattamento che non si concentri sul recupero di peso ma miri principalmente a migliorare la qualità di vita e a mantenere una stabilizzazione medica. In ogni caso va fatta una formulazione di piani terapeutici personalizzati che coinvolgono sia i Centri di Salute Mentale e gli ambulatori territoriali dedicati, sia i Centri Regionali e Provinciali. Esistono, nel campo dei disturbi dell'alimentazione, diverse tipologie di casi con lunga durata che potremmo riassumere in tre tipologie principali:

- 1) pazienti con lunga durata del disturbo che non hanno mai intrapreso trattamenti. Questi pazienti sono spesso caratterizzati da alti livelli di non consapevolezza del disturbo e spesso arrivano all'attenzione clinica a causa di un peggioramento o per complicanze mediche. Non avendo mai intrapreso un trattamento e se il paziente lo accetta, l'indicazione in questi casi è quella di effettuare un trattamento secondo linee guida (modello per passi successivi);
- 2) pazienti con lunga durata del disturbo che non hanno risposto a trattamenti secondo linee guida e che si sono stabilizzati su un livello "cronico" di sottopeso e/o presenza comportamenti patologici (crisi bulimiche e comportamenti di compenso ricorrenti). Tipicamente questa tipologia di pazienti va incontro a peggioramenti quando insorge un evento stressante (lutto o cambiamenti lavorativi o altro). Questi pazienti devono essere monitorati dagli ambulatori dedicati (prevenzione terziaria), avvalendosi eventualmente della consulenza dei Centri Regionali e Provinciali per gli aspetti internistici o nutrizionali;
- 3) pazienti con lunga durata del disturbo e con cicliche riacutizzazioni della sintomatologia. Questi pazienti richiedono con continuità alti livelli di intensità di trattamento sia per impedire o rallentare le riacutizzazioni sia per il trattamento degli episodi acuti. Spesso, questi pazienti presentano anche gravi disturbi psichiatrici in comorbidità (soprattutto gravi disturbi di personalità, disturbo ossessivo-



compulsivo, disturbi dell'umore). La gestione di questi casi richiede una stretta collaborazione tra i Centri Regionali/Provinciali, gli ambulatori dedicati e i Centri di Salute mentale. Quando necessario, sono coinvolti i Ser.D e le Case di Cura accreditate.

In tutti i casi di lunga durata, è importante avvalersi della collaborazione dei Centri di Salute Mentale e di altri servizi territoriali per gli aspetti di riabilitazione sociale e di inserimento lavorativo.

La presenza di un grave disturbo psichiatrico in comorbilità comporta, allo stesso modo, la formulazione di piani terapeutici personalizzati che coinvolgono sia i Centri di Salute Mentale (o i Servizi di Neuropsichiatria Infantile nel caso di pazienti di minore età) e gli ambulatori territoriali dedicati, sia i Centri Regionali e Provinciali. Quando necessario, devono essere coinvolti i Ser.D. e le Case di Cura accreditate, oltre agli SPDC. I fattori da tenere in considerazione sono: la predominanza o meno dei sintomi psichiatrici sulla psicopatologia del disturbo dell'alimentazione, il rischio di complicanze mediche, la presenza di riacutizzazioni della sintomatologia alimentare, la presenza di comportamenti suicidari.

16. Snodi e modelli organizzativi del percorso terapeutico (Diagramma di flusso e matrice delle attività/responsabilità)

Per il diagramma di flusso (allegato 5), la definizione degli snodi è la seguente.

Snodo 1 - Conferma diagnosi DA?	Deve essere presente una diagnosi di Disturbo dell'Alimentazione o della Nutrizione. Protocollo diagnostico (Cartella Clinica Regionale, Intervista diagnostica) nella sezione 7 "Percorso diagnostico"
Snodo 2 - Necessità trattamento complesso?	A seconda delle figure professionali disponibili a livello di ambulatori dedicati e a seconda della complessità del caso, le equipe devono decidere se il caso è di competenza del Centro Provinciale/Regionale o se può essere seguito presso l'ambulatorio dedicato
Snodo 3 - Complicanze che richiedono ospedalizzazione?	Nella sezione 13 "Ricoveri ospedalieri" e nell'allegato 5 sono elencate le principali complicanze mediche con indicazione al ricovero ospedaliero
Snodo 4 - Indicazioni trattamento riabilitativo intensivo?	Vedi criteri di appropriatezza al trattamento riabilitativo intensivo riportati nella sezione 12 "Trattamenti riabilitativi"
Snodo 5 - Possibile trattamento in regime semiresidenziale?	A seconda della presenza o meno presso il Centro Provinciale/Regionale di una struttura per la riabilitazione semiresidenziale e a seconda della complessità/gravità del caso e della sua situazione psicosociale, va valutato se è indicato un trattamento riabilitativo semiresidenziale o residenziale

<p>Snodo 6 - Trattamento efficace al follow-up?</p>	<p>La valutazione dell'efficacia è una valutazione complessa che può essere fatta in termini assoluti ("guarigione" o assenza di sintomi psicopatologici) o relativi (miglioramenti parziali). In questi contesti è soprattutto un momento di rivalutazione delle indicazioni per prendere decisioni in merito a: 1) prosecuzione di un determinato trattamento; 2) intensificazione trattamento; 3) passaggio a fase di minore intensità o monitoraggio o dimissione dal percorso di cura.</p> <p>Per considerare efficace un intervento terapeutico devono essere raggiunti tutti i seguenti obiettivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • miglioramento dello stile alimentare; • mantenimento di un peso adeguato; • miglioramento delle condotte compensatorie patologiche; • sufficiente autonomia psichica e nutrizionale; • miglioramento della psicopatologia associata; • stile relazionale familiare più adeguato
---	--

16.1 Matrice delle Attività e delle Responsabilità

ATTIVITA'	Descrizione attività e Modalità Operative	RESPONSABILE
<p>Segnalazione all'Ambulatorio dedicato o al Centro Provinciale/Regionale</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Segnalazione telefonica che richiede una visita. - Invio tramite impegnativa, segnalazione scritta, relazione 	<p>MMG, Pediatra di libera scelta, Medico Psichiatra o Neuropsichiatra infantile, altro Specialista, Servizio Sociale, altro Ente o Istituzione (es. Scuola ecc.),familiari</p>
<p>Attivazione dell'Ambulatorio dedicato o del Centro Provinciale/Regionale</p>	<ul style="list-style-type: none"> - valutazione appropriatezza della richiesta - valutazione urgenza e priorità - informazioni sulle modalità della prenotazione 	<p>Segreteria/accettazione dell'Ambulatorio dedicato o del Centro Provinciale/Regionale</p>
<p>Programmazione visita con modalità CUP o attraverso la segreteria del Servizio</p>	<ul style="list-style-type: none"> - prenotazione visita specialistica 	<p>Segreteria CUP</p>
<p>Prima visita</p>	<ul style="list-style-type: none"> - colloquio di valutazione diagnostica con utilizzo Cartella diagnostica (vedi Allegato 3) 	<p>Medico Psichiatra o Neuropsichiatra INFantile Psicologo Clinico</p>



Prima visita internistica/nutrizionale	<ul style="list-style-type: none"> - visita internisti per valutazione presenza complicanze mediche (vedi Allegato 5) - valutazione indicazioni trattamento o ricovero internistico - valutazione indicazione supplementazione nutrizionale 	Medico Internista/Nutrizionista /Pediatra
Consulenza del medico psichiatra in PS	<ul style="list-style-type: none"> - colloquio di valutazione diagnostica - trattamenti farmacologici se necessari - richiesti esami diagnostici e/o altre consulenze se necessari - invio presso ambulatorio dedicato o Centro Regionale/provinciale - segnalazione al Centro di Salute Mentale se presente comorbilità psichiatrica - compilazione del modulo di consulenza psichiatrica - compilazione del foglio contatto con allegato copia della consulenza di PS 	Medico di guardia/reperibile
Ricovero in Medicina o SPDC secondo modalità PS	<ul style="list-style-type: none"> - compilazione del modulo della consulenza con dichiarazione di ricovero - apertura della cartella clinica, accompagnamento in SPDC e compilazione della modulistica ordinaria (diario clinico, esame obiettivo anamnesi, termografica ecc.) 	Medico di guardia/reperibile
Presa in Carico Ospedaliera	<ul style="list-style-type: none"> - Gestione supplementazione nutrizionale, gestione terapia farmacologica, interventi motivazionali e di supporto - Riunioni dell'equipe e del personale del servizio coinvolto mirato a garantire la condivisione delle informazioni e la sinergia tra i diversi interventi - Compilazione dei moduli (foglio contatto) 	Medico Psichiatra o Neuropsichiatra Infantile Medico Internista/Nutrizionista Psicologo clinico Dietista TeRP Educatore Infermiere Ass. Sociale

<p>Presa in Carico Ambulatoriale</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Intervento psicoterapico - Visite di controllo mediche - Psicoeducazione e/o terapia familiare - Riunioni dell'èquipe e del personale del servizio coinvolto mirato a garantire la condivisione delle informazione e la sinergia tra i diversi interventi 	<p>Medico Psichiatra o Neuropsichiatra Infantile Medico Internista/Nutrizionista Psicologo clinico Dietista TeRP Educatore Infermiere Ass. Sociale</p>
<p>Presa in Carico presso strutture riabilitative</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Riabilitazione nutrizionale - Intervento psicoterapico - Visite di controllo mediche - Riunioni dell'èquipe e del personale del servizio coinvolto mirato a garantire la condivisione delle informazione e la sinergia tra i diversi interventi - Compilazione dei moduli (foglio contatto) 	<p>Medico Psichiatra o Neuropsichiatra Infantile Medico Internista/Nutrizionista Psicologo clinico Dietista TeRP Educatore Infermiere</p>
<p>Pianificazione e programmazione di interventi personalizzati</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pianificazione e attuazione degli interventi personalizzati: interventi psicoeducazionali (per pazienti e care-givers), interventi psicoterapici, gestione terapia farmacologica - Riunioni dell'èquipe e del personale del servizio coinvolto mirato a garantire la condivisione delle informazione e la sinergia tra i diversi interventi - Compilazione dei moduli (foglio contatto) 	<p>Medico Psichiatra o Neuropsichiatra Infantile Medico Internista/Nutrizionista Psicologo clinico Dietista TeRP Educatore Infermiere Ass. Sociale</p>
<p>Gestione pazienti con malattia di lunga durata o con comorbidità</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Riunione di equipe - Pianificazione e attuazione di Interventi personalizzati: gestione terapia farmacologica, interventi psicoeducazionali (per pazienti e care-givers), eventuali interventi psicoterapici - Compilazione dei moduli (foglio contatto) 	<p>Medico Psichiatra o Neuropsichiatra Infantile Medico Internista/Nutrizionista Psicologo clinico Dietista TeRP Educatore Infermiere Ass. Sociale</p>



17. Monitoraggio e indicatori

Multidisciplinarietà nella valutazione diagnostica e nel progetto terapeutico (Numero valutazioni diagnostiche e progetti terapeutici multidisciplinari per casi di anoressia nervosa sul totale visite - 100%)

- Tasso di drop-out (<30-40%);
- Redazione di specifici protocolli di collaborazione tra ambulatori dedicati e i Centri di Riferimento per il tramite dei rispettivi Dipartimenti di Salute Mentale/IAFC (presenza nel 100% degli ambulatori dedicati).
- Presa in carico dei familiari (> 80% dei pazienti con età <20 anni)

18. Formazione

Gli obiettivi formativi da raggiungere per il personale coinvolto nella prevenzione, diagnosi e trattamento dei Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione riguardano le seguenti aree:

- Area della diagnostica: diagnosi differenziale, uso della cartella regionale, strumenti diagnostici, indicazioni alle diverse fasi e intensità di trattamento, indicazioni al ricovero psichiatrico urgente, consenso ai trattamenti
- Area dei trattamenti psicologici: tecniche motivazionali, tecniche psicoeducazionali, trattamenti basati sulle evidenze, riabilitazione cognitiva
- Area medico/internistica: diagnosi e trattamento delle complicanze mediche, indicazioni a ricovero salva-vita, utilizzo nutrizione artificiale
- Area della riabilitazione nutrizionale: tecniche di riabilitazione nutrizionale ambulatoriali, in regime residenziale e semi-residenziale

La formazione (soprattutto in area diagnostica e di riconoscimento/gestione delle complicanze) deve raggiungere non solo il personale dipendente della Aziende ULSS ma anche i MMG e PLS per il fondamentale ruolo svolto come primo punto di accesso e per il ruolo svolto all'interno della rete di trattamento dell'utente.

19. Sperimentazione, valutazione e rivalutazione del PDTA

Questo PDTA va inteso come un progetto "in itinere", che necessita di sperimentazione, valutazione e rivalutazione/aggiornamento dello stesso.

E' prevista pertanto una prima revisione ad un anno.



REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

Allegato A al Decreto n.

16 del / 1 GIU. 2021

pag. 42/64



Allegato 1 Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione (ACG - Anno 2019)

Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione

(Elaborazione su Archivio ACG - Anno 2019)

A cura della U.O.C. Servizio Epidemiologico Regionale e Registri – Azienda Zero

Con la collaborazione di

Dr. Marco Nuti, Dirigente UO Salute Mentale e sanità penitenziaria Regione Veneto

Maggio 2021



Il sistema ACG è un grouper territoriale che stratifica la popolazione generale in base al case-mix di malattia, cioè alla presenza/compresenza di malattie croniche e acute in ogni persona, al fine di descrivere i pattern di malattia nel territorio e il loro impatto sull'utilizzo delle risorse sanitarie. Viene alimentato utilizzando i dati dei flussi informativi sanitari correnti: schede di dimissione ospedaliera, esenzioni per patologia, accessi in pronto soccorso, cure domiciliari, assistenza residenziale extra-ospedaliera, assistenza psichiatrica territoriale. A partire dai codici di diagnosi presenti nei flussi informativi, all'età e al sesso, il sistema ACG produce per ciascun assistito alcune categorie di malattia e di complessità assistenziale, in particolare:

- EDC (Expanded Diagnostic Clusters): 286 gruppi di diagnosi clinicamente omogenee (es PSY15-Disturbi del comportamento alimentare)
- ACG (Adjusted Clinical Groups): 93 categorie omogenee per profilo di malattia e consumo atteso di risorse
- RUB (Resource Utilization Bands): 6 categorie a crescente complessità assistenziale.

Note tecniche

La seguente analisi si riferisce all'anno 2019. A partire dalla categoria EDC "PSY15" è stata identificata la popolazione affetta da disturbi del comportamento alimentare. Anche le co-morbilità associate a questo disturbo sono rappresentate esclusivamente attraverso le categorie EDC. Sono disponibili le stime di prevalenza per classi di età, genere e Azienda ULSS di residenza, la descrizione dei profili di morbilità e alcune misure di complessità assistenziale (numero di condizioni croniche e categorie RUB). Questi stessi indicatori sono calcolati separatamente per uomini e donne al fine di evidenziare eventuali differenze di genere. Le prevalenze per ULSS vengono presentate sotto forma di Standardized Prevalence Rate (SPR) e sono state calcolate con il metodo di standardizzazione indiretta per età.

I disturbi del comportamento alimentare (elaborazione su archivio ACG) Nel 2019, sono circa 4.000 le persone con disturbi del comportamento alimentare, con una prevalenza nettamente superiore tra le femmine (224/100.000) che tra i maschi (16,8/100.000) (Tabella 1 e Figura 1). Il confronto per Azienda ULSS tramite SPR mostra che l'Azienda ULSS 7 Pedemontana presenta una prevalenza standardizzata superiore rispetto alla media regionale (Figura 2). Le co-morbilità più frequenti negli assistiti con disturbo del comportamento alimentare (Figura 5) sono i disturbi della personalità e la depressione, in linea con i dati di letteratura. Si evidenzia altresì un 3,6% di assistiti con diagnosi di "contusioni/abrasioni" che potrebbe essere indice del discontrollo degli impulsi con autolesività, dato osservabile anche nella clinica di alcuni di questi quadri psicopatologici. Quasi il 60% della popolazione affetta da disturbi del comportamento alimentare presenta quest'unica patologia (Figura 3) e il 90% presenta un carico di malattia (RUB) basso o moderato (Figura 4).

Tabella 1. Assistiti con Disturbi del comportamento alimentare per età e genere. Veneto, anno 2019. Fonte: archivio regionale ACG.

Classi di età	Genere				Totale	
	Maschi		Femmine			
	N	%	N	%	N	%
10-14 anni	24	8,3	90	2,4	114	2,8
15-18 anni	36	12,5	581	15,4	617	15,2
19-34 anni	106	36,8	1.683	44,5	1.789	44,0
35-44 anni	48	16,7	641	17,0	689	16,9
45-54 anni	36	12,5	556	14,7	592	14,5
55-64 anni	38	13,2	230	6,1	268	6,6
Totale	288	100,0	3.781	100,0	4.069	100,0

Tabella 2. Assistiti con Disturbi del comportamento alimentare per Azienda ULSS e genere. Veneto, anno 2019. Fonte: archivio regionale ACG.

Azienda ULSS	Genere				Totale	
	Maschi		Femmine			
	N	%	N	%	N	%
1-Dolomiti	10	5,6	168	94,4	178	100,0
2-Marca Trevigiana	59	6,1	903	93,9	962	100,0
3-Serenissima	29	8,1	327	91,9	356	100,0
4-Veneto Orientale	11	5,4	194	94,6	205	100,0
5-Polesana	14	7,3	179	92,7	193	100,0
6-Euganea	51	7,2	659	92,8	710	100,0
7-Pedemontana	32	6,7	444	93,3	476	100,0
8-Berica	42	9,2	415	90,8	457	100,0
9-Scaligera	40	7,5	492	92,5	532	100,0
Totale	288	7,1	3.781	92,9	4.069	100,0



Figura 1. Disturbi del comportamento alimentare. Prevalenza per età e genere. Veneto, anno 2019. Fonte: archivio regionale ACG.

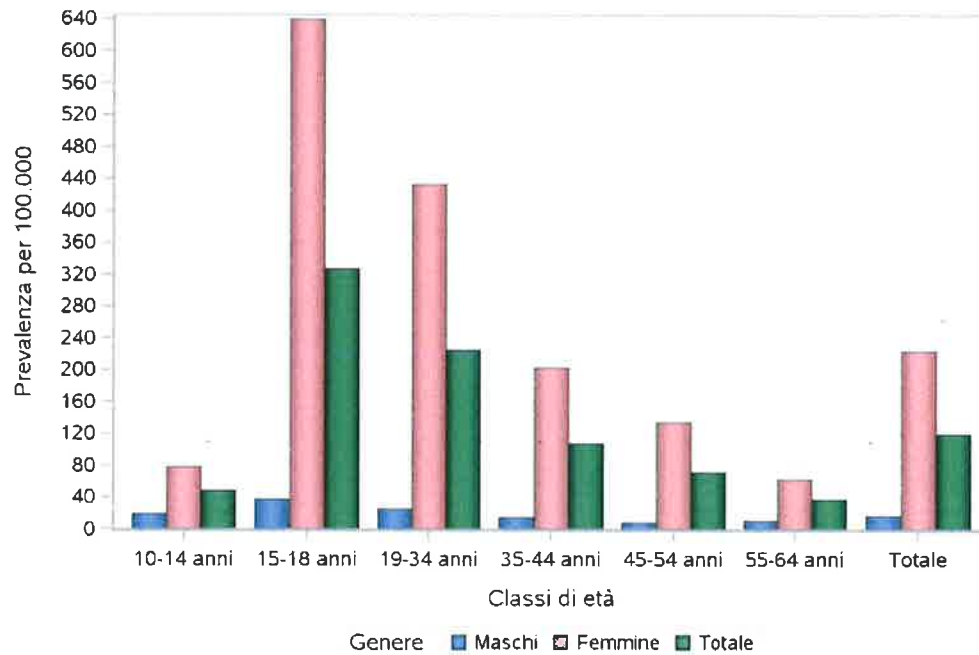


Figura 2. Disturbi del comportamento alimentare. Rapporti standardizzati di prevalenza (SPR) per Azienda ULSS e genere. Veneto, anno 2019. Fonte: archivio regionale ACG.

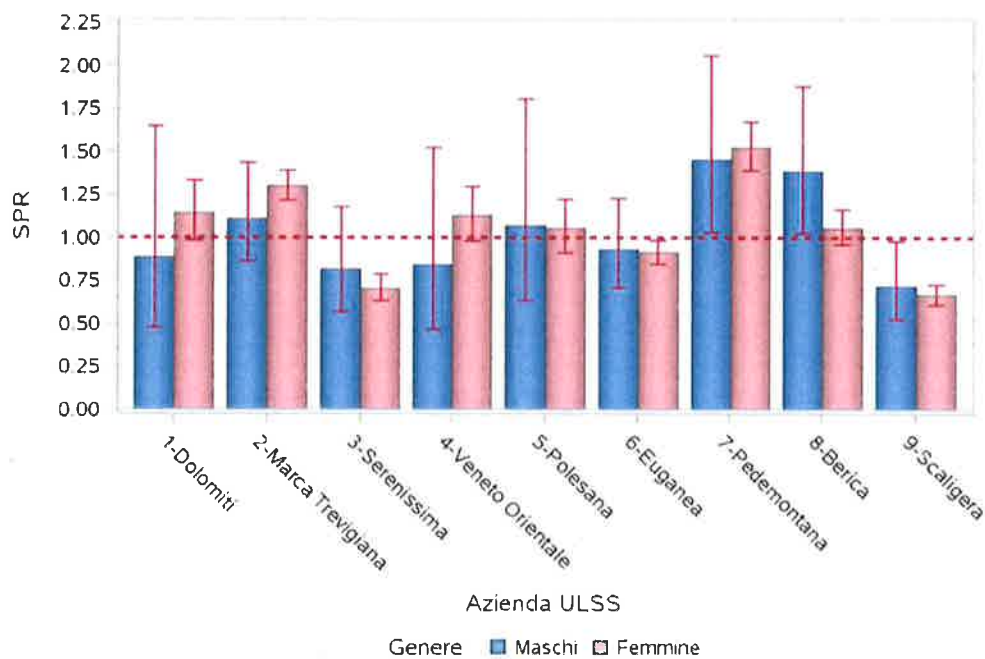




Figura 3. Assistenti con Disturbi del comportamento alimentare per numero di condizioni croniche (%). Veneto, anno 2019. Fonte: archivio regionale ACG.

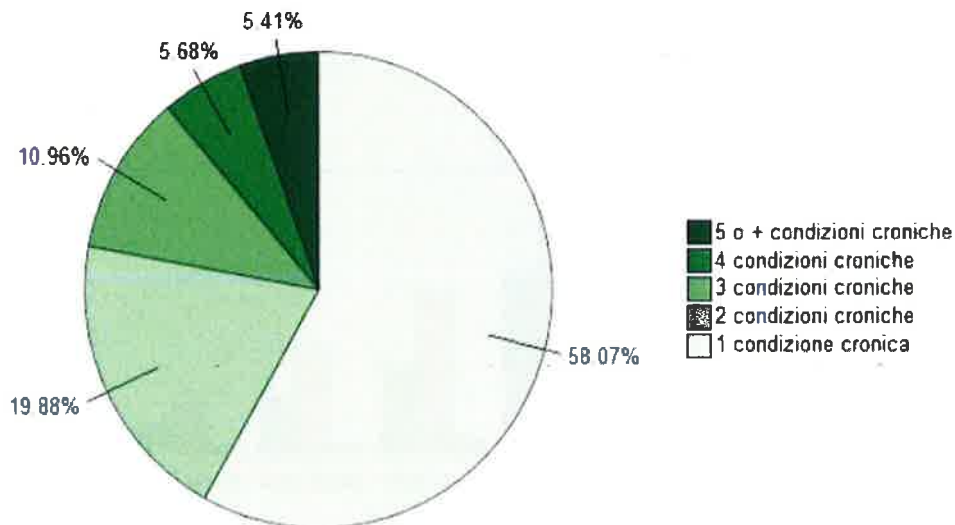




Figura 3.1. Assistiti MASCHI con Disturbi del comportamento alimentare per numero di condizioni croniche (%). Veneto, anno 2019. Fonte: archivio regionale ACG.

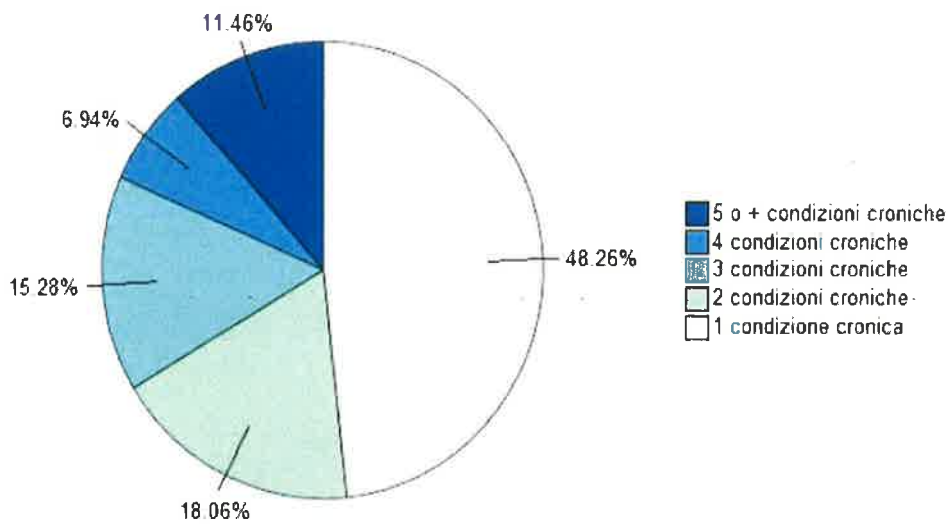


Figura 3.2. Assistite FEMMINE con Disturbi del comportamento alimentare per numero di condizioni croniche (%). Veneto, anno 2019. Fonte: archivio regionale ACG.

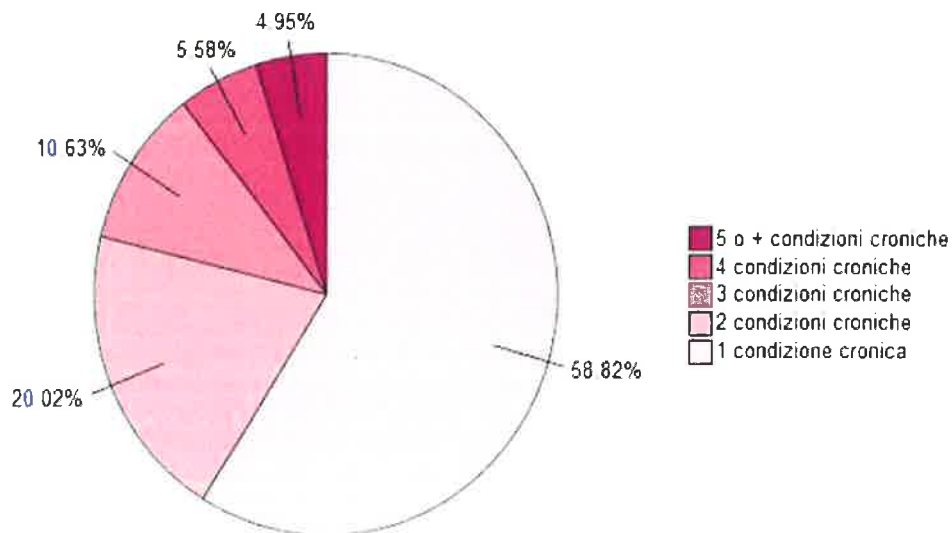




Figura 4. Assistenti con Disturbi del comportamento alimentare per carico di malattia (RUB) e genere. Veneto, anno 2019. Fonte: archivio regionale ACG.

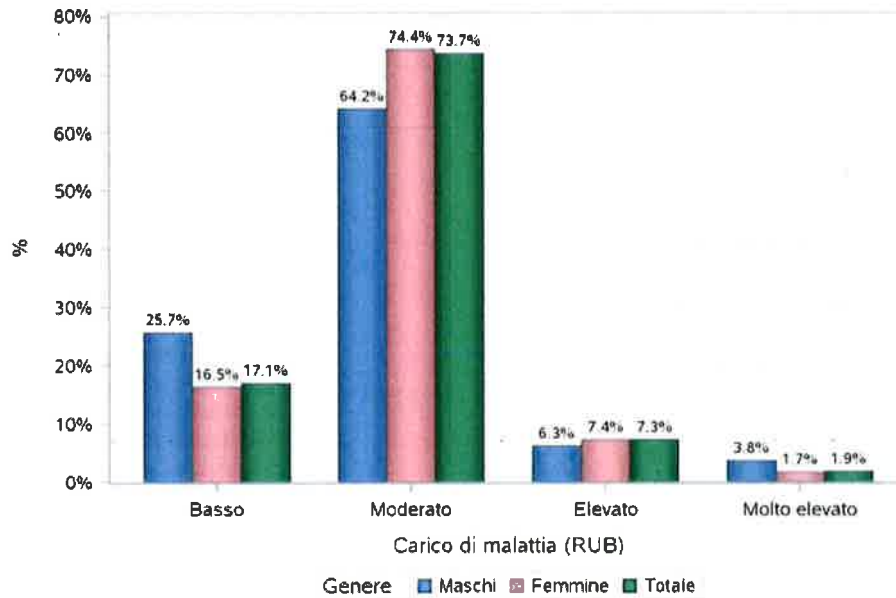


Figura 5. Comorbidità (EDC) più frequenti negli assistiti con Disturbi del comportamento alimentare. Veneto, anno 2019. Fonte: archivio regionale ACG.

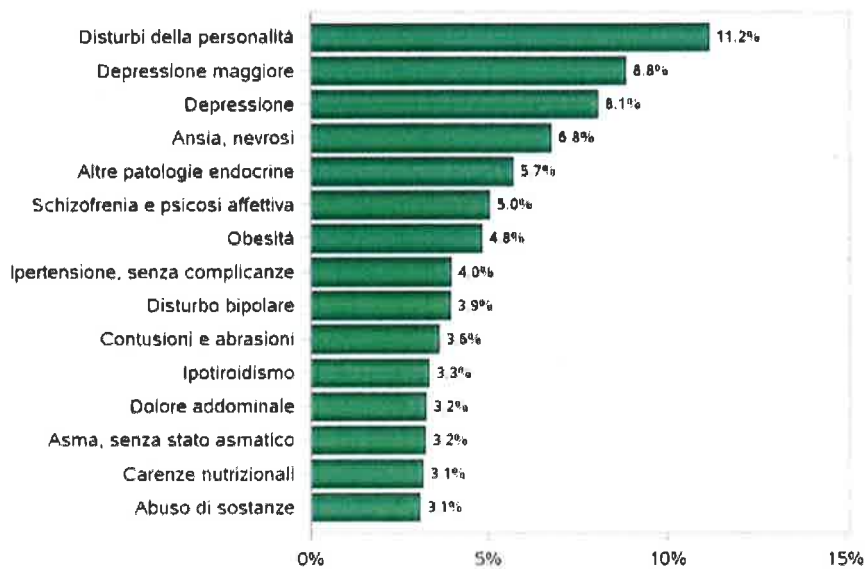
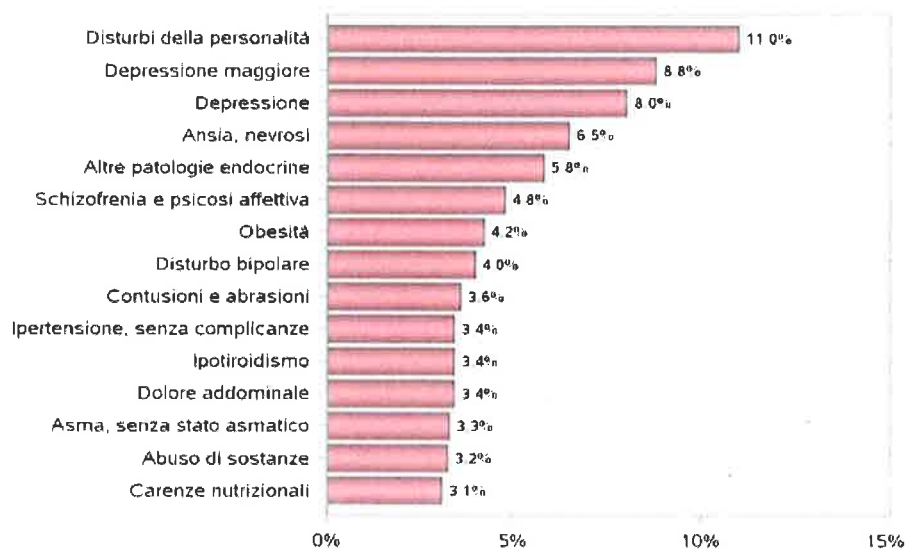




Figura 5.1. Comorbidità (EDC) più frequenti negli assistiti MASCHI con Disturbi del comportamento alimentare. Veneto, anno 2019. Fonte: archivio regionale ACG.



Figura 5.2. Comorbidità (EDC) più frequenti nelle assistite FEMMINE con Disturbi del comportamento alimentare. Veneto, anno 2019. Fonte: archivio regionale ACG.



Allegato 2 Inquadramento nosografico e criteri diagnostici

Secondo il **DSM-IV-TR**, i disturbi alimentari potevano essere suddivisi in due grandi categorie: anoressia nervosa e bulimia nervosa più la categoria residuale dei disturbi alimentari non altrimenti specificati (NAS). *L'anoressia nervosa* (AN) veniva diagnosticata in base a quattro criteri, ossia il rifiuto di mantenere un peso corporeo nella norma, la paura di acquistare peso, un disturbo dell'immagine corporea e (nelle donne) l'amenorrea, e comprendeva due sottotipi: una forma restrittiva e una forma con abbuffate/condotte di eliminazione.

La *bulimia nervosa* (BN) era caratterizzata, invece, da ricorrenti abbuffate con perdita di controllo e condotte di compensazione (vomito, uso di lassativi e diuretici, esercizio eccessivo), con una frequenza di almeno due volte a settimana per tre mesi e un'influenza indebita della forma e del peso sull'autostima.

Anche in questa categoria erano presenti due sottotipi: quella con condotte di eliminazione (vomito, lassativi) e quella senza condotte di eliminazione (digiuno, esercizio eccessivo). Infine, l'ampia categoria diagnostica dei *disturbi alimentari NAS* includeva tutte le forme anoressiche e bulimiche sottosoglia e il disturbo da alimentazione incontrollata (BED), collocato in Appendice tra le "condizioni che necessitano di ulteriori studi". Altre forme di disturbo alimentare come l'Anoressia Inversa (l'ossessione di vedersi gracili accompagnata dalla ricerca di un corpo muscoloso), la *night-eating syndrome* (la sindrome delle abbuffate notturne), l'ortoressia (l'ossessione per cibi biologicamente puri e sani) hanno fatto la loro comparsa negli ultimi anni sulla scena diagnostica senza al momento definirsi come disturbi alimentari specifici.

Forme atipiche di anoressia e bulimia e altre forme di alterazione dell'alimentazione, come l'iperalimentazione associata ad altri disturbi psicologici, il vomito associato con altri disturbi psicologici, sono descritte anche nell'ICD-10 che per il resto definisce in maniera analoga al DSM-IV-TR la categoria dei disturbi alimentari. Uno dei principali problemi della classificazione DSM-IV-TR era rappresentato proprio dalla categoria residuale NAS, che secondo diverse ricerche risultava includere quasi il 60% della popolazione di pazienti con disturbi alimentari (Fairburn et al., 2007). Una percentuale così elevata di diagnosi "residuale" ha ovviamente notevoli implicazioni cliniche: innanzitutto rende inefficace il processo diagnostico per la mancanza di informazioni cliniche significative, tra cui quelle prognostiche e terapeutiche; secondariamente, tende a raccogliere - specificamente nel caso dei disturbi alimentari - una gamma eterogenea di pazienti, molti dei quali condividono caratteristiche cliniche (attitudini, comportamenti e comorbidità) con pazienti con diagnosi di AN o BN definita.

DSM-5

Il DSM-5 nel tentativo di superare queste criticità, ha apportato alcuni cambiamenti significativi nella classificazione dei disturbi alimentari. Alcuni cambiamenti sono di ordine generale e sono relativi alla composizione della categoria diagnostica in sé; infatti nel passaggio dal DSM-IV-TR al DSM-5 è stata eliminata la sezione dei disturbi solitamente diagnosticati in infanzia, fanciullezza e adolescenza e i disturbi della nutrizione ivi inclusi (la pica, il disturbo da ruminazione e il disturbo della nutrizione dell'infanzia e della prima fanciullezza) sono stati inseriti all'interno della più ampia categoria dei "disturbi della nutrizione e dell'alimentazione". Così, all'interno di questa categoria troviamo: la pica, il disturbo da ruminazione il disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo (che sostituisce ed estende la diagnosi di disturbo della nutrizione e dell'alimentazione dell'infanzia o della prima fanciullezza), l'anoressia nervosa (tipo con restrizioni e tipo con abbuffate/condotte di eliminazione), la bulimia nervosa, il disturbo da binge-eating (prima collocato in appendice tra le condizioni che necessitavano di ulteriori studi), il disturbo della nutrizione e dell'alimentazione con altra specificazione e senza specificazione.

Le altre revisioni sono di natura criterio-specifica e relative alla descrizione fenomenologica dei quadri clinici.



CRITERI DIAGNOSTICI DSM-5

Anoressia nervosa 307.1 (F50.0)

A. Restrizione nell'assunzione di calorie in relazione alle necessità, che porta a un peso corporeo significativamente basso nel contesto di età, sesso, traiettoria di sviluppo e salute fisica. Il peso corporeo significativamente basso è definito come un peso inferiore al minimo normale oppure, per bambini e adolescenti, meno di quello minimo previsto.

B. Intensa paura di aumentare di peso o di diventare grassi, oppure un comportamento persistente che interferisce con l'aumento di peso, anche se significativamente basso.

C. Alterazione del modo in cui viene vissuto dall'individuo il peso e la forma del proprio corpo, eccessiva influenza del peso o della forma del corpo sui livelli di autostima, oppure persistente mancanza di riconoscimento della gravità dell'attuale condizione di sottopeso.

Specificare se:

(F50.01) Tipo con restrizioni: Durante gli ultimi 3 mesi, l'individuo non ha presentato ricorrenti episodi di crisi bulimiche o condotte di eliminazione (per es. vomito autoindotto, uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclistmi). In questo sottotipo, la perdita di peso è ottenuta principalmente attraverso la restrizione calorica, il digiuno e/o l'attività fisica eccessiva.

(F50.02) Tipo con crisi bulimiche/condotte di eliminazione: Durante gli ultimi 3 mesi, l'individuo ha presentato ricorrenti episodi di crisi bulimiche e/o condotte di eliminazione (per es. vomito autoindotto, uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclistmi).

Specificare se: In remissione parziale, In remissione completa

Specificare la gravità attuale: Il livello minimo di gravità si basa, per gli adulti, sull'attuale indice di massa corporea (IMC) oppure, per bambini e adolescenti, sul percentile dell'IMC.

Lieve: IMC \geq 17 kg/m²

Moderata: IMC 16 - 16,99 kg/m²

Grave: IMC 15 - 15,99 kg/m²

Estrema: IMC < 15 kg/m²

Tabella 1.1 Criteri del DSM-5 per l'anoressia nervosa.

Criteri Anoressia nervosa secondo ICD-10:

Disturbo caratterizzato da una deliberata perdita di peso, indotta e sostenuta dallo stesso paziente.

Il disturbo si presenta più comunemente in adolescenti e adulti di sesso femminile, ma anche adolescenti e giovani di sesso maschile possono esserne affetti, così come ragazzi che si avvicinano alla pubertà e donne più anziane fino all'epoca della menopausa. La malattia è associata con una psicopatologia specifica per cui il terrore di diventare grasso e della flaccidità del corpo persiste come idea prevalente intrusiva e i pazienti si impongono un limite di peso basso. È presente in genere un'iponutrizione di gravità variabile con conseguenti modificazioni secondarie endocrine e metaboliche e disturbi delle funzioni corporee. I sintomi includono la ridotta scelta dietetica,

l'eccessivo esercizio e il vomito autoindotto, le purghe e l'uso di anoressizzanti e di diuretici.

Escl.: perdita dell'appetito e anoressia psicogena



CRITERI DIAGNOSTICI DSM-5

Bulimia nervosa 307.51 (F50.2)

- A. Ricorrenti episodi di crisi bulimiche. Un episodio di crisi bulimica è caratterizzato da entrambi i seguenti aspetti:
1. Mangiare, in un determinato periodo di tempo (per es. un periodo di due ore) una quantità di cibo significativamente maggiore di quella che la maggior parte delle persone assumerebbe nello stesso periodo di tempo e in circostanze simili.
 2. Sensazione di perdere il controllo durante l'episodio (per es. sensazione di non riuscire a smettere di mangiare o a controllare cosa e quanto si sta mangiando).
- B. Ricorrenti e inappropriate condotte compensatorie per prevenire l'aumento di peso, come vomito autoindotto, abuso di lassativi, diuretici o altri farmaci, digiuno o attività fisica eccessiva.
- C. Le crisi bulimiche e le condotte compensatorie inappropriate si verificano entrambe in media almeno una volta alla settimana per 3 mesi.
- D. I livelli di autostima sono indebitamente influenzati dalla forma e dal peso del corpo.
- E. L'alterazione non si manifesta esclusivamente nel corso di episodi di anoressia nervosa.

Specificare se: **In remissione parziale, In remissione completa**

Specificare la gravità attuale: Il livello minimo di gravità si basa sulla frequenza delle condotte compensatorie inappropriate.

Lieve: Una media di 1-3 episodi di condotte compensatorie inappropriate a settimana

Moderata: Una media di 4-7 episodi di condotte compensatorie inappropriate a settimana **Grave:** Una media di 8-13 episodi di condotte compensatorie inappropriate a settimana

Estrema: Una media di 14 o più episodi di condotte compensatorie inappropriate a settimana

Tabella 1.2 Criteri diagnostici del DSM-5 per la bulimia nervosa

Criteri Bulimia nervosa secondo ICD-10:

Sindrome caratterizzata da ripetuti eccessi di iperalimentazione e da una eccessiva preoccupazione per il peso corporeo, il che porta a tipici episodi di eccessiva ingestione di cibo seguiti da vomito o uso di lassativi. Questo disturbo presenta molte caratteristiche psicologiche in comune con l'anoressia nervosa, inclusa un'eccessiva preoccupazione per la forma e il peso corporeo. Il vomito ripetuto può dar luogo a disturbo del bilancio elettrolitico e a complicanze fisiche. Vi è spesso, ma non sempre, storia di un precedente episodio di anoressia nervosa con un intervallo che *varia* da pochi mesi a diversi anni.



CRITERI DIAGNOSTICI DSM-5

Disturbo da binge-eating 307.50 (F50.8)

- A. Ricorrenti episodi di crisi bulimiche. Un episodio di crisi bulimica è caratterizzato da entrambi i seguenti aspetti:
1. Mangiare, in un determinato periodo di tempo (per es. un periodo di due ore) una quantità di cibo significativamente maggiore di quella che la maggior parte delle persone assumerebbe nello stesso periodo di tempo e in circostanze simili.
 2. Sensazione di perdere il controllo durante l'episodio (per es. sensazione di non riuscire a smettere di mangiare o a controllare cosa e quanto si sta mangiando).
- B. Gli episodi di crisi bulimica sono associati a tre o più dei seguenti aspetti:
1. Mangiare molto più rapidamente del normale.
 2. Mangiare fino a sentirsi sgradevolmente pieni.
 3. Mangiare grandi quantitativi di cibo anche se non ci si sente affamati.
 4. Mangiare da soli a causa dell'imbarazzo per quanto si sta mangiando.
 5. Sentirsi disgustati verso se stessi, depressi o molto in colpa dopo l'episodio.
- C. E' presente marcato disagio riguardo alle crisi bulimiche.
- D. Le crisi bulimiche si verificano, mediamente, almeno una volta alla settimana per 3 mesi.
- E. Le crisi bulimiche non sono associate alla messa in atto sistematica di condotte compensatorie inappropriate come nella bulimia nervosa, e non si verificano esclusivamente in corso di bulimia nervosa o anoressia nervosa.

Specificare se: **In remissione parziale, In remissione completa**

Specificare la gravità attuale: Il livello minimo di gravità si basa sulla frequenza degli episodi di crisi bulimica.

Lieve: Una media di 1-3 episodi di crisi bulimica a settimana

Moderata: Una media di 4-7 episodi di crisi bulimica a settimana

Grave: Una media di 8-13 episodi di crisi bulimica a settimana

Estrema: Una media di 14 o più episodi di crisi bulimica a settimana

Tabella 1.3 Criteri diagnostici del DSM-5 per il disturbo da binge-eating

Criteri diagnostici DSM-5 disturbi della nutrizione

Pica

1. Persistente ingestione di sostanze non alimentari e non commestibili per un periodo di almeno un mese
2. L'ingestione di sostanze non alimentari è inappropriata rispetto allo stadio di sviluppo dell'individuo
3. Il comportamento di ingestione non fa parte di una pratica culturalmente sancita o socialmente normata
4. Se il comportamento di ingestione si manifesta nel contesto di un altro disturbo mentale (per esempio, disabilità intellettiva, disturbi dello spettro autistico) o di un'altra condizione medica è sufficientemente grave da giustificare ulteriore attenzione clinica.



Disturbo da ruminazione

1. Ripetuto rigurgito del cibo ingerito per un periodo di almeno un mese. Il cibo rigurgitato può essere rimasticato, ringoiato oppure sputato.
2. Il rigurgito ripetuto non è attribuibile ad una condizione gastrointestinale associata o ad un'altra condizione medica (per esempio, reflusso gastroesofageo).
3. Il disturbo della nutrizione non si manifesta esclusivamente durante il decorso di anoressia nervosa, bulimia nervosa, disturbo da binge-eating o disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo.
4. Se i sintomi si manifestano nel contesto di un altro disturbo mentale (per esempio, disabilità intellettiva, disturbi dello spettro autistico) o di un'altra condizione medica è sufficientemente grave da giustificare ulteriore attenzione clinica.

Disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo (ARFID)

- 1) Un disturbo della nutrizione o dell'alimentazione (ad esempio, apparente mancanza di interesse per il mangiare o per il cibo; evitamento basato sulle caratteristiche sensoriali del cibo; preoccupazione relativa alle conseguenze negative del mangiare) che si manifesta attraverso la persistente incapacità di soddisfare le appropriate necessità nutrizionali e/o energetiche, associato a uno (o più) dei seguenti aspetti:
 - a) significativa perdita di peso (o mancato raggiungimento dell'aumento ponderale previsto oppure una crescita discontinua nei bambini);
 - b) deficit nutrizionale significativo;
 - c) dipendenza dall'alimentazione parenterale oppure da supplementi nutrizionali orali;
 - d) marcata interferenza con il funzionamento psicosociale
- 2) Il disturbo non è meglio spiegato da una mancata disponibilità di cibo o da una pratica associata culturalmente stabilita.
- 3) Il disturbo della nutrizione non si verifica esclusivamente durante il decorso dell'anoressia nervosa o della bulimia nervosa e non vi è alcuna evidenza di un disturbo nel modo in cui vengono vissuti il peso e la forma del proprio corpo
- 4) Il disturbo non è attribuibile a una condizione medica concomitante e non può essere meglio spiegato da un altro disturbo mentale. Quando il disturbo della nutrizione si verifica nel contesto di un'altra condizione o disturbo, la gravità del disturbo della nutrizione eccede quella normalmente associata alla condizione o disturbo e giustifica ulteriore attenzione clinica

**Allegato 3 Strumenti diagnostici****A. Età adulta**

- **Eating Disorder Inventory 3 (EDI-3, reperibile mediante GIUNTI Psychometrics)**
Strumento per l'autovalutazione di sintomi comunemente associati all'Anoressia Nervosa e alla Bulimia Nervosa, composto dai 91 item con risposta graduata da "Sempre" a "Mai". Il test è articolato in 12 scale principali: 3 specifiche per i disturbi alimentari (*Impulso alla magrezza, Bulimia, Insoddisfazione per il corpo*) e 9 scale psicologiche generali, ma rilevanti per i disturbi alimentari (*Bassa autostima, Alienazione personale, Insicurezza interpersonale, sensazione di inefficacia, Deficit interocettivi, Disregolazione emotiva, Perfezionismo, Ascetismo, Paura della maturità*). La versione iniziale del test a 64 item ha invece otto sottoscale (*Impulso alla magrezza, Bulimia, Insoddisfazione per il corpo, Insicurezza interpersonale, Deficit interocettivi, Perfezionismo, Paura della maturità, Sensazione di inefficacia*)
- **Eating Disorder Examination**
Intervista semi-strutturata basata sull'investigatore che valuta la psicopatologia specifica dei disturbi dell'alimentazione negli ultimi 28 giorni. L'intervista può anche essere usata per effettuare la diagnosi dei disturbi dell'alimentazione
- **Eating Disorders Examination Questionnaire (EDE-Q6)**
Versione auto-somministrato di 28 item dell'intervista 'Eating Disorder Examination (EDE), che indaga la presenza di sintomi di disturbi dell'alimentazione.
- **Eating Attitude Test (EAT-26)**
Strumento di screening di 26 item utile per misurare i sintomi e le preoccupazioni caratteristici dei disturbi dell'alimentazione.
- **Body Uneasiness Test (BUT)**
Questionario auto-somministrato che indaga da un punto di vista multidimensionale il disturbo dell'immagine corporea.
- **Clinical Impairment Assessment (CIA)**
Questionario auto-somministrato che misura l'impatto del disturbo alimentare sul funzionamento psico-sociale
- **Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R, reperibile mediante GIUNTI Psychometrics)**
Questionario auto-somministrato di 90 item che valuta la psicopatologia generale, in particolare la presenza nell'ultima settimana di sintomi suddivisi in 10 sotto-scale (somatizzazione, ossessività-compulsività, sensibilità interpersonale, depressione, ansia, ostilità, ansia fobica, ideazione paranoide, psicoticismo, disturbi del sonno). Una versione abbreviata di questo questionario è la Brief Symptom Inventory.
- **Level of Expressed Emotion (LEE)**
Strumento auto-somministrato di 60 item dicotomici vero/falso, che indaga il clima relazionale e l'emotività espressa della figura di riferimento più importante degli ultimi 3 mesi.
- **Childhood Experience of Care and Abuse Questionnaire (CECA-Q)**
Strumento per la rilevazione delle esperienze di avversione e trascuratezza da parte delle figure di attaccamento e/o di abuso vissute in età infantile e adolescenziale.
- **Inventario degli eventi stressanti e traumatici della vita**
Strumento che esplora la presenza di eventi stressanti e traumatici nell'arco di vita.
- **Impact of Event Scale - Revised (IES-R)**
Questionario auto-somministrato di 22 item che valuta lo stress soggettivo causato da eventi traumatici e la possibile presenza di un disturbo post-traumatico.
- **Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11)**
Questionario auto-somministrato di 30 item, che valuta la dimensione impulsività come variabile comportamentale o di personalità.



- **Iowa Gambling Task**

Test cognitivo che valuta le capacità decisionali; misura la capacità di valutare la ricompensa immediata rispetto alle conseguenze a lungo termine.

- **Figura Complessa di Rey-Osterrieth (ROFT)**

Test che indaga diverse funzioni cognitive quali: abilità percettive e visuo-spaziali, memoria incidentale di tipo visuo-spaziale, pianificazione e organizzazione visuo-percettiva.

- **Wisconsin Card Sorting Test (WCST)**

Test cognitivo che indaga varie funzioni esecutive superiori, tra cui il pensiero astratto e la flessibilità cognitiva.

B. 2. Età evolutiva

La valutazione diagnostica di DCA in età dello sviluppo si caratterizza per la necessità di inserire il disturbo del bambino o dell'adolescente nella sua storia evolutiva, considerando le risorse individuali e familiari per l'elaborazione del progetto terapeutico. Di grande rilevanza, infatti, ai fini del percorso di cura, è l'assessment della famiglia, del background etnico, religioso, culturale e del contesto di vita riferito alle risorse disponibili e attivabili. E' certamente importante individuare i punti di debolezza, le aree di conflitto sia personali, che del nucleo e della coppia genitoriale, ma l'obiettivo principale è evidenziare i punti di forza su cui l'intervento terapeutico può far leva (ASS Emilia Romagna, 2014). Poiché la famiglia rappresenta una risorsa ed un elemento integrante nella cura di queste patologie, diventano oggetto di osservazione la qualità delle relazioni e lo stile genitoriale su cui si è sviluppato il pattern di attaccamento: l'attitudine a prendersi cura, gli affetti -incluse speranze, paure e aspettative-, la sensibilità, la cooperazione, la disponibilità, piuttosto che l'indifferenza, il rifiuto, il controllo. E' altresì importante prendere in considerazione anche la prospettiva dei genitori e i fattori di stress presenti a vari livelli, la misura in cui il disagio del figlio influenza la routine quotidiana, il senso di fallimento: comprendere il loro bisogno permette all'equipe la programmazione mirata degli interventi di sostegno (LG Umbria, 2013).

Il disagio attuale va inserito nella storia dello sviluppo psicoemozionale del paziente da ricostruire attentamente per poter delineare il suo funzionamento socio-relazionale, scolare e l'adattabilità a situazioni nuove, di cambiamento o frustranti; dovrà essere indagato con scrupolo e sensibilità ogni possibile evento stressante o traumatico nella storia del paziente (es. abuso fisico, sessuale o psicologico, subito o assistito, ma anche lutto, separazioni, cambiamenti radicali, etc.).

In merito al sintomo è indispensabile considerare l'epoca e le modalità di insorgenza dello stesso, le caratteristiche dell'alterazione del comportamento alimentare (il tipo di restrizione alimentare, di binge, le condotte di eliminazione e comportamenti compensatori e/o selettivi); va analizzata la presenza di fattori predisponenti, precipitanti o perpetuanti, la pervasività del sintomo e la sua interferenza con il funzionamento individuale.

L'esame psichico andrà a valutare la flessibilità del pensiero, l'esame di realtà, il grado di insight, la presenza di dispercezioni; la regolazione dell'umore e l'affettività, la capacità di empatia e di ironia, ma anche il grado di impulsività, il bilanciamento tra tendenze internalizzanti o esternalizzanti, le modalità di gestione dell'ansia; va inoltre indagata, soprattutto negli adolescenti, la presenza di ideazione autolesiva o anticonservativa, l'intenzionalità e la storia di pregressi tentativi agiti, l'uso o abuso di alcool e di sostanze (raccomandazione di I livello, APA 2006) (ASS Emilia Romagna, 2014). Sarà possibile quindi evidenziare eventuali comorbidità, specie per disturbi dell'umore, disturbi d'ansia, tratti e disturbi di personalità (raccomandazione di I livello, APA 2006).

Le linee guida suggeriscono che la valutazione clinica sia supportata dall'uso di strumenti standardizzati, scelti in relazione all'età del bambino/adolescente, specifici e non per il DCA. (ASS Emilia Romagna, 2014). La valutazione comprende l'esplorazione della relazione del minore con gli strumenti digitali e un successivo lavoro psicoeducativo al riguardo.

**La valutazione psicometrica**

L'utilizzo di strumenti diagnostici affidabili è essenziale nella fase di assessment per la scelta di trattamenti efficaci, per monitorare i fabbisogni di cura e per valutare l'esito (QdMinSal, 2013). Alcuni degli strumenti psicometrici disponibili, con format più sintetici e mirati, possono essere anche utilizzati per lo screening in popolazioni a rischio o per studi epidemiologici allargati sulla popolazione generale. Attualmente gli strumenti standardizzati specifici per i DCA per l'età evolutiva sono pochi e la validazione sulla popolazione italiana, ad oggi, è disponibile solo per il questionario EDI-3 (Eating Disorder Inventory - 3rd edizione) e le scale SAFA; tuttavia in letteratura molte interviste e questionari per diagnosi e screening dei DCA hanno mostrato buone proprietà psicometriche anche in età evolutiva ed essendo fotogrammi di quel momento, possono essere utilizzati nel re-assessment. L'assessment psicometrico si consiglia venga condiviso con il paziente, adeguando le modalità di restituzione all'età e alla capacità di rielaborazione del paziente stesso, per stimolare la consapevolezza del disturbo e la motivazione alla cura.

Ad integrazione di strumenti specifici, ai fini di un inquadramento psicopatologico completo che indaghi anche eventuali comorbidità, sono utilizzabili ad integrazione della valutazione clinica anche test standardizzati per la valutazione generale dei sintomi psichiatrici ed aspetti psicopatologici. Nella tabella a seguire sono riportati test specifici per DCA e testica generale per la psicopatologia in età evolutiva.



STRUMENTI PSICOMETRICI SPECIFICI PER I DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE

EAT-26 <i>Eating Attitude Test</i>	<p>Questionario di auto-somministrazione utile per lo screening dei DA. Nasce per gli adulti ma può essere utilizzato anche nella tarda adolescenza. Valuta i sintomi e le preoccupazioni tipiche dei soggetti con disturbo dell'alimentazione. Nella sua versione originale è costituito da 40 item mentre questa versione è ridotta a 26 item. Il questionario dà una misura della presenza di un eventuale DA, senza distinguere tra i vari tipi di DA.</p> <p>Versione dell'EAT-26 con un linguaggio semplificato rivolta ai bambini che può essere usata al di sopra degli 8 anni di età.</p>
EDI <i>Eating Disorder Inventory</i>	<p>Questionario di auto-somministrazione utile per la valutazione multidimensionale dell'AN e della BN. La versione originale si componeva di 64 item distribuiti in 8 sottoscale, tre delle quali focalizzate sugli aspetti specifici dei disturbi dell'alimentazione (l'impulso alla magrezza, le condotte bulimiche, l'insoddisfazione per il corpo), cinque sulle caratteristiche di personalità e psicopatologiche associate (l'inadeguatezza, il perfezionismo, la sfiducia interpersonale, la consapevolezza enterocettiva e la paura della maturità). In una nuova versione dello strumento, l'EDI-2, sono stati aggiunti 27 item raggruppati in 3 sottoscale: ascetismo, impulsività e insicurezza sociale. Recentemente è stato sviluppato l'EDI-3, che non ha aggiunto nuovi item, ma ha riorganizzato i costrutti dell'EDI e dell'EDI-2 adeguandoli ai più recenti inquadramenti teorici nell'ambito dei disturbi dell'alimentazione. Di questa versione è disponibile anche l'edizione validata sulla popolazione italiana. L'EDI ha la stessa struttura dell'EAT di cui, in sostanza, è il completamento. Può essere utilizzato al di sopra dei 13 anni di età.</p>
EDE 17.0D <i>Eating Disorder Examination Interview</i>	<p>L'Eating Disorder Examination è un'intervista semi-strutturata basata sull'investigatore che valuta la psicopatologia specifica dei disturbi dell'alimentazione negli ultimi 28 giorni. L'EDE comprende quattro sottoscale (restrizione dietetica, preoccupazione per l'alimentazione, preoccupazione per la forma e preoccupazione per il peso) i cui punteggi possono essere valutati separatamente e come punteggio globale (la media dei punteggi delle sottoscale). L'EDE valuta anche le caratteristiche comportamentali chiave del disturbo dell'alimentazione, tra cui gli episodi di abbuffata, il vomito autoindotto, l'uso improprio di lassativi e diuretici, e l'esercizio fisico eccessivo. L'EDE può anche essere usato per generare effettuare la diagnosi dei disturbi dell'alimentazione.</p>
EDE-Q 6.0 <i>Eating Disorder Examination Questionnaire</i>	<p>L'EDE-Q 6.0 (Fairburn & Beglin, 1994) è la versione auto-somministrata dell'intervista Eating Disorder Examination. L'EDE-Q fornisce un punteggio globale basato su quattro sottoscale (restrizione dietetica, preoccupazione per l'alimentazione, preoccupazione per la forma e preoccupazione per il peso) progettate per riflettere la gravità delle caratteristiche principali della psicopatologia dei disturbi dell'alimentazione negli ultimi 28 giorni. Il questionario valuta anche le caratteristiche comportamentali chiave del disturbo dell'alimentazione, tra cui gli episodi di abbuffata, il vomito autoindotto, l'uso improprio di lassativi e l'esercizio fisico eccessivo.</p>
CIA 3.0 <i>Clinical Impairment Assessment questionnaire</i>	<p>È uno strumento auto-somministrato di 16 item che misura la gravità del danno psicosociale dovuto alle caratteristiche dei disturbi dell'alimentazione. Si focalizza sugli ultimi 28 giorni. I 16 item prendono in esame il danno nelle aree di vita che sono tipicamente influenzate dalla psicopatologia dei disturbi dell'alimentazione: tono dell'umore e auto-percezione, funzionamento cognitivo, funzionamento interpersonale e prestazione professionale. Lo scopo del CIA è quello di fornire un indice di gravità semplice ed unico del danno psicosociale, secondario alle caratteristiche dei disturbi dell'alimentazione.</p>
BSQ <i>Body Shape Questionnaire</i>	<p>Questionario di auto-somministrazione che si propone di valutare l'immagine corporea che il paziente ha di sé. In letteratura il questionario è stato utilizzato in Spagna per soggetti di età compresa tra gli 11 e i 18 anni.</p>

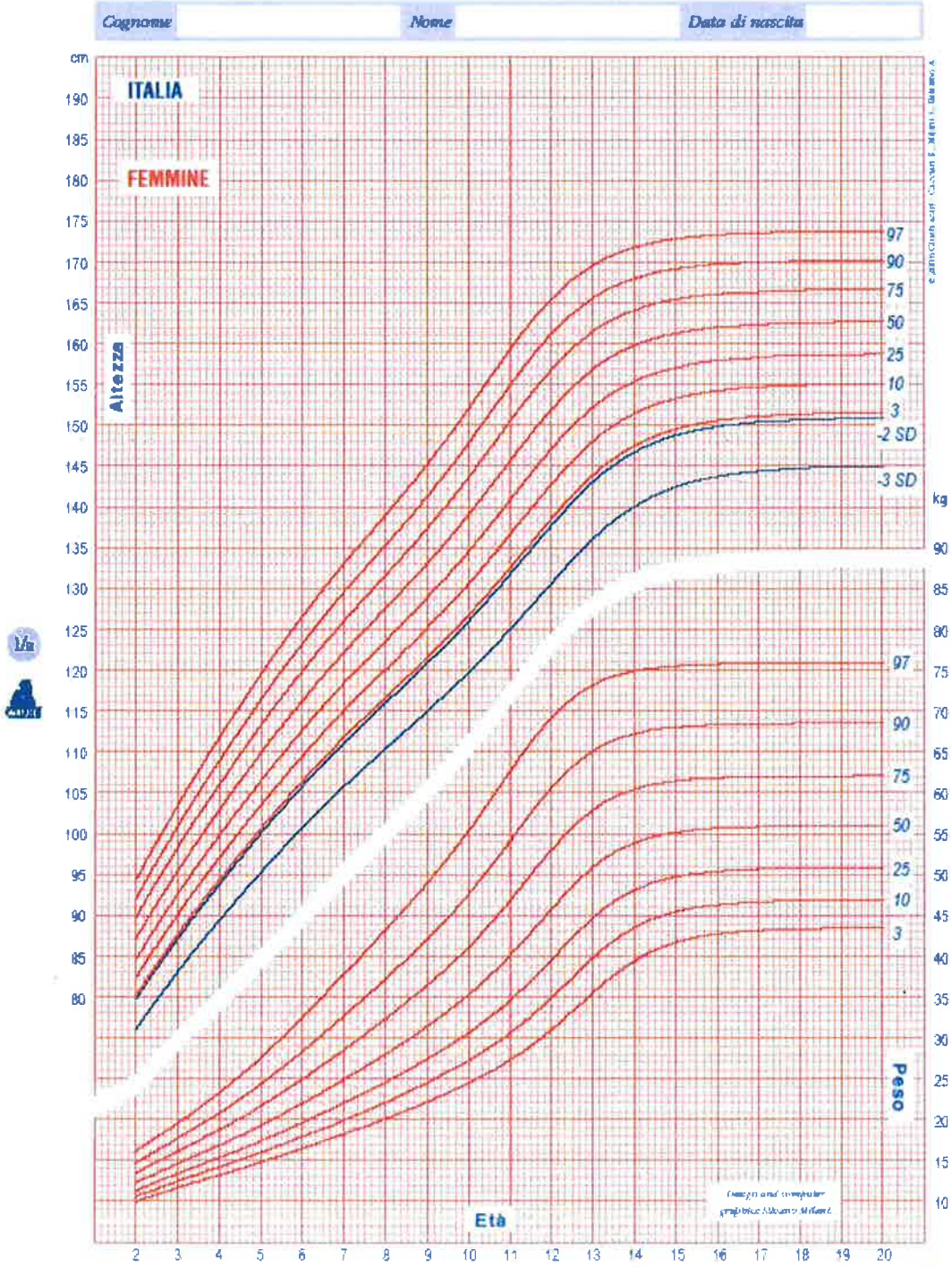
STRUMENTI AD INTEGRAZIONE PER LA VALUTAZIONE PSICOPATOLOGICA

Ad integrazione di strumenti specifici, ai fini di un inquadramento psicopatologico globale che indaghi anche eventuali comorbidità, sono utilizzabili in età evolutiva:

- Kiddie Schedule for Affective Disorder and Schizophrenia (K-SADS: Kaufman et al., 2004),
- i questionari ASEBA Di T.Achenbach sulle competenze e sui problemi emotivi e comportamentali dei giovani Youth Self Report, Child Behavior Checklist, Teacher's Report Form (YSR 11-18, CBCL 6-18, TRF 6-18, Achenbach, 2001),
- Symptom Checklist – 90 revised (SCL-90 R) (Derogatis, 1994),
- Parental Bonding Index (PBI: Parker et al., 1979),
- Toronto Alexithymia Scale (TAS – 20) (G.J. Taylor, R.M. Bagby, J.D.A. Parker, 1992),
- Barratt Impulsivity Scale-11 (BIS-11) (Patton JH, Stanford MS, Barratt ES., 2005),
- Test carta matita liberi o tematici (es. disegno della persona umana di Machover, disegno della famiglia di Corman, etc.), elaborati proiettivi (es. protocollo Rorschach, CAT e TAT).



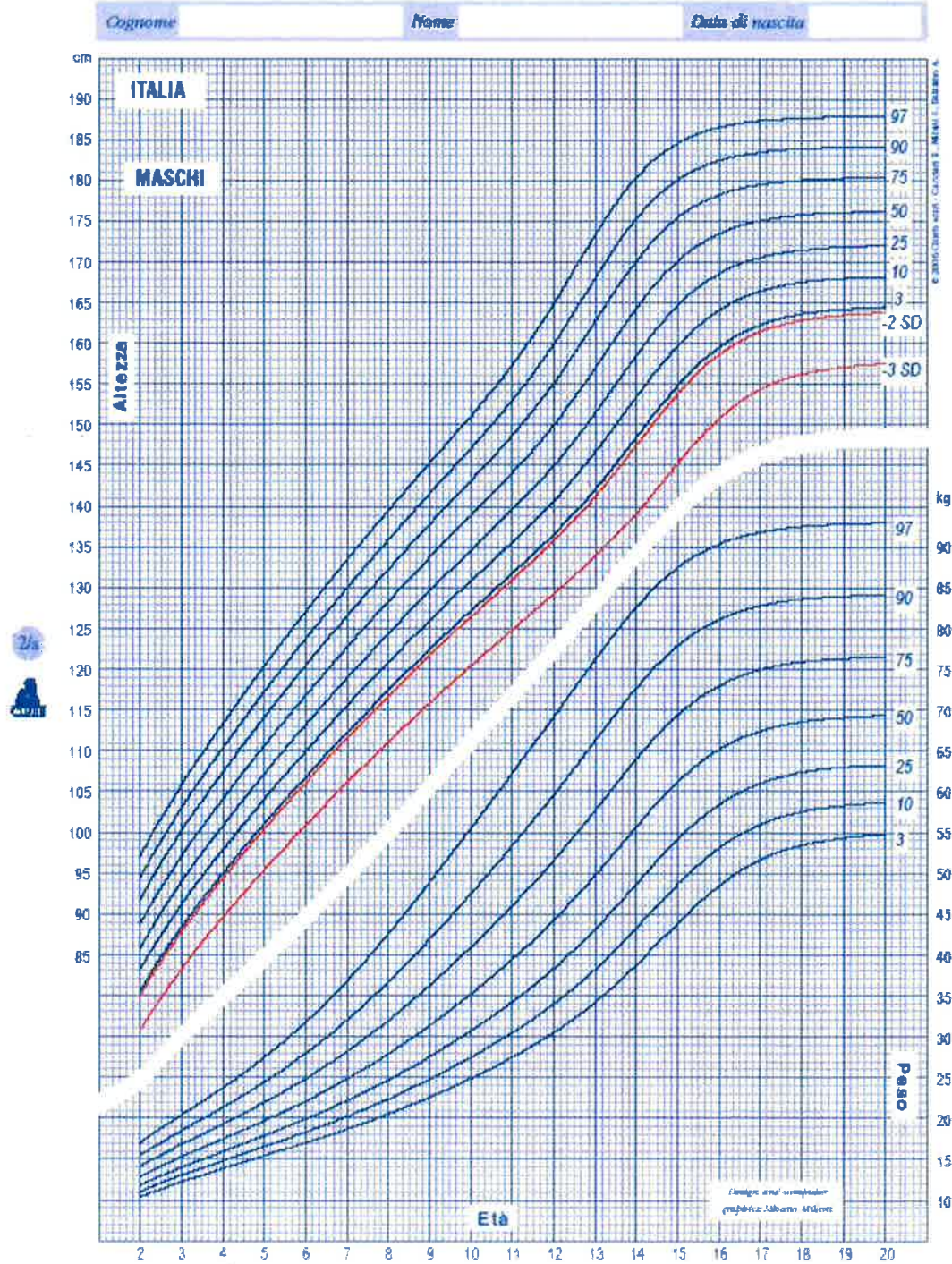
Centili Italiani di riferimento [2-20 anni] per altezza, peso e BMI



Castelli F, Milani S, Balsamo A & Director Councils of SIEDP/ISPED for 1996-97 and 2002-03, J Endocrinol Invest, 29(7):581-593, 2006



Centili Italiani di riferimento [2-20 anni] per altezza, peso e BMI



Cacciari F, Milani S, Balsamo A & Directors Councils of SIEEP/ISPEID for 1996-97 and 2002-03, J Endocrinol Invest, 29(7):581-593, 2006.





Allegato 4 - Complicanze mediche e loro trattamento

Le principali complicanze fisiche che si verificano nei disturbi dell'alimentazione sono la conseguenza della malnutrizione, della perdita di peso corporeo, del vomito autoindotto, dell'uso improprio di lassativi e diuretici e dell'attività fisica eccessiva e si correggono con il recupero ponderale e l'eliminazione dei comportamenti non salutari di controllo del peso. Alcune complicanze, tuttavia, come l'osteoporosi, sembrano essere meno reversibili e possono persistere anche dopo la guarigione dal disturbo dell'alimentazione, mentre altre, in particolare quelle a carico dell'apparato cardiovascolare e dell'equilibrio idroelettrolitico, possono mettere a rischio la vita dei pazienti. Le conseguenze a lungo termine della malnutrizione acuta in età adolescenziale non sono ancora del tutto note, soprattutto per quanto riguarda quegli organi che presentano specifiche "finestre" maturative non recuperabili in età adulta, come è il caso del tessuto osseo e del sistema nervoso centrale. Se la malnutrizione per difetto è caratteristica dell'anoressia nervosa, la malnutrizione per eccesso può essere presente nel disturbo da binge eating mentre condizioni di malnutrizione nella bulimia nervosa dipendono dalle crisi bulimiche e dalle condotte di eliminazione.

La valutazione del rischio fisico va effettuata attraverso l'anamnesi (familiare e personale), la valutazione della condotta alimentare e dello stato nutrizionale, l'esame obiettivo particolarmente orientato alla rilevazione dei segni di malnutrizione e alla valutazione dei parametri vitali. Il monitoraggio ravvicinato ed il trattamento di pazienti gravemente sottopeso o nei quali si evidenzia una rapida diminuzione del peso deve essere una priorità. Secondo le linee guida NICE nell'anoressia nervosa peso e IMC non dovrebbero essere considerati i soli indicatori di rischio fisico, peraltro poco attendibili nei bambini e adolescenti. In questi ultimi la gravità della perdita di peso e il grado di malnutrizione corrisponde ai percentili <1° (estrema), 1° (grave), 3° (moderata), < 10° (lieve) (vedi allegato 3).

Le principali complicanze nei disturbi dell'alimentazione associati a malnutrizione da difetto sono:

- A. Apparato cardiovascolare: ipotensione arteriosa, riduzione del volume cardiaco, prolasso della mitrale, bradicardia, aritmie, allungamento del tratto QT, versamento pericardio, alterazioni della funzione sistolica, miocardiopatia ampollare Takotsubo-like
- B. Fluidi ed elettroliti: disidratazione, emoconcentrazione, ipopotassiemia, iposodiemia, ipofosfatemia, ipomagnesemia, ipocalcemia, alcalosi ed acidosi metabolica
- C. Apparato urinario: insufficienza renale pre-renale, nefropatia da carenza di potassio, urolitiasi
- D. Apparato digerente: ridotta motilità gastroenterica, stipsi, erosioni e rotture dell'esofago o dello stomaco, colopatia da abuso di lassativi, melanosì colica, prolasso rettale, enteropatia proteino-disperdente, danno epatico e pancreatico
- E. Sistema endocrino: ipogonadismo ipotalamico, riduzione dei livelli di leptina, triiodotironina, IGF-1 ed insulina, alterazioni della secrezione di ADH, ipercortisolemia
- F. Apparato scheletrico: osteopenia e osteoporosi
- G. Sistema ematopoietico ed immunitario: anemia, leucopenia, piastrinopenia, pancitopenia; riduzione del rapporto CD4/CD8, alterazioni dell'immunità cellulare, riduzione di C3 e C4
- H. Sistema nervoso: neuropatie periferiche, pseudoatrofia cerebrale, mielinolisi pontina, alterazioni elettroencefalografiche, deficit cognitivi, depressione
- I. Cute, annessi cutanei e denti: cute secca e squamosa, acrocianosi, carotenodermia, callosità sul dorso delle mani (segno di Russell); lanugo, perdita di capelli, erosioni dello smalto

Particolare attenzione va prestata alle alterazioni dei fluidi e degli elettroliti. L'ipopotassiemia, l'iponatremia e l'emoconcentrazione rappresentano le alterazioni più frequenti. Le ipopotassiemie più gravi, spesso associate a quadri di alcalosi metabolica, si riscontrano nei soggetti che abusano di diuretici e/o vomitano frequentemente. Se l'ipopotassiemia è associata ad ipocalcemia, la correzione dell'ipopotassiemia deve essere associata a infusione di calcio gluconato. L'ipopotassiemia, infatti, maschera i sintomi

dell'ipocalcemia, che possono manifestarsi con crisi tetaniche nel momento della correzione dell'ipopotassiemia.

L'emoconcentrazione dovuta a deplezione del volume circolante da deficit combinato di acqua e di sodio rappresenta una complicanza frequente nei soggetti gravemente malnutriti. Diversi sono i fattori che concorrono a provocarla: lo scarso introito di liquidi e di sodio, il vomito, l'abuso di diuretici e le alterazioni della secrezione di ADH. Tale complicanza è sovente sottostimata poiché i parametri comunemente utilizzati per la valutazione dell'emoconcentrazione (aumento dei livelli plasmatici di emoglobina, urea, creatinina, sodio) sono spesso ridotti nell'anoressia nervosa per la presenza di anemia, bassi livelli di urea (da riduzione dell'introito proteico), di creatinina (per riduzione delle masse muscolari) e di sodio (da deplezione sodica). L'emoconcentrazione può mascherare quadri anche gravi di anemia, che emergono dopo la correzione del volume circolante. L'iponatremia nella maggior parte dei casi è espressione di una disidratazione ipotonica, dovuta ad un deficit di sodio prevalente sul deficit di acqua ed associata a segni e sintomi di deplezione del volume circolante. In casi rari l'iponatremia può essere espressione di uno stato di iperidratazione (intossicazione da acqua), dovuta ad eccessivo introito di acqua in presenza di fattori che compromettono l'escrezione renale di acqua libera, come l'uso di diuretici e di alcuni farmaci antidepressivi ed antipsicotici. Molto comune e importanti perché ostacolano la riabilitazione nutrizionale è anche la riduzione della motilità gastrica ed intestinale, responsabile della sensazione di gonfiore e ripienezza gastrica e – almeno in parte – della stipsi.

Per quanto riguarda il tessuto osseo, anche se i quadri più gravi di osteoporosi si osservano nelle forme di anoressia nervosa di lunga durata, una perdita di massa ossea può essere rilevabile già dopo pochi mesi di malattia, soprattutto quando l'esordio del disturbo avviene in epoca adolescenziale, nel momento cioè della formazione del picco di massa ossea. Va segnalato che oltre il 90% delle adolescenti presenta una riduzione della massa ossea dopo soli 6 mesi di malattia. Anche una percentuale non trascurabile di soggetti con esordio dell'anoressia nervosa in età adulta presenta quadri di osteopenia o di osteoporosi già dopo 6 mesi/1 anno di malattia. Tali osservazioni rendono ragione dell'attuale raccomandazione di eseguire una densitometria ossea in tutti i soggetti con durata del sintomo "amenorrea" superiore a 6 mesi.

Le alterazioni del metabolismo osseo nell'AN sono differenti dal pattern dell'osteoporosi postmenopausale ed è quindi diverso l'approccio terapeutico. Nelle pazienti adulte con anoressia nervosa vi è una ridotta neoformazione ossea associata ad aumentato riassorbimento. Nelle adolescenti, invece, è dominante la riduzione della neoformazione ossea. La patogenesi dell'osteoporosi nell'anoressia nervosa è multifattoriale, legata sia al deficit estrogenico che a fattori nutrizionali (riduzione del peso e della massa muscolare, ridotto introito di calcio, vitamina D e proteine, bassi livelli di IGF-1 e di leptina). Purtroppo non esiste un trattamento efficace: né gli estroprogestinici né le supplementazioni di calcio e vitamina D sono in grado di migliorare l'evoluzione della perdita di massa ossea. Solo il recupero ponderale e la ripresa di una alimentazione equilibrata portano ad un miglioramento di questa complicanza, anche se, a differenza delle altre complicanze mediche che regrediscono completamente con il recupero ponderale, il deficit di massa ossea può persistere anche dopo guarigione completa.

Le complicanze mediche della anoressia nervosa e del disturbo da evitamento/restrizione dell'assunzione di cibo possono quindi riguardare tutti gli organi e apparati. Nella bulimia nervosa le conseguenze dei comportamenti di eliminazione possono determinare danni dentali, gastrointestinali, squilibri elettrolitici, ipertrofia delle ghiandole salivari. Nel disturbo da binge-eating le complicanze sono quelle legate all'eccesso di peso e alla iperalimentazione. La maggior parte delle complicanze mediche è reversibile con il miglioramento dello stato nutrizionale e con la remissione dei comportamenti non salutari di controllo del peso ma sono più rischiose nei bambini e adolescenti e alcune possono avere gravi ripercussioni tardive in relazione alla durata della malattia (osteoporosi, fertilità, alterazioni neuroencefaliche).

Monitoraggio complicanze durante la rialimentazione

Nelle prime 2-3 settimane della rialimentazione si raccomanda di misurare quotidianamente, più volte al giorno nei casi gravi, i parametri vitali: frequenza cardiaca, pressione arteriosa, frequenza respiratoria. Un aumento della frequenza cardiaca a riposo è uno dei primi segni della **sindrome da rialimentazione**



(refeeding syndrome). Il monitoraggio clinico può evidenziare la comparsa di iniziali segni di ritenzione idrosalina, edemi declivi, stasi polmonare, sintomi neurologici.

Il dosaggio degli elettroliti plasmatici (fosfato, magnesio, potassio, sodio, cloro e calcio) è raccomandato quotidianamente nei primi 7-10 giorni. Successivamente, se i livelli di fosfato e degli altri elettroliti si

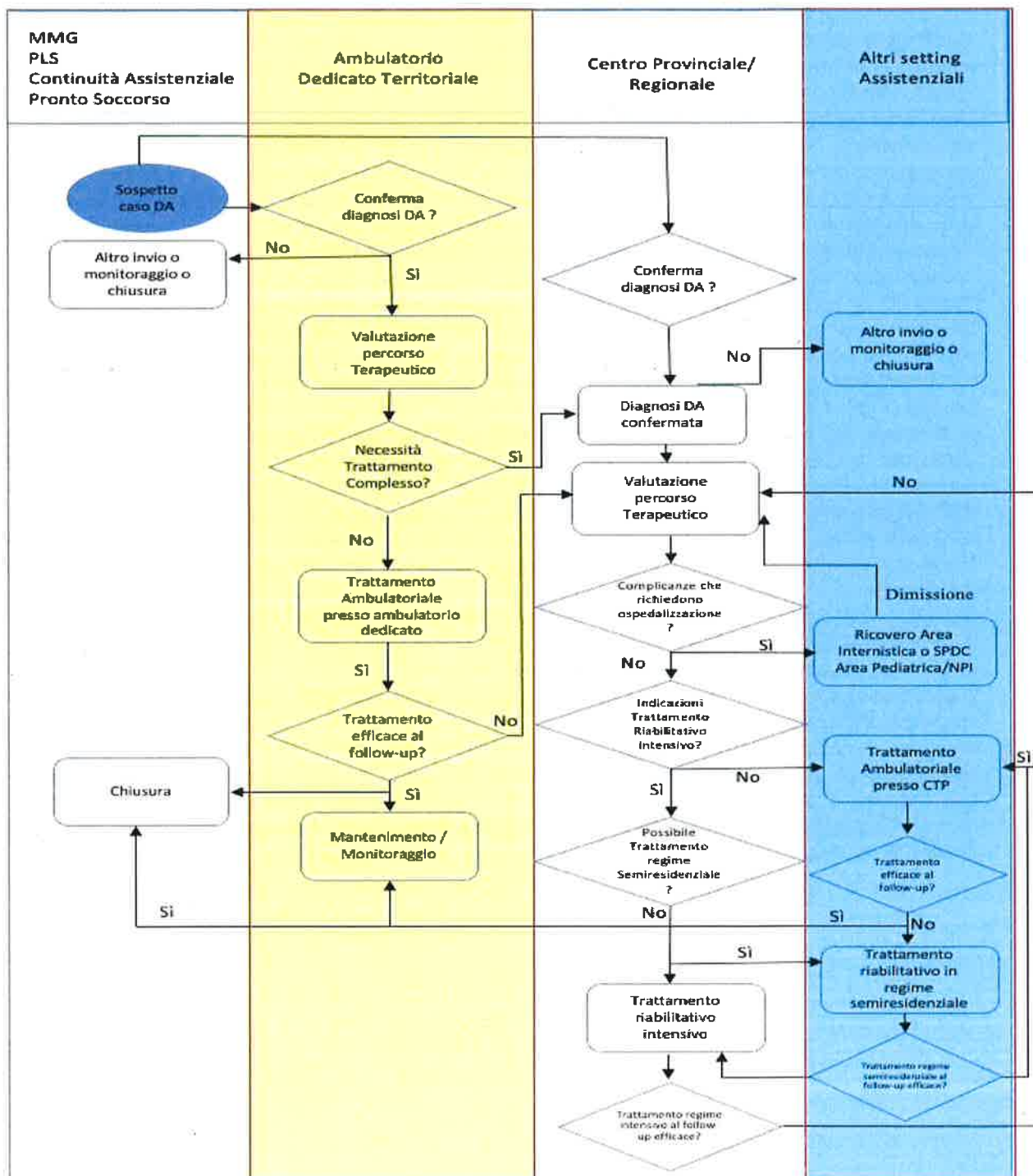
mantengono stabili, i dosaggi possono essere effettuati una o due volte alla settimana, più frequentemente se tendono ad abbassarsi. Alcuni pazienti possono richiedere correzioni per periodi che vanno oltre i 10 giorni iniziali, fino a 2-3 settimane

Una lieve riduzione degli elettroliti plasmatici riflette la fisiologica risposta dell'organismo alla rialimentazione. È un campanello d'allarme, richiede una rapida correzione, ma non è rischiosa. Le conseguenze gravi della sindrome da rialimentazione si manifestano solo quando la fosfatemia scende dai normali livelli (0,87-1,45 mmol/L) a valori molto inferiori alla norma (< 0,30-0,50 mmol/L). La correzione delle disonie per via endovenosa è più sicura e rapida. Come il potassio, anche le soluzioni di fosfato (fruttosio difosfato o potassio fosfato) e di magnesio (magnesio solfato) per uso endovenoso devono essere somministrate lentamente e la supplementazione dosata sulla base del monitoraggio plasmatico per assicurare la normalizzazione dei livelli plasmatici ed evitare i rischi di sovradosaggio. In caso di ipopotassiemia refrattaria è necessario correggere contemporaneamente anche l'ipomagnesiemia che la sostiene. Un'eventuale ipocalcemia richiede la somministrazione e.v. di gluconato di calcio.

Per contrastare la ritenzione idrosalina che caratterizza le prime fasi della rialimentazione è necessario limitare l'apporto di sodio della dieta e soprattutto la somministrazione di soluzioni saline per via endovenosa. Per correggere uno stato di disidratazione è indicata l'infusione e.v. di destrosio al 5%. La correzione dell'ipovolemia richiede l'infusione e.v. di soluzione salina, che deve essere adattata al peso corporeo (15-20 ml/kg/die) iniziando con una velocità di infusione non superiore a 10 ml/kg/h per evitare i rischi legati a un'espansione troppo rapida del volume circolante (scompenso cardiaco, edemi).

Al quadro clinico della sindrome da alimentazione possono associarsi segni e sintomi dell'encefalopatia di Wernicke da carenza di tiamina. La tiamina è cofattore di enzimi coinvolti nei diversi cicli del metabolismo del glucosio ed è l'unica vitamina le cui riserve corporee si esauriscono in 14-18 giorni. Nei pazienti con deplezione dei depositi l'assunzione di carboidrati o la somministrazione di glucosio per via parenterale, aumentando il fabbisogno di tiamina, possono scatenare l'encefalopatia di Wernicke le cui manifestazioni cliniche sono caratterizzate da atassia, paralisi oculomotoria e alterazioni mentali (stato confusionale di vario grado, fino al coma); solo in una minoranza di casi l'encefalopatia di Wernicke si manifesta con la triade sintomatologica caratteristica (nistagmo, atassia, stato confusionale). Per la prevenzione dell'encefalopatia di Wernicke è indicata una somministrazione profilattica di tiamina (200 mg) prima di iniziare la rialimentazione. Nei pazienti gravemente malnutriti, nei quali l'assorbimento enterico della vitamina può essere ridotto, è raccomandata la via parenterale. La supplementazione va proseguita per os per almeno 10 giorni, al dosaggio di 200-300 mg/die, preferibilmente suddiviso in 4 somministrazioni. Oltre alla tiamina è indicata la somministrazione di un preparato multivitaminico multiminerale.

Allegato 5 Percorso terapeutico disturbi della nutrizione e dell'alimentazione (flow-chart)





REGIONE DEL VENETO

Centro di Riferimento per i Disturbi del Comportamento Alimentare

CARTELLA CLINICA (PARTE DIAGNOSTICA)

Dati Anagrafici
 Cognome _____ Sesso m = 1, f = 2
 Nome _____ Data di nascita

Peso kg Altezza cm
 Peso premorbo
 Peso max raggiunto Età Peso minimo Età

Immagine corporea attuale
 Il/la paziente è molto preoccupato/a di ingrassare?
 per niente un poco abbastanza molto moltissimo

Il modo di vivere il corpo è alterato (es. si percepisce grassa anche se magra)?
 per niente un poco abbastanza molto moltissimo

Sovrastima la propria taglia o nega la gravità del sottopeso?
 per niente un poco abbastanza molto moltissimo

Il peso e la forma fisica influenzano in modo importante la considerazione che ha di sé?
 per niente un poco abbastanza molto moltissimo

Dimagrimenti e immagine corporea pregressa
 Precedenti periodi di perdita di peso sì no

Età Durata mesi Peso min
 Età Durata mesi Peso min

In quel periodo, il/la paziente era molto preoccupato/a di ingrassare?
 per niente un poco abbastanza molto moltissimo

Il modo di vivere il corpo è alterato (es. si percepisce grassa anche se magra)?
 per niente un poco abbastanza molto moltissimo

Sovrastimava la propria taglia o negava la gravità del sottopeso?
 per niente un poco abbastanza molto moltissimo

Il peso e la forma fisica influenzavano in modo importante la considerazione che ha di sé?
 per niente un poco abbastanza molto moltissimo

Mestruazioni presenti assenti estroprogestinici
 Se assenti, da quanto tempo mesi o da che età anni
 Precedenti periodi di assenza di mestruazioni sì no
 Età Durata amenorrea mesi Peso
 Età Durata amenorrea mesi Peso



Sono presenti attualmente alterazioni fisiche o ematochimiche in conseguenza alla perdita di peso o alla malnutrizione? si no

Specificare

Sono state presenti in passato alterazioni fisiche o ematochimiche in conseguenza alla perdita di peso o alla malnutrizione? si no

Specificare

Attualmente (ultimi tre mesi) presenta crisi bulimiche (abbuffate) "oggettive"? si no

(Mangiare, in un periodo di tempo definito [2 ore], molto di più di quello che la maggior parte delle persone mangerebbe nello stesso periodo e nella stessa situazione)

C'è perdita il controllo durante l'episodio? si no

Che frequenza hanno avuto questi episodi, in media, negli ultimi tre mesi?

diverse volte al giorno una volta alla settimana

una volta al giorno alcune volte al mese

almeno due volte alla settimana una volta al mese o meno

Da quanto tempo sono presenti le crisi bulimiche? anni mesi

In passato ha mai presentato crisi bulimiche? si no

(segnare solo se episodio diverso da quello attuale)

Aveva la sensazione di perdere il controllo, durante questi episodi? si no

Con che frequenza avvenivano?

diverse volte al giorno una volta alla settimana

una volta al giorno alcune volte al mese

almeno due volte alla settimana una volta al mese o meno

A che età erano iniziate le crisi bulimiche? anni

Per quanto tempo hanno continuato ad essere presenti? anni mesi

Attualmente (ultimi tre mesi) vomita il cibo ingerito per controllare il peso"? si no

Con quale frequenza, in media, negli ultimi tre mesi?

diverse volte al giorno una volta alla settimana

una volta al giorno alcune volte al mese

almeno due volte alla settimana una volta al mese o meno

Da quanto tempo sono presenti episodi di vomito? anni mesi

In passato ha mai vomitato allo scopo di controllare il peso"? si no

(segnare solo se episodio diverso da quello attuale)

Con quale frequenza, in media?

diverse volte al giorno una volta alla settimana

una volta al giorno alcune volte al mese

almeno due volte alla settimana una volta al mese o meno

A che età sono iniziati gli episodi di vomito? anni

Per quanto tempo hanno continuato ad essere presenti? anni mesi

Attualmente utilizza farmaci lassativi allo scopo di controllare il peso? si no



Quanto spesso?

Quotidianamente 2-3 volte la settimana alcune volte al mese

Da quanto tempo li assume? anni mesi

In passato ha mai utilizzato lassativi per controllare il peso? si no

Quanto spesso succedeva?

Quotidianamente 2-3 volte la settimana alcune volte al mese

A che età ha iniziato? anni

Quanto è durata l'assunzione del farmaco anni mesi

Attualmente utilizza farmaci diuretici allo scopo di perdere peso? si no

Quanto spesso?

Quotidianamente 2-3 volte la settimana alcune volte al mese

Da quanto tempo li assume? anni mesi

In passato ha mai utilizzato diuretici per controllare il peso? si no

Quanto spesso le succedeva?

Quotidianamente 2-3 volte la settimana alcune volte al mese

A che età ha iniziato? anni

Quanto è durata l'assunzione del farmaco anni mesi

Attualmente le capita di non mangiare nulla nel corso della giornata per più di otto ore consecutive (escluse le ore di sonno)? si no

Quanto spesso?

Quotidianamente 2-3 volte la settimana alcune volte al mese

Da quanto tempo? anni mesi

In passato le è capitato di non mangiare nulla nel corso della giornata per più di otto ore consecutive (escluse le ore di sonno)? si no

Quanto spesso?

Quotidianamente 2-3 volte la settimana alcune volte al mese

A che età ha iniziato? anni

Quanto è durato anni mesi

Per quanto tempo alla settimana fa un'intensa attività fisica per perdere peso? ore

Da quanto tempo? anni mesi

Che peso aveva quando ha iniziato questa attività fisica? kg

In passato ci sono stati altri periodi in cui ha fatto un'intensa attività fisica per perdere peso? si no

Per quanto tempo alla settimana ore

A che età ha iniziato? anni

Età di esordio anni

(Età in cui sono stati presenti per la prima volta tutti i criteri diagnostici per Anoressia Nervosa o Bulimia Nervosa o disturbo alimentare Non Altrimenti Specificato)

Criteri Diagnostici Attuali

Paura di ingrassare o comportamenti per impedire aumento peso si no
(Molto o moltissimo)

Importanza peso e forma del corpo per l'autostima si no
(Molto o moltissimo)



Distorsione immagine corporea (Molto o moltissimo) si no

Crisi bulimiche (abbuffate) ricorrenti si no

Comportamenti di eliminazione ricorrenti si no

Altri comportamenti di compenso ricorrenti (Digiuno, iperattività fisica) si no

Disturbo alimentare progressivo

Anoressia Nervosa si no

Bulimia Nervosa si no

Disturbo da binge-eating si no

Diagnosi principale

Data

Codice ICD10

Codice DSM 5

Anoressia Nervosa (F50.0)
Bulimia Nervosa (F50.2)
Disturbo aliment. NAS (F50.9)
Disturbo da binge-eating (F50.81)

Anoressia Nervosa R (307.11)
Anoressia BP (307.12)
Bulimia Nervosa (307.51)
Disturbo da binge-eating (307.51)
Disturbo Aliment Spec (307.59)
Dist Alim non Spec (307.50)
(307.59)

Disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo (F50.89)