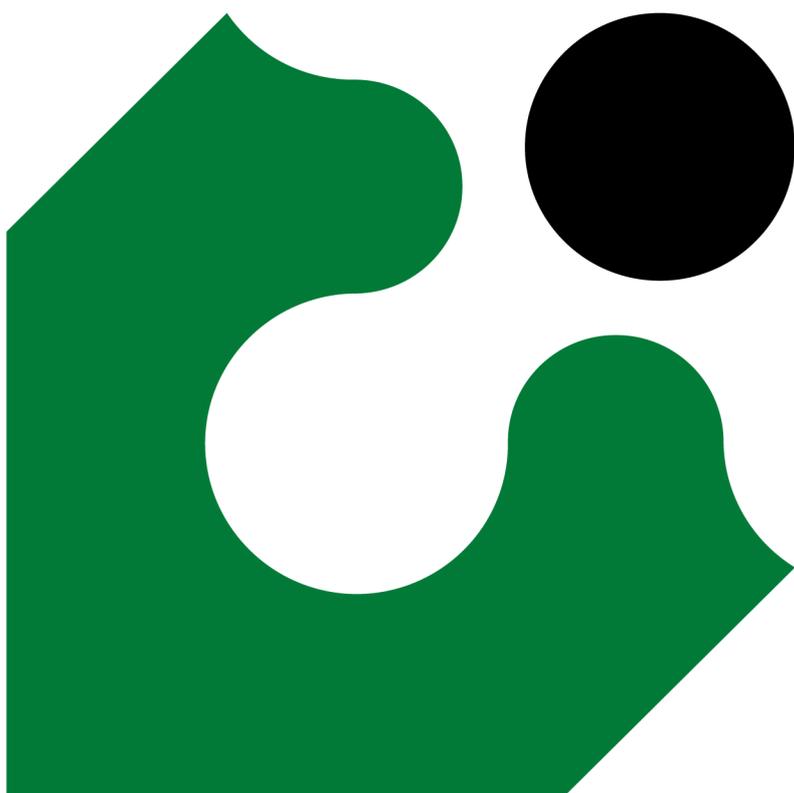


**Strategie per costituire una equipe
multidisciplinare per la cura dei Disturbi del
Comportamento Alimentare**

ALBERTO BENETTI

**Corso di formazione manageriale
per Dirigenti di Struttura Complessa**

2020-2021



Corso di formazione manageriale per Dirigenti di Struttura Complessa

Codice corso: DSC 2101/AE

Soggetto erogatore: Università degli Studi di Milano

L'AUTORE

Alberto Benetti, Direttore UOC Medicina Interna, ASST Papa Giovanni XXIII – Bergamo -

IL DOCENTE DI PROGETTO

Anna Prenestini, Professore Associato, Università degli Studi di Milano

IL RESPONSABILE DIDATTICO SCIENTIFICO

Federico Lega, Professore Ordinario, Università degli Studi di Milano

INDICE

INDICE	4
INTRODUZIONE	5
OBIETTIVI STRATEGICI E SPECIFICI DEL PROGETTO.....	9
DESTINATARI/BENEFICIARI DEL PROGETTO.....	10
METODOLOGIA ADOTTATA	12
DESCRIZIONE DEL PROGETTO, IMPLEMENTAZIONE DEL PROCESSO, FASI E TEMPISTICHE	15
ANALISI DEI COSTI DI IMPLEMENTAZIONE O REALIZZAZIONE	15
RISULTATI ATTESI	22
CONCLUSIONI.....	24
RIFERIMENTI NORMATIVI	25
BIBLIOGRAFIA	26
SITOGRAFIA.....	27

INTRODUZIONE

I Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) possono essere definiti come una persistente alterazione della percezione corporea, del proprio peso e delle proprie forme, che danneggia la salute fisica e il funzionamento psicologico e che non è secondaria a nessuna condizione medica o psichiatrica conosciuta.

I disturbi del comportamento alimentare comprendono Anoressia Nervosa (AN), Bulimia Nervosa (BN), Binge Eating Disorder (BED), bigoressia e DCA-Non Altrimenti Specificati (NAS). Sono associati ad una complessa e vasta serie di conseguenze psicologiche, mediche e sociali e presentano il più alto tasso di mortalità fra le patologie psichiatriche; in particolare costituiscono una delle principali cause di morte in età adolescenziale.

Nel Global Burden of Disease Study (GBD) del 2013, l'anoressia e la bulimia nervosa sono citate come dodicesima causa di disabilità per le donne di età compresa tra i 15 e 19 anni in paesi ad alto reddito (in aumento anche nei paesi a medio e basso reddito) il cui impatto è sottostimato considerando che il GBD non tiene conto del binge eating disorder.

Situazione epidemiologica italiana

In Italia si stima che le persone affette da DCA siano più di 3 milioni; si tratta del 5% delle donne tra i 13 e i 35 anni con un picco in età adolescenziale (il 21% delle femmine e il 15% dei maschi tra gli 11 e i 17 anni soffrono di un disturbo del comportamento alimentare). La prevalenza nella vita di un individuo di età superiore ai 18 anni di un qualsiasi disturbo della condotta alimentare è pari al 3.3% (IC 2.5-5). Nel 50-60% dei casi i disturbi alimentari sono associati ad altre patologie psichiatriche.

L'anoressia nervosa è il DCA più diffuso tra la popolazione pediatrica, arrivando a sfiorare il 60% dei casi mentre rappresenta il 40% nella fascia giovane-adulta; si manifesta prevalentemente tra i 12 e i 25 anni, con un picco massimo tra i 14 e i 18 anni. Ne sono affetti 19 donne e 2 uomini su 100.000 persone/anno con numeri in progressiva crescita negli ultimi anni. Il 20% delle persone affette da anoressia nervosa soffre di gravi problemi di salute: il 10% muore entro 10 anni dall'esordio, il 20% entro 20 anni, principalmente per complicanze internistiche connesse con il quadro di severa malnutrizione o per suicidio (il tasso di suicidi è del 5% tra questi pazienti). Il rischio di morte per una persona con diagnosi di anoressia nervosa è 5-10 volte maggiore di quello di soggetti sani della stessa età e sesso.

La bulimia nervosa incide invece per il 60-70% tra gli adolescenti e gli adulti, mentre rappresenta il 40% dei casi di DCA tra i bambini. Anche per questa patologia l'esordio è prevalentemente tra i 12 e i 25 anni con picco massimo tra i 17 e i 18 anni. Ne sono affetti 29 donne e 1 uomo su 100.000 persone ogni anno ma anche in questo caso il fenomeno è in costante crescita.

Infine, i DCA-NAS interessano il 3.7-6.4% della popolazione; per queste forme, l'età media d'esordio si colloca intorno ai 17 anni.

Rientrano nel gruppo dei DCA anche il disturbo da alimentazione incontrollata (binge-eating disorder), solo da poco distinto dalla bulimia nervosa e la bigoressia che interessa soprattutto gli uomini e si manifesta con il desiderio di possedere un corpo sempre più muscoloso.

I dati epidemiologici italiani relativi al tasso di ospedalizzazione per DCA mostrano un trend in discesa del tasso di ospedalizzazione per anoressia e bulimia nervosa dal 1997 al 2017. Questa riduzione del tasso di ospedalizzazione appare dovuta all'aumento costante negli ultimi anni degli accessi ai servizi territoriali (ambulatorio e day hospital) e a una maggiore presa in carico dei pazienti nella fase iniziale del disturbo, prevenendo così le complicanze croniche della malattia e riducendo la necessità di ricovero ospedaliero.

Situazione epidemiologica locale

La realtà bergamasca si allinea con i dati nazionali; si osserva un incremento progressivo dell'incidenza negli ultimi anni con una prevalenza di DCA pari al 0.12% per gli anni 2008-2017 nella provincia di Bergamo; questo dato si pone leggermente al di sopra della media nazionale, soprattutto se si analizza la fascia di età 15-34 anni in cui la prevalenza del problema sale allo 0.29% (17.2 casi di anoressia nervosa, 5.7 casi di bulimia nervosa e 6.3 casi NAS per 10.000 abitanti). Tra gli ambiti territoriali della provincia di Bergamo il tasso più elevato per anoressia nervosa si rileva per l'ambito di Bergamo (20.3 casi per 10.000 abitanti), seguito dalla Valle Seriana (14.4) e Treviglio (13.2). Per la bulimia nervosa, il tasso più elevato si registra per l'ambito di Treviglio (7.4 casi x 10.000 abitanti), seguito da Bergamo, Dalmine e Valle Seriana. In Provincia di Bergamo, l'età media del primo evento/contatto sanitario per AN (18.2 anni) appare simile a quanto atteso dai dati riportati in letteratura nella fascia 15-19 anni. Appare invece più elevato rispetto al dato medio italiano quanto registrato per la BN (età media di 21.6 anni).

Analizzando i ricoveri ospedalieri per DCA nella provincia di Bergamo negli anni 1997-2017, si evidenzia un consistente aumento attorno agli inizi degli anni 2000, con picco nel 2005 (n.323 ricoveri), seguito poi da una costante diminuzione correlabile ad un aumento della presa in carico ambulatoriale di questi pazienti. Le equazioni di regressione mostrano inoltre un aumento annuale medio della durata della degenza per questi pazienti, pari a 8 giorni/anno, mentre quello dei cicli di day hospital è pari a 3 giorni/ciclo in media annua. Molto interessante il dato secondo cui mediamente ogni anno più del 30% dei casi bergamaschi di disturbi del comportamento alimentare sia ricoverato fuori provincia, a sottolineare la carenza di strutture in grado di soddisfare l'elevata richiesta territoriale per questa categoria di pazienti (dati provenienti dal Gruppo di lavoro all'interno dell'OCSM di ATS Bergamo).

Sul territorio è attualmente difficile trovare un'adeguata strategia di trasversalità ed integrazione degli interventi che eviti la frammentazione e la necessità dell'utente di creare in autonomia la propria rete di interlocutori. I DCA sono infatti patologie complesse e richiedono interventi specifici e mirati in diverse aree di competenza specialistica che devono a loro volta essere in dialogo tra loro per poter garantire una corretta gestione clinica. In ambito privatistico sono sorti diversi centri che hanno fornito tale garanzia offrendo un unico luogo in cui si interfacciano i diversi specialisti; questi centri sono diventati competitivi nel panorama della sanità nazionale ma non possono garantire la gestione delle situazioni più gravi e scompensate che richiedono un ricovero ospedaliero in strutture polispecialistiche attrezzate; tali pazienti afferiscono infatti, nel momento della necessità di ricovero o di cure urgenti, ai Pronto Soccorso e ai reparti di degenza dell'ASST. La necessità di ottimizzare il servizio territoriale per i pazienti con DCA è stata accolta anche da una legge di Regione Lombardia del febbraio 2021 che cerca di normare un'organizzazione più capillare di centri multidisciplinari e multidimensionali presso le ASST.

Un cenno a sé merita il ruolo che ha avuto la pandemia da SARS-CoV2 nell'ambito dei DCA, periodo nel quale si è evidenziato un più elevato rischio di ricaduta o peggioramento della patologia oltre che

una maggiore incidenza di disturbi ex novo. La paura del contagio ha frequentemente aggravato il quadro psicopatologico di base di questi pazienti, alterandone gli equilibri clinici precedentemente raggiunti e provocando una più frequente necessità di medicalizzazione.

Stima del bisogno di salute

Nel corso della prima survey nazionale su pazienti con disturbi della nutrizione e dell'alimentazione, promossa dal Segretariato Generale del Ministero della Salute, sono stati analizzati dati provenienti dalle schede di dimissione ospedaliera negli anni 2014-2018: su 60mila ricoveri complessivi per DCA (di cui oltre 12mila solo nel 2018) si nota un aumento dei ricoveri per patologia pressoché costante nel tempo e un moderato calo dell'età mediana (da 25 anni a 23 anni) e della proporzione di ricoveri tra sesso femminile e maschile (il tasso di ricovero dei maschi arriva fino al 18%). Si conferma dunque l'abbassamento dell'età di insorgenza dei DCA e la maggiore diffusione nella popolazione maschile: nei maschi il tasso è più alto nelle fasce d'età più giovani (inferiore ai 10 anni e dai 10 ai 14 anni) con andamento decrescente mentre nelle femmine il tasso è più alto nella fascia 15-19 anni e segue una distribuzione normale. La riduzione dell'età di esordio rende necessario un approccio che consideri il continuum temporale e garantisca una transizione guidata e concordata dalle cure pediatriche/neuropsichiatriche infantili a quelle internistiche/psichiatriche per adulti.

L'incidenza stimata dell'anoressia nervosa è di almeno 8-9 nuovi casi per 100.000 persone in un anno tra le donne, mentre è compresa fra 0.02 e 1.4 nuovi casi per 100.000 persone in un anno, tra gli uomini. L'incidenza, stimata, della bulimia nervosa è almeno di 12 nuovi casi per 100.000 persone in un anno tra le donne e circa 0.8 nuovi casi per 100.000 persone in un anno tra gli uomini. Allo stato attuale in realtà una buona quota dei soggetti con DCA non riceve una diagnosi e un trattamento adeguati: molti arrivano all'osservazione clinica dopo una lunga storia di malattia e dopo essersi rivolti a plurimi specialisti di diversi settori dove l'identificazione del disturbo alimentare può passare inosservata. In questi casi quanto più la storia di malattia è lunga e sofferta, tanto più risulta difficile ottenere una guarigione duratura sebbene, se adeguatamente trattati, questi disturbi possano risolversi nell'arco di alcuni anni (in media 6 o più anni dall'esordio) conducendo, nel 70-80% dei casi, a una guarigione stabile con o senza sintomi residui sotto-soglia.

Situazione locale-provincia di Bergamo:

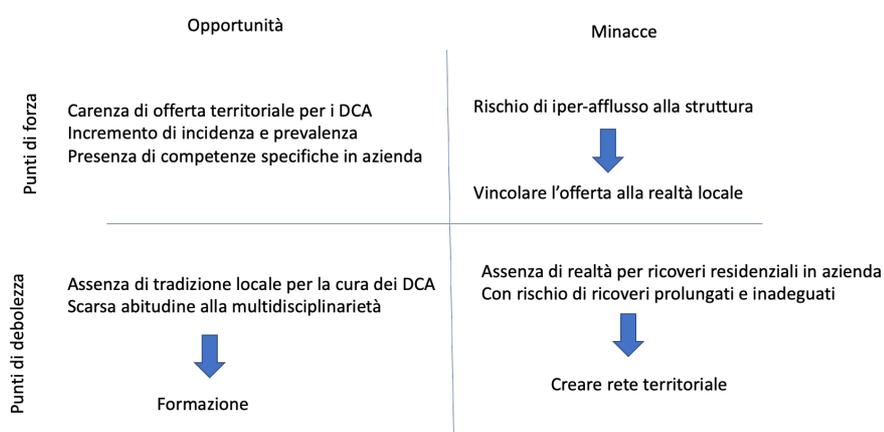
Nell'ambito dell'ASST Papa Giovanni XXIII° i ricoveri nella fascia 10-18 anni sono stati complessivamente 13 nel 2020 di cui 10 femmine e 3 maschi con una distribuzione prevalente nella fascia tra i 13-17 anni e una particolare frequenza a 14 e 16 anni; di questi 13 ricoveri, 4 provenivano da altre ASST provinciali (in particolare Bergamo Est). Le prese in carico presso la UONPIA di Bergamo sono state 20. I nuovi casi giunti all'ambulatorio nel 2020 sono stati 14 di cui 13 femmine ed 1 maschio con maggiore frequenza tra i 13 e i 14 anni (7 casi).

Nell'attività ambulatoriale aziendale per adulti è emerso, dopo la fase pandemica, un incremento delle richieste rivolte all'UOSD di nutrizione clinica con accessi medi di 1.5 pazienti a settimana. Da notare infine l'incremento degli accessi all'area di emergenza di pazienti adulti che sono in cura in circuiti privatistici con un numero di ricoveri medio mensile di 1.3 pazienti con una degenza media di 18 giorni. I dati finora forniti descrivono un quadro allarmante, con progressiva riduzione dell'età di insorgenza e aumento della prevalenza di patologia. Appare quindi importante strutturare, in una grande azienda ospedaliera cui afferisce un'ampia popolazione residente, un percorso dedicato che possa fornire una

Strategie per costruire una equipe multidisciplinare per la cura dei DCA

risposta alla richiesta di salute dei pazienti con DCA raccogliendo le competenze utili per la loro gestione.

L'attivazione di un progetto sulla cura dei DCA, alla luce del quadro epidemiologico, potrebbe condurre ad un afflusso incontrollato di pazienti e ad una compromissione della qualità assistenziale; per rispondere a questo rischio sarà importante privilegiare, almeno nella prima fase di implementazione, le esigenze della realtà locale. Altra necessità che inevitabilmente si presenterà sarà quella di assistenza sul territorio superato il trattamento della fase più acuta della patologia per evitare il rischio di ricoveri prolungati; si rende indispensabile la creazione di una rete territoriale per le fasi post-acute in collaborazione con le realtà residenziali che possano fornire un percorso di assistenza prolungata. Con l'attivazione di un servizio per la cura dei DCA all'interno di una grande ASST, è indispensabile, in attesa che si formi una competenza diffusa, investire in percorsi formativi per il personale referente ma anche per i collaboratori che potranno fornire un contributo alla gestione dei pazienti afferenti al centro.



OBIETTIVI STRATEGICI E SPECIFICI DEL PROGETTO

L'obiettivo di questo progetto è quello di definire un percorso per il paziente affetto da disturbo del comportamento alimentare con un'attività integrata che permetta di soddisfare i bisogni dei pazienti e delle loro famiglie. Si intende creare una maggiore sinergia tra specialisti ed una risposta più efficace al bisogno di presa in carico del paziente. Risulta fondamentale la messa in opera di un percorso di trattamento precoce, tempestivo e specialistico in modo da intervenire nella fase iniziale di malattia ed evitare danni permanenti e potenziali complicanze fatali oltre che per adottare misure di natura preventiva, soprattutto per quanto riguarda la fascia di età adolescenziale.

La possibilità di organizzare all'interno dell'ASST un punto di accesso di primo livello che assicuri una presa in carico integrata e continuativa, permetterebbe di agire sia in modo efficace nella cura cronica di questi pazienti, sia in ottica di prevenzione secondaria relativamente ai rischi di aggravamento e criticità, riducendo la necessità di ricoveri ospedalieri. Questo approccio dovrà essere disponibile per le varie fasce di età con costituzione di un percorso analogo e parallelo per pazienti con età superiore od inferiore ai 18 anni.

Tale possibilità sarebbe maggiormente sostenuta da un servizio di secondo livello, dedicato alla popolazione già afferente, da organizzarsi come intervento diurno per le fasi iniziali di criticità o come stabilizzazione post-ricovero.

DESTINATARI/BENEFICIARI DEL PROGETTO

Sono destinatari del progetto tutti i pazienti afferenti all'ASST Papa Giovanni XXIII° che presentino disturbi dell'alimentazione sia di tipo restrittivo che incontrollata di età adolescenziale ed adulta. Potranno fruire pertanto del servizio anche pre-adolescenti ed adolescenti con gestione integrata tra neuropsichiatria infantile e pediatria mentre, oltre i 18 anni, con gestione integrata medicina interna-psichiatria; particolare attenzione dovrà essere posta alla fase di transizione tra pediatria/neuropsichiatria infantile e percorso per adulti. La Regione Lombardia, come da riferimento legislativo, sostiene la creazione di équipe integrate per la specifica gestione della fascia d'età compresa tra i quattordici e i venticinque anni, in cui siano compresenti psichiatra e neuropsichiatra infantile oltre alle altre figure essenziali per la cura del disturbo alimentare.

In prima battuta i fruitori del progetto saranno pazienti inviati da sanitari operanti sul territorio (MMG, specialisti di altre strutture) o da altre figure professionali che possano sospettare la presenza di un DCA; la peculiarità di questo progetto è la possibilità di fornire un percorso integrato per quei pazienti che si rivolgono a professionisti operanti in regime libero-professionale in assenza di una rete multidisciplinare che garantisca un adeguata assistenza sanitaria. Sarà necessario, nel tempo, attivare un percorso di informazione/formazione nelle realtà dove possono essere precocemente intercettati gli esordi di tale patologia (scuole, realtà ricreative sportive giovanili, realtà lavorative).

Anche il personale sanitario operante presso la ASST è coinvolto nel progetto come elementi dell'équipe multidisciplinare; dovranno seguire un percorso formativo che permetta di aumentare le conoscenze in questo specifico settore ed estenderle ai collaboratori: cardiologi, fisiatri, dermatologi, intensivisti, ortopedici, infermieri, ginecologi. Sarà indispensabile una collaborazione con la dirigenza infermieristica per definire il personale formato da dedicare all'assistenza ai pazienti affetti da DCA. Con l'ampliarsi del progetto potranno essere inserite figure supportive di educatori che affianchino il paziente e la famiglia nel percorso di cura. Infine potrà acquisire centrale importanza il ruolo dei professionisti operanti in strutture sanitarie residenziali che dovranno conoscere il progetto ed integrarsi con il centro ospedaliero per garantire continuità di cura.

La gestione clinica condivisa di questa categoria di pazienti consentirà la formazione del personale sulle ricadute sistemiche di una patologia psichiatrica in ampia diffusione ma ancora poco conosciuta dagli specialisti esterni al mondo della psichiatria, stimolando l'interdisciplinarietà e lo spirito collaborativo; dall'iniziale nucleo di riferimento di équipe, saranno poi progressivamente coinvolte tutte le realtà sanitarie aziendali (centro osteoporosi-ginecologia per amenorrea-cardiologia per complicanze cardiovascolari,...) estendendo la competenza e la sensibilità aziendale verso questa problematica.

La Regione, secondo la legge Regionale 23 febbraio 2021, n. 2, sarà promotrice di attività formative rivolte agli operatori sanitari e sociosanitari direttamente o potenzialmente coinvolti nella presa in carico dei pazienti con disturbi della nutrizione e dell'alimentazione, inclusi i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta. In questo modo l'attività del centro sarà sempre allineata alle indicazioni emerse dalla cabina di regia regionale prevista dalla legge regionale.

Indispensabile sarà fornire un supporto alle famiglie che diventano importanti punti di riferimento per il percorso di salute di questi pazienti e spesso anche beneficiari centrali del progetto. Per migliorare il percorso di cura sarà importante anche il coinvolgimento delle associazioni che si occupano sul territorio regionale di questa patologia. Queste associazioni, come ad es. Nutrimente onlus, nata da

Strategie per costruire una equipe multidisciplinare per la cura dei DCA

un contesto ospedaliero, coinvolgono professionisti e genitori che partecipano ai percorsi formativi ed informativi e si integrano con le attività del centro ospedaliero.

METODOLOGIA ADOTTATA

Strategia di trattamento/intervento

Equipe multidisciplinari

Un principio generale alla base del trattamento dei disturbi dell'alimentazione è quello di un approccio multidimensionale, interdisciplinare, pluri-professionale integrato in cui siano coinvolte diverse figure dell'area sanitaria (psichiatri/neuropsichiatri infantili, medici con competenze nutrizionali, internisti, pediatri, endocrinologi, dietisti, psicologi, infermieri, educatori professionali, tecnici della riabilitazione psichiatrica, fisioterapisti...). Questa è la strategia indicata da tutte le linee guida internazionali che si sono occupate della gestione di pazienti con Disturbi del Comportamento Alimentare: le linee guida NICE 2006 e 2017 (National Institute for Health and Care Excellence), quelle dell'American Psychiatric Association del 2006 e le indicazioni emerse dalla Conferenza di consenso dell'Istituto Superiore della Sanità (ISS, Rapporti ISTISAN, 13/6, 2012) e dai Quaderni del Ministero della Salute (2013, 2017). In questo tipo di approccio terapeutico gli aspetti psichiatrici-psicologici sono strettamente integrati con quelli medico-nutrizionali garantendo così una maggiore efficacia clinica; l'intervento multidisciplinare è indicato, in particolare, quando con la psicopatologia del disturbo dell'alimentazione coesiste una condizione di malnutrizione in difetto o in eccesso. Durante il trattamento bisogna costantemente tenere conto del fatto che la malnutrizione e le sue complicanze, se presenti, contribuiscono a mantenere la psicopatologia del disturbo dell'alimentazione e ostacolano il trattamento psichiatrico/psicoterapico e, viceversa, se al recupero del peso e all'eliminazione della restrizione dietetica calorica non si associa un miglioramento della psicopatologia ci sono alte probabilità di ricaduta. La numerosità delle professioni coinvolte e la complessità del coordinamento sottolineano la necessità di un programma terapeutico che sia il risultato di un processo condiviso tra tutti gli operatori coinvolti nelle diverse fasi della cura. Il funzionamento della rete non può prescindere da un'interazione basata su di un impegno rivolto all'integrazione professionale, organizzativa e di programmazione con l'obiettivo di coniugare i livelli di base con quelli specialistici. All'interno dell'équipe può essere designato un case-manager per il singolo paziente, che si occupi di tenere una visione di insieme del trattamento, nonché di tenere i contatti con i servizi invianti e la famiglia.

A livello ospedaliero per definire una équipe multidisciplinare è indispensabile considerare le competenze locali pre-esistenti per comprendere la possibilità di intraprendere tale percorso.

Da una valutazione delle competenze aziendali già presenti all'interno dell'ASST Papa Giovanni XXIII° nelle varie discipline coinvolte nell'équipe si osserva:

- Psichiatria: direttore che ha già costituito e collaborato in centri DCA;
- Neuropsichiatra infantile: direttore con competenze specifiche sulla cura del DCA che sono confermate dal suo percorso professionale;
- Medicina Interna: direttore già referente internista presso centro di riferimento regionale per la cura dei DCA; prossima assunzione in Medicina Interna di una professionista già competente sulla cura dei DCA con esperienza di ricerca su questo ambito;
- Pediatria: unità con elevata e diffusa competenza in ambito nutrizionale;
- Dietologia e servizio di nutrizione clinica: attualmente effettua una attività ambulatoriale isolata sui DCA;

Strategie per costruire una équipe multidisciplinare per la cura dei DCA

- Psicologia clinica: competenze esistenti nella struttura; sarà tuttavia importante un incremento numerico delle risorse per la richiesta di implementazione dei percorsi psicoterapici che si avrà con l'attivazione del progetto;
- Dipartimento infermieristico: esistono strutture dedicate alla formazione ed all'organizzazione di percorsi personalizzati per il personale che si vorrà dedicare a questo progetto.

Come indicato dalla legge regionale, nelle ASST dove sussistono le competenze per la cura dei DCA, è indicata la strutturazione di "un'équipe funzionale multidisciplinare multidimensionale composta, in ragione delle necessità di cura, almeno da uno psichiatra o un neuro-psichiatra infantile, un medico internista, un dietologo, uno psicologo psicoterapeuta, un tecnico della riabilitazione psichiatrica, un dietista, un infermiere ed eventuali altri professionisti con formazione specifica in merito ai disturbi della nutrizione e dell'alimentazione".

Continuità terapeutica adolescenza/età adulta

Considerando la necessità di trattamenti che spesso si prolungano nel tempo, si rende necessaria una stabilità dell'équipe terapeutica che consenta la continuità della cura indipendentemente dalla differenziazione dei servizi tra età adolescenziale ed età adulta.

Molti aspetti della cura di adolescenti e adulti con disturbi alimentari sono simili, ma alcuni, come la velocità di deperimento fisico, possono essere molto differenti. Inoltre, gli aspetti legali riguardanti il trattamento dei bambini sono sostanzialmente differenti da quelli rilevanti per gli adulti.

Trattamento ambulatoriale/MAC diurno

Il trattamento ambulatoriale e/o il trattamento diurno è indicato, ove attuabile, come prima scelta per i pazienti e le loro famiglie, soprattutto nei casi con evoluzione in patologia cronica che richiedano un monitoraggio prolungato nel tempo; costituisce il pilastro della rete dei servizi dedicati al trattamento dei disturbi alimentari e garantisce il 70% di risposta di cura appropriata. Il ricovero ospedaliero è consigliato solo per quei casi a rischio di compromissione organica e/o psicologica.

Coinvolgimento della famiglia

È di primaria importanza il coinvolgimento della famiglia al fine di superare parte dei comportamenti alimentari disfunzionali, e di capire il ruolo delle dinamiche intra-familiari nel mantenimento del disturbo. Le linee guida NICE (2017) indicano come fondamentale la comunicazione di informazioni sui disturbi alimentari alle famiglie dei pazienti, in particolare sui rischi che questi disturbi comportano, sui trattamenti disponibili e sulla loro efficacia. Viene inoltre evidenziata l'importanza di fornire tali informazioni con sensibilità, prestando particolare attenzione ai vissuti emotivi dei familiari e all'impatto che il disturbo alimentare può avere sul loro stato di salute mentale. Soprattutto nel trattamento dell'anoressia nervosa, sia in età pediatrica che in età adulta, viene fortemente raccomandato il coinvolgimento dei familiari nella strategia terapeutica.

Approccio integrato sul territorio

Tutte le strutture operanti, pubbliche e private, che prendono in carico pazienti affetti da DCA sono elementi funzionali di una rete sociosanitaria, che deve garantire un intervento integrato sia dal punto di vista psicologico che da quello internistico-nutrizionale e che opera in stretto collegamento anche con gli altri servizi dell'area materno infantile (PRESST, Consultori, ecc.) e del Distretto Sanitario, comprese le strutture residenziali e di ricovero, con i SerT, con i Servizi di Salute Mentale, con i Pediatri

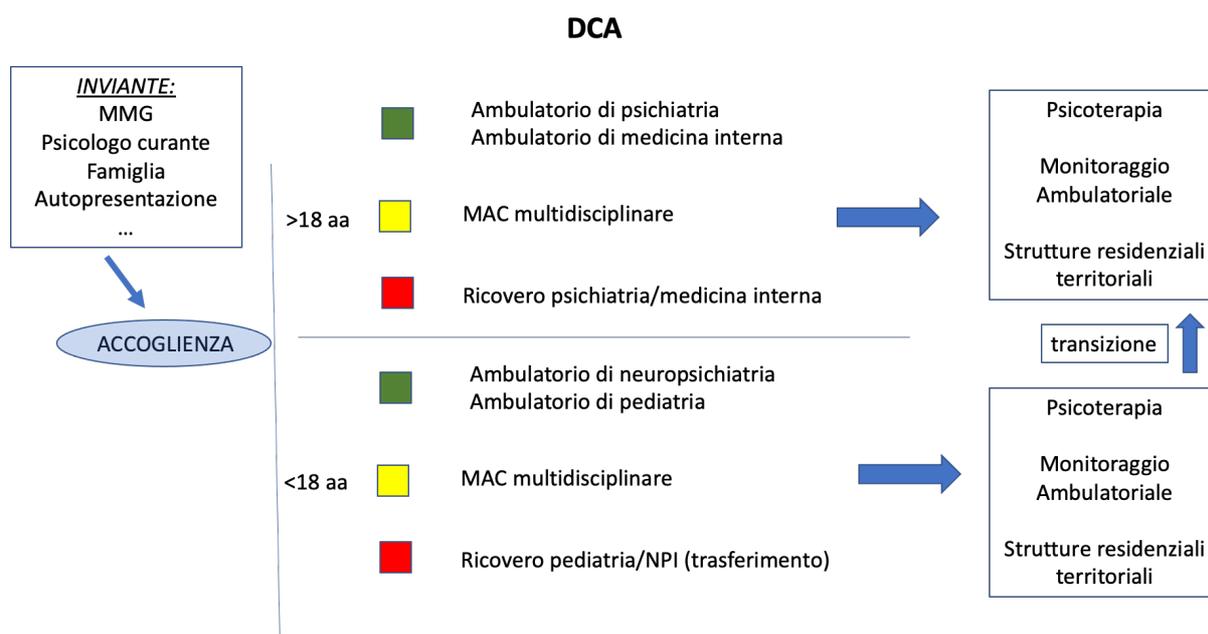
Strategie per costruire una equipe multidisciplinare per la cura dei DCA

di Libera Scelta (PLS)/MMG. La costituzione di una rete territoriale anche con associazioni che si occupino di DCA può essere una strategia importante nell'organizzazione di strategie e interventi preventivi.

DESCRIZIONE DEL PROGETTO

Il progetto prevede la strutturazione di un percorso per la presa in carico del paziente affetto da disturbo del comportamento alimentare. La presa in carico deve partire dal sospetto clinico con l'opportunità di una diagnosi precoce - elemento centrale per il miglioramento della prognosi - fino alla gestione delle fasi più avanzate della malattia.

Il percorso del paziente sarà suddiviso per età (maggiore ed inferiore ai 18 anni) con una struttura parallela che sarà stratificata in base al quadro clinico.



IMPLEMENTAZIONE DEL PROCESSO

1. ACCOGLIENZA

L'obiettivo è quello di garantire uno sportello di accoglienza per tutti i pazienti con sospetto DCA. Il paziente potrà presentarsi personalmente e spontaneamente, senza impegnativa e senza appuntamento, oppure su invio di un professionista che abbia posto il sospetto clinico.

Si dovrà creare uno "Sportello Accoglienza – servizio per lo studio e la cura dei Disturbi Alimentari" in uno spazio ambulatoriale che verrà individuato dalla Direzione Medica di presidio in un'area di facile accesso per l'utenza (entro la fase 2, in seguito al primo incontro con la direzione - vedi oltre). Questa fase sarà gestita da una figura di area psichiatrica (psichiatra/psicologo formato) che accoglierà il paziente assieme ad un dietista e ne analizzerà la richiesta; in caso di non congruità con il percorso proposto sarà indirizzato al MMG con un consiglio per il percorso migliore per il problema presentato.

I criteri per la presa in carico sono:

- diagnosi di Disturbo del Comportamento Alimentare;
- assenza di disturbi psicotici;
- assenza di ritardo mentale/deficit cognitivo/grave disabilità;

In base a criteri condivisi dall'equipe (BMI, quadro psicopatologico, eventuali esami eseguiti...) si stratificherà l'urgenza di ogni singolo caso e si valuteranno le tempistiche per fissare una visita psichiatrica ed una visita internistica. L'approccio multidisciplinare integrato alla cura dei DCA caratterizza infatti anche già la prima fase di valutazione clinico-diagnostica, che costituisce un momento essenziale per la presa in carico e la formulazione del progetto terapeutico "centrato sul paziente". Tale valutazione deve articolarsi lungo 4 aree cliniche principali e una valutazione psicodiagnostica, così riassumibile:

- a) Valutazione psicologica e psichiatrica/neuropsichiatrica infantile;
- b) Valutazione dietistica;
- c) Valutazione internistico-nutrizionale;
- d) Valutazione testologica con compilazione di questionari auto-somministrati (SCL/90, EDI-2, EDI-SC, Body Uneasiness Test, test SIB, test ACQ, intervista semi-strutturata SCID II, questionario TCI).

2. DISCUSSIONE DEL CASO IN EQUIPE

Ogni nuovo caso viene presentato all'equipe. Nelle riunioni gli operatori coinvolti possono discutere gli elementi clinici emersi dalla consultazione oppure valutare la congruità della presa in carico e decidono quale dei seguenti percorsi sia il più indicato per il singolo paziente a seconda della fase di malattia.

La discussione in equipe sarà effettuata inizialmente con cadenza quindicinale e sarà poi adeguata in base alle necessità condizionate dal numero di pazienti in carico.

3. PRESA IN CARICO

➔ PRESA IN CARICO AMBULATORIALE

Consente il monitoraggio periodico sia del quadro clinico-internistico sia del quadro psicopatologico. In caso di complicanze internistico/nutrizionali che siano gestibili al domicilio verranno attivati controlli periodici presso l'ambulatorio dedicato dove un internista (o un pediatra per i più giovani) manterrà un controllo clinico accompagnato da un dietista che effettui una attività di monitoraggio sull'aderenza alla dieta, definisca il piano alimentare e affianchi il paziente nella familiarizzazione con il cibo. Anche gli aspetti psichiatrici/psicoterapici possono avvalersi di una analoga gestione ambulatoriale.

La presa in carico prevede le seguenti prestazioni che si aggiungono e completano la valutazione clinica:

- Psicoterapia individuale e familiare;
- Gruppi psicoterapeutici e psicoeducativi;
- Psicofarmacoterapia;
- Valutazione psicodiagnostica di follow-up ogni 12 mesi.

➔ PRESA IN CARICO IN ATTIVITA' AMBULATORIALE COMPLESSA AD ALTA INTENSITA' ASSISTENZIALE (MAC)

Nelle linee guida attualmente utilizzate a livello internazionale il ruolo del MAC è considerato centrale per l'intervento subintensivo medico-psichiatrico e come possibile alternativa al ricovero ordinario per i disturbi alimentari. In particolare in età evolutiva l'attività assistenziale del MAC andrebbe privilegiata rispetto a quella residenziale anche per le finalità riabilitative proprie di questo tipo di intervento; garantisce infatti ai pazienti, per quanto possibile, la prosecuzione delle attività scolastiche e lavorative

e di mantenere, anche durante le cure, i rapporti con i familiari e con il contesto sociale di appartenenza.

Il MAC effettua percorsi diagnostici multidisciplinari e una accurata analisi della motivazione al trattamento e dei fattori di rischio e avvia un trattamento specifico in casi di media o elevata gravità. Costituisce un'ulteriore fase della valutazione diagnostica, completando quella ambulatoriale anche con una valutazione internistica più approfondita e consente il monitoraggio clinico-internistico dei pazienti presi in carico. Accompagna i pazienti nel percorso di entrata o di uscita da una situazione di scompenso e ne favorisce il reingresso nel contesto familiare e sociale. Consente il trattamento di casi acuti, con interventi psicoterapeutici, dietologici e se necessario farmacologici quando lo scompenso non raggiunge i criteri che impongano la necessità di ricovero in regime ordinario.

Inoltre, grazie alla estesa varietà dei servizi che possono essere offerti, il MAC si presta a forme di trattamento individualizzate che possano soddisfare situazioni particolarmente complesse anche se non di gravità estrema, compresa la nutrizione artificiale e terapie infusionali assistite.

I pazienti svolgono una giornata di valutazione e monitoraggio delle condizioni cliniche e di intervento riabilitativo dal punto di vista metabolico e psichiatrico, mediante i seguenti strumenti:

- accoglienza e gestione infermieristica;
- esami ematochimici;
- esami cardiologici;
- visita psichiatrica/neuropsichiatrica infantile (NPI);
- visita internistica;
- visita dietologica;
- impostazione e monitoraggio del programma nutrizionale (eventualmente anche con impostazione di un programma di nutrizione enterale);
- osservazione del pasto/pasto assistito;
- intervento sul nucleo familiare;
- colloquio di restituzione congiunto dei membri dell'equipe con paziente e familiari.

➔ PRESA IN CARICO IN RICOVERO ORDINARIO

- IN PSICHIATRIA/NPI

Il ricovero psichiatrico in SPDC risulta necessario solo in condizioni di emergenza psichiatrica per la gestione del rischio suicidario o di grave acuzie di comorbidità psichiatrica ove un ambiente protetto può essere di ausilio. Il ricovero avviene secondo le regole di reparto e ne utilizza le risorse integrandole con una rete di specialisti facenti parte dell'equipe DCA. In caso di necessità di ricovero in reparto di NPI sarà da considerare il trasferimento in struttura con disponibilità di ricovero ordinario in tale setting.

- IN MEDICINA INTERNA/PEDIATRIA

Il ricovero presso il reparto di medicina interna/pediatria viene utilizzato per i casi di emergenza e urgenza internistica e/o nutrizionale. Le indicazioni per il ricovero in un reparto di medicina sono:

- rapido calo ponderale >20 % in 6 mesi o peso < 75 % del peso raccomandabile;
- gravi alterazioni elettrolitiche o di altri parametri vitali o ematochimici;
- alterazioni epatiche, renali o cardiovascolari che richiedono un immediato trattamento.

Durante il ricovero viene fissato un obiettivo da raggiungere che può essere l'incremento ponderale o la normalizzazione degli esami e/o dei parametri vitali, attraverso un programma specifico mirato al

paziente con disturbo alimentare. Dopo la dimissione il programma terapeutico prosegue in regime di MAC o ambulatoriale.

Nella struttura internistica si dovrà prevedere la disponibilità di 2 posti letto dedicati per pazienti con DCA. Tali letti dovranno avere la possibilità di utilizzare un monitoraggio ECG in continuo (telemetria); potrà essere strutturato un controllo con telecamera per facilitare il monitoraggio clinico da parte del personale infermieristico.

➔ **PRESA IN CARICO IN PERCORSO DI RICOVERO RIABILITATIVO NELLE STRUTTURE DEDICATE**

Il ricovero residenziale riabilitativo in strutture dedicate ai DCA risulta un'intensificazione degli interventi svolti nell'ASST; dovrà essere creato un percorso di collaborazione con le strutture territoriali esistenti e con quelle che saranno create.

FASI E TEMPISTICHE

Il presente progetto richiede fasi diverse per la sua realizzazione. Iniziando dalla condivisione con le figure istituzionali fino alla progressiva attivazione dei servizi assistenziali. Si confida di effettuare il primo incontro (Fase 1) entro il mese di Gennaio 2022 (mese 0).

Fase 1

- Convocazione di una riunione con i direttori di struttura complessa che saranno coinvolti nel progetto e con i quali è stata condivisa la necessità di fornire una risposta aziendale alla richiesta di salute territoriale.
- Condividere il progetto con la direzione strategica fornendo tempistiche chiare e condividendo la necessità di personale. Sottolineare come il progetto rappresenti uno strumento per fornire una risposta strutturata e adeguata alla richiesta di assistenza dei pazienti affetti da DCA. Segnalare i riferimenti legislativi per poter attivare i percorsi utili alla richiesta di fondi alla regione.

Fase 2: definizione dell'equipe multidisciplinare

- Incontro tra i responsabili dei servizi con definizione dei referenti per area clinica; definizione del case manager dell'equipe per età adulta (psichiatra/internista) ed infantile (pediatra/NPI).
- Definizione dei percorsi formativi per i professionisti che verranno coinvolti.

Fase 3

- Individuazione di una sede per l'accoglienza (inizialmente con cadenza mensile da adeguare rispetto alla richiesta clinica e alla disponibilità di professionisti).
- Attivazione di un ambulatorio dedicato per area infantile e per adulti.
- Organizzazione di riunioni di equipe per la definizione del percorso.

Fase 4

- Attivazione di MAC/DH.
- Attivazione di percorsi di ricovero dedicati (pediatria; medicina interna; psichiatria).

Strategie per costruire una equipe multidisciplinare per la cura dei DCA

- Strutturazione di percorsi dedicati con la rete residenziale territoriale.

Fase 5

- Implementazione dell'attività del servizio con l'estensione della presa in carico ai pazienti con disturbi più lievi (ambulatorio per pazienti a bassa intensità) garantendo un'adeguata assistenza clinica delle forme sub-cliniche.
- Attivazione di consultazioni genitoriali e creazione di gruppi di auto-mutuo aiuto (AMA) in collaborazione con associazioni territoriali che si occupino di DCA.

Fase 6

- Investimento in prevenzione con attività informativa sul territorio ed attività formativa e di sensibilizzazione interaziendale.
- Attivazione di collaborazione con associazioni di professionisti e di famiglie.

Va attivata dalla fase iniziale del progetto un percorso di transizione facilitata e continuità assistenziale tra età minore ed adulta con passaggio condiviso degli infradiciottenni (Neuropsichiatra-Psichiatra)

	MESI	0	2	4	6	8	12	14	16	18	20
FASE 1											
Riunione direzione											
FASE 2											
convocazione equipe											
strutturazione percorsi formativi											
FASE 3											
individuazione e attivazione accoglienza											
individuazione ed attivazione percorso ambulatoriale											
FASE 4											
attivazione MAC											
strutturazione spazi per ricovero dedicati											
contatto con strutture residenziali											
FASE 5											
supporto genitoriale											
attività ambulatoriale per paziente con bassa intensità											
FASE 6											
attività di prevenzione											
attività formativa interaziendale											

Entro gennaio 2022 si effettuerà la riunione in direzione (fase 1); da lì seguirà il cronoprogramma indicato.

ANALISI DEI COSTI DI IMPLEMENTAZIONE O REALIZZAZIONE

Risorse umane

La realizzazione del progetto richiede una chiara distribuzione di attività che dovranno essere assunte da personale formato e dedicato. Saranno quindi da definire le risorse professionali da coinvolgere nell'equipe; indispensabile la presenza di un internista ed uno psichiatra che si appoggeranno all'attività di un medico dietologo e di dietiste dedicate.

L'equipe dovrà contare a pieno regime su:

- 1 medico di medicina interna;
- 1 medico di psichiatria psichiatra;
- 1 medico neuro-psichiatra infantile;
- 2 dietiste del servizio di dietologia;
- 1 dietologo;
- 4 psicoterapeuti che potranno crescere numericamente in base alle esigenze del servizio;
- 1 infermiere formato per la cura dei disturbi del comportamento alimentare.

Alla luce dell'attuale carenza di personale dovrà essere considerato il coinvolgimento in una fase iniziale di un incremento del personale disponibile considerando:

- una quota pari al 50% dell'attività complessiva di un medico specialista in medicina interna;
- 50% dell'attività complessiva di un medico specialista in psichiatria;
- 50% dell'attività complessiva di un medico dietologo;
- l'individuazione di almeno una dietista dedicata per gli adulti ed una per i minorenni;
- per i pazienti inferiori ai 18 anni il 50% dell'attività complessiva di un medico neuropsichiatra infantile ed il 50% dell'attività complessiva di un medico specialista in pediatria.

Una valutazione a parte sarà da considerare per l'attività di psicologi formati; dovrà essere individuato almeno un numero di 4 psicologi (2 per adulti e 2 per minorenni) da dedicare a questa attività. L'attività psicologica potrà avvalersi di collaborazioni esterne per potersi progressivamente adeguare alle richieste terapeutiche emergenti. Questa strategia infatti permetterà di evitare percorsi di assunzione per professionalità che devono essere numericamente variabili in base alle esigenze cliniche.

Particolare attenzione dovrà essere destinata alla formazione.

Le risorse coinvolte saranno adeguate nel tempo alla richiesta territoriale; potranno quindi essere incrementate con una rivalutazione critica dell'efficacia del percorso proposto. Dopo 12 mesi di attività dovrà essere effettuata una valutazione sul volume di attività al fine di poter riconsiderare l'adeguatezza delle risorse umane coinvolte.

Strutture ambientali

Dovranno essere individuati spazi dedicati per l'attività ambulatoriale, inizialmente uno spazio settimanale per ogni disciplina (psichiatria, medicina interna, dietologia, neuropsichiatria infantile, pediatria). In base alle disponibilità di spazi ambulatoriali delle varie discipline dovranno essere individuate giornate e spazi per poter definire il percorso del paziente.

Sarà da organizzare una giornata in MAC (distinta per maggiorenni e minorenni) nella quale ci sarà diponibilità delle varie figure professionali.

Strategie per costruire una equipe multidisciplinare per la cura dei DCA

La realtà per i ricoveri dovrà essere adeguata con l'attivazione di una telemetria ed una supervisione con telecamere nelle stanze di medicina interna destinate al ricovero (inizialmente una stanza doppia dedicata ai DCA che potrà essere ovviamente destinata alla attività internistica ordinaria in assenza di richieste di ricovero). Nel caso di ricovero non programmabile sarà spostato il paziente che si trova nella stanza abitualmente dedicata alla cura del DCA per poter creare lo spazio necessario al paziente. Pediatria e psichiatria dovranno individuare spazi adeguati ad eventuali necessità di ricovero.

Dovrà poi essere individuata una sala riunione per le riunioni in equipe che potranno essere organizzate anche per via telematica (riunioni con piattaforma condivisa) per migliorare l'efficienza del percorso.

Strumenti specifici

Da un punto di vista strumentale sarà necessario individuare l'impostazione della telemetria su 2 letti nel reparto di Medicina Interna.

Dovrà essere reso disponibile l'utilizzo dell'impedenzometria e della calorimetria in collaborazione con il servizio di nutrizione clinica.

Produttività

L'attività ambulatoriale in questo settore richiede prestazioni di lunga durata con un coinvolgimento di più figure professionali. Difficilmente potrà dare un vantaggio economico per l'ASST l'attività ambulatoriale che resta il livello di cura essenziale.

Il ricovero ospedaliero per la cura della malnutrizione viene rimborsato con un DRG medio di 1800-2200 euro (peso medio 0,8-1).

Per la realizzazione del progetto l'ASST potrà accedere ai fondi destinati a questa attività dalla regione come da indicazione legislativa.

RISULTATI ATTESI

Con l'attivazione del progetto ci si attende una ottimizzazione dell'assistenza con conseguente miglioramento dei risultati di cura per i pazienti affetti da DCA, che attualmente non hanno un riferimento multidisciplinare e rischiano valutazioni specialistiche non integrate.

Dovrà essere predisposta una valutazione della provenienza dei pazienti per considerare i percorsi pre-esistenti in coloro che avevano già una diagnosi strutturata.

Ai pazienti saranno somministrati questionari per comprendere la risposta alle esigenze di cura; questionario dedicato sarà somministrato anche ai familiari. L'analisi delle esigenze di cura sarà uno strumento efficace per comprendere quali aspetti potenziare nell'attività del centro e fornire una risposta a queste esigenze che saranno confermate da ulteriori rilevazioni a pazienti e famiglie a 3-6-12 mesi di trattamento. L'incremento della attività psicoterapica potrà fornire supporto alle famiglie. Con l'attività clinica si valuterà l'integrazione del percorso territoriale con supporto ai medici di medicina generale che avranno un percorso dedicato con accesso facilitato.

Queste strategie di cura dovranno nel tempo dimostrare una riduzione degli accessi impropri ai dipartimenti di emergenza fino alla riduzione della cronicizzazione e mortalità (dati da ricavare con confronto negli anni partendo dallo storico della ATS). L'incremento della presa in carico di prime diagnosi sarà un forte indicatore dell'efficacia del progetto attivato.

Sarà quindi indispensabile mantenere il monitoraggio di:

- **accessi in PS** con confronto con dato storico considerando il numero percentuale degli accessi connessi al disturbo del comportamento alimentare esteso alle sue possibili complicanze (malnutrizione; ipo/iperpotassiemia; sintomi fisici; fasi di scompenso psichico...). Il dato storico sarà considerato come percentuale di accesso di pazienti affetti da DCA rispetto ai pazienti di pari fascia di età (dato ricavabile dal software in uso in PS). Con l'implementazione del progetto ci si attende una riduzione degli accessi in area di emergenza; si osserverà pertanto una riduzione percentuale degli accessi per fascia di età. Ci si augura una maggiore riduzione nelle fasce di età più giovani ad indicare l'efficacia del trattamento. Più difficile sarà ottenere una riduzione nelle fasi di cronicizzazione.
- **valutazione dei ricoveri in area medica:** il riferimento sarà il numero totale di ricovero per DCA e sue complicanze in area internistica. Non escludibile nei primi 24 mesi un incremento dell'attività di ricovero per l'incremento dei pazienti in carico al servizio. Nei primi 2 anni pertanto sarà importante osservare la riduzione dei ricoveri urgenti provenienti dal Pronto Soccorso rispetto al ricovero indirizzato dal centro DCA. Questo dato andrebbe ad evidenziare il lavoro di presa in carico che non conduce il paziente all'utilizzo dell'area di emergenza. Dopo 2 anni, ci si aspetta una riduzione complessiva dei ricoveri in area medica.
- **Durata della degenza:** organizzando un servizio aziendale con presa in carico in regime ambulatoriale e MAC si potrà ridurre la durata della degenza dei ricoveri (in medicina/pediatria ed in psichiatria/NPI) per la più facile dimissibilità verso un percorso protetto. Tale dato dovrà essere monitorato già durante il primo anno di attività considerando la degenza media dei pazienti ricoverati per DCA rispetto a quelli dell'anno precedente. Sarà poi utile stratificare la differenza tra i pazienti già in carico al servizio e quelli che accedono al servizio di emergenza come pazienti non noti. Questa differenza sarà un indicatore dell'efficacia della presa in carico.

Strategie per costruire una equipe multidisciplinare per la cura dei DCA

- **valutazione dei ricoveri in area psichiatrica** confrontandosi con i dati precedenti. Risultato atteso: riduzione dei ricoveri rispetto al dato storico. Sarà da mantenere in stretto monitoraggio l'utenza proveniente dalle zone esterne al territorio in quanto la parte psichiatrica, se in fase di aggravamento, ha una organizzazione territoriale.

Con l'implementazione del servizio potrà essere fornita risposta di cura anche alla popolazione non strettamente locale.

Un ulteriore risultato da monitorare sarà quello orientato alla prevenzione ed alla diagnosi precoce con interventi nelle realtà già individuate (scuole; centri sportivi; centri ricreativi...).

CONCLUSIONI

I disturbi del comportamento alimentare necessitano di un percorso di trattamento che coinvolge più figure professionali con la costituzione di una equipe multidisciplinare.

L'ASST Papa Giovanni XXIII rappresenta una delle più grandi strutture ospedaliere della regione Lombardia e accoglie presso i propri ambulatori e presso i reparti di degenza, oltre che nell'area dell'emergenza-urgenza, numerosi pazienti con DCA che richiedono una assistenza specialistica dedicata. All'interno dell'ASST esistono le competenze per la cura dei disturbi dell'alimentazione e diventa pertanto necessario organizzare un percorso di equipe che possa valorizzare e potenziare queste competenze. Questa strategia si allinea all'esigenza normativa emersa dalla legge regionale N76 che fornisce le "disposizioni per la prevenzione e la cura dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione e il sostegno ai pazienti e alle loro famiglie".

L'equipe che andrà a costituirsi presso l'ASST fornirà assistenza a pazienti minorenni e maggiorenni con una integrazione nelle fasi di transizione e dovrà essere coinvolta nella rete regionale per la prevenzione e la cura dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione che verrà costituita dalla giunta regionale sentito il parere della cabina di regia per la cura dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione la cui costituzione è prevista dalla legge regionale.

Sarà indispensabile ottenere fondi e risorse umane dedicate e formate per poter attuare le varie fasi del progetto con l'ambizione di incidere sulla prognosi di questa complessa patologia.

RIFERIMENTI NORMATIVI

LEGGE REGIONALE N. 76 del 23 febbraio 2021 “Disposizioni per la prevenzione e la cura dei disturbi della nutrizione e dell’alimentazione e il sostegno ai pazienti e alle loro famiglie”

Con particolare riferimento a:

Art. 8 (Contesti di cura ed équipe funzionale multidisciplinare multidimensionale)

Art. 12 (Norma finanziaria)

BIBLIOGRAFIA

Preti A, Girolamo Gd, Vilagut G, Alonso J, Graaf Rd, Bruffaerts R, Demyttenaere K, Pinto-Meza A, Haro JM, Morosini P; ESEMeD-WMH Investigators. The epidemiology of eating disorders in six European countries: results of the ESEMeD-WMH project. *J Psychiatr Res*. 2009 Sep;43(14):1125-32. doi: 10.1016/j.jpsychires.2009.04.003. Epub 2009 May 8. PMID: 19427647.

Hudson JI, Hiripi E, Pope HG Jr, Kessler RC. The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry*. 2007 Feb 1;61(3):348-58. doi: 10.1016/j.biopsych.2006.03.040. Epub 2006 Jul 3. Erratum in: *Biol Psychiatry*. 2012 Jul 15;72(2):164. PMID: 16815322; PMCID: PMC1892232.

Lask B, Bryant-Waugh R. Early-onset anorexia nervosa and related eating disorders. *J Child Psychol Psychiatry*. 1992 Jan;33(1):281-300. doi: 10.1111/j.1469-7610.1992.tb00864.x. PMID: 1737830.

Robergeau K, Joseph J, Silber TJ. Hospitalization of children and adolescents for eating disorders in the State of New York. *J Adolesc Health*. 2006 Dec;39(6):806-10. doi: 10.1016/j.jadohealth.2006.08.003. PMID: 17116509.

Rodgers RF, Lombardo C, Cerolini S, Franko DL, Omori M, Fuller-Tyszkiewicz M, Linardon J, Courtet P, Guillaume S. The impact of the COVID-19 pandemic on eating disorder risk and symptoms. *Int J Eat Disord*. 2020 Jul;53(7):1166-1170. doi: 10.1002/eat.23318. Epub 2020 Jun 1. PMID: 32476175; PMCID: PMC7300468.

Fernández-Aranda F, Munguía L, Mestre-Bach G, Steward T, Etxandi M, Baenas I, Granero R, Sánchez I, Ortega E, Andreu A, Moize VL, Fernández-Real JM, Tinahones FJ, Dieguez C, Frühbeck G, Le Grange D, Tchanturia K, Karwautz A, Zeiler M, Favaro A, Claes L, Luyckx K, Shekriladze I, Serrano-Troncoso E, Rangil T, Meler MEL, Soriano-Pacheco J, Carceller-Sindreu M, Bujalance-Arguijo S, Lozano M, Linares R, Gudiol C, Carratala J, Sanchez-Gonzalez J, Machado PP, Håkansson A, Túry F, Pászthy B, Stein D, Papezová H, Bax B, Borisenkov MF, Popov SV, Kim YR, Nakazato M, Godart N, van Voren R, Illytska T, Chen J, Rowlands K, Treasure J, Jiménez-Murcia S. COVID Isolation Eating Scale (CIES): Analysis of the impact of confinement in eating disorders and obesity-A collaborative international study. *Eur Eat Disord Rev*. 2020 Nov;28(6):871-883. doi: 10.1002/erv.2784. Epub 2020 Sep 20. PMID: 32954595; PMCID: PMC7537123.

Grover M, Williams C, Eisler I, Fairbairn P, McCloskey C, Smith G, Treasure J, Schmidt U. An off-line pilot evaluation of a web-based systemic cognitive-behavioral intervention for carers of people with anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*. 2011 Dec;44(8):708-15. doi: 10.1002/eat.20871. Epub 2010 Nov 15. PMID: 22072408.

Lock J, Le Grange D, Agras WS, Moye A, Bryson SW, Jo B. Randomized clinical trial comparing family-based treatment with adolescent-focused individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. *Arch Gen Psychiatry*. 2010 Oct;67(10):1025-32. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2010.128. PMID: 20921118; PMCID: PMC3038846.

SITOGRAFIA

http://www.healthdata.org/sites/default/files/files/GBD_2013_Protocol.pdf

<https://www.salute.gov.it/portale/home.html>

<https://www.aidap.org>

https://www.istat.it/it/files/2013/05/Rapporto_annuale_2013.pdf

<https://www.nice.org.uk/>

<https://www.psychiatry.org/>

<https://www.iss.it/rapporti-istisan>

<http://www.quadernidellasalute.it/portale/quaderni/archivioQuaderni.jsp>

<http://nutrimente.org>

