



Regione Lombardia
LA GIUNTA

DELIBERAZIONE N. XII/ 4559

SEDUTA DEL 16/06/2025

Presidente

ATTILIO FONTANA

Assessori regionali MARCO ALPARONE *Vicepresidente*

ALESSANDRO BEDUSCHI

GUIDO BERTOLASO

FRANCESCA CARUSO

GIANLUCA COMAZZI

ALESSANDRO FERMI

PAOLO FRANCO

GUIDO GUIDESI

ROMANO MARIA LA RUSSA

ELENA LUCCHINI

FRANCO LUCENTE

GIORGIO MAIONE

BARBARA MAZZALI

MASSIMO SERTORI

CLAUDIA MARIA TERZI

SIMONA TIRONI

Con l'assistenza del Segretario Riccardo Perini

Su proposta dell'Assessore Guido Bertolaso

Oggetto

COSTITUZIONE DELLA RETE REGIONALE PER LA PREVENZIONE E LA CURA DEI DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E DELL'ALIMENTAZIONE (DNA), AI SENSI DELLA L.R. N. 2/2021 E CONTESTUALE APPROVAZIONE DEL PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER I DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E DELL'ALIMENTAZIONE (DNA)

Si esprime parere di regolarità amministrativa ai sensi dell'art.4, comma 1, l.r. n.17/2014:

Il Direttore Generale Mario Giovanni Melazzini

I Dirigenti

Clara Sabatini

Ivan Limosani



Regione Lombardia
LA GIUNTA

VISTA la Legge Regionale 23 febbraio 2021, n. 2 “Disposizioni per la prevenzione e la cura dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione e il sostegno ai pazienti e alle loro famiglie” e, in particolare, l'art. 4 che prevede:

“1. (...) sentita la Cabina di regia, la Giunta regionale (...) costituisce la Rete regionale per la prevenzione e la cura dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione (...).

2. La Rete regionale è composta dalle Aziende sociosanitarie territoriali (ASST) e dai soggetti privati accreditati che a livello regionale si occupano di disturbi della nutrizione e dell'alimentazione.

3. I componenti della Rete regionale organizzano le proprie attività con il coordinamento della Cabina di regia per la prevenzione e la cura dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione con l'obiettivo di offrire ai pazienti una presa in carico globale nelle diverse fasi del disturbo e nei contesti di cura più appropriati, nonché per condividere buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica, pur mantenendo nei servizi la specificità e la ricchezza dei diversi approcci possibili, quali, a titolo esemplificativo, psicodinamico, sistemico e cognitivo comportamentale”.

RICHIAMATE:

- la DGR XI/5722 del 15/12/2021 “Costituzione della Cabina di Regia per la prevenzione e la cura dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione (DCA) in attuazione dell'art. legge regionale n. 2 del 23/02/2021”;
- la DGR XI/6387 del 16/05/2022 “Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione per l'anno 2022” ed in particolare l'Allegato 7 al punto 1.6. “Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione” ove richiama la stesura di specifici atti e linee di indirizzo, nonché la destinazione dell'impegno economico correlato alla Legge Regionale n. 2 del 23 febbraio 2021;
- la DGR XI/7590 del 15/12/2022 “Approvazione del documento “Potenziamento della rete dei servizi a favore di soggetti che presentano disturbi della nutrizione e dall'alimentazione (DNA): Atto di indirizzo per la finalizzazione delle risorse previste per l'attuazione dalla L.R. 23 febbraio 2021 n. 2” - “Disposizioni per la prevenzione e la cura dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione e il sostegno ai pazienti e alle loro famiglie”;
- la DGR XI/7758 del 28/12/2022 “Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione per l'anno 2023” ed in particolare l'Allegato 14 al punto 4.1 “Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione” che prevede l'impegno della Cabina di Regia per l'elaborazione di uno specifico documento a carattere clinico ed organizzativo finalizzato al miglioramento dell'offerta dei servizi in materia di DNA;
- la DGR XII/1827 del 31/01/2024 “Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione per l'anno 2024” che al paragrafo 5.5.2.4. “Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione” prevede, tra le attività da attuarsi nel corso del 2024, la ricostituzione della Cabina di Regia;



Regione Lombardia
LA GIUNTA

- la DGR XII / 2007 del 13/03/2024 "Ricostituzione Della Cabina Di Regia per la prevenzione e la cura dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione (DCA) in attuazione dell'art. 3 - legge regionale n. 2 del 23 febbraio 2021 e contestuale nomina dei nuovi componenti";
- la DGR XX/3287 del 31/10/2024 "Approvazione del regolamento della cabina di regia dei disturbi della nutrizione e alimentazione (DNA) ai sensi della legge regionale del 23 febbraio 2021, n. 2 "Disposizioni per la prevenzione e la cura dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione e il sostegno ai pazienti e alle loro famiglie" a seguito di parere consiliare e modifica componenti della cabina di regia e ulteriori determinazioni - (di concerto con l'assessore Tironi)";

PRESO ATTO di quanto indicato nel verbale relativo alla seduta del 28 maggio 2025 (agli atti presso la Struttura Dipendenze Sanità Penitenziaria e Salute Mentale) in cui la Cabina di Regia individua e propone i soggetti pubblici e privati accreditati che compongono la "Rete regionale per la prevenzione e la cura dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione", secondo quanto delineato nell'Allegato 1) parte integrante e sostanziale del presente atto;

RITENUTO pertanto di costituire la "Rete regionale per la prevenzione e la cura dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione", ai sensi dell'allegato 4 della L.R. n. 2/2021, come indicato nell'Allegato 1) parte integrante e sostanziale del presente atto;

PRESO ATTO altresì del documento "Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per i Disturbi per la Nutrizione e Alimentazione (DNA)", Allegato 2) parte integrante e sostanziale del presente atto, licenziato in data 28 maggio 2025 dalla Cabina di Regia, come previsto dalla citata DGR XI/7758 del 28/12/2022;

RITENUTO pertanto di approvare il documento "Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per i Disturbi per la Nutrizione e Alimentazione (DNA)", Allegato 2) parte integrante e sostanziale del presente atto;

DATO ATTO che il menzionato PDTA fornirà agli Enti indicati nella "Rete regionale per la prevenzione e la cura dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione" indicazioni cliniche operative per una presa in carico globale dei pazienti nelle diverse fasi del disturbo e nei contesti di cura più appropriati, nonché servirà a condividere buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica, pur mantenendo nei servizi la specificità e la ricchezza dei diversi approcci possibili;

RITENUTO di attestare che il presente atto non è soggetto agli obblighi di pubblicazione di cui agli artt. 26 e 27 del D. Lgs 33/2013;

VISTE:

- la L.R. n. 20/2008 "Testo unico delle Leggi Regionali in materia di organizzazione



Regione Lombardia

LA GIUNTA

personale" nonché i provvedimenti organizzativi della XII legislatura;

- la L.R. n. 33/2009 "Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità" e successive modifiche e integrazioni;

VAGLIATE ed ASSUNTE come proprie le predette determinazioni;

All'unanimità dei voti, espressi nelle forme di legge;

DELIBERA

- 1) di costituire la "Rete regionale per la prevenzione e la cura dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione", ai sensi dell'allegato 4 della L.R. n. 2/2021, come indicato nell'Allegato 1) parte integrante e sostanziale del presente atto;
- 2) di approvare il documento "Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per i Disturbi per la Nutrizione e Alimentazione (DNA)", Allegato 2) parte integrante e sostanziale del presente atto;
- 3) di precisare che il PDTA di cui al punto 2) fornirà agli Enti indicati nella "Rete regionale per la prevenzione e la cura dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione" indicazioni cliniche operative per una presa in carico globale dei pazienti nelle diverse fasi del disturbo e nei contesti di cura più appropriati, nonché servirà a condividere buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica, pur mantenendo nei servizi la specificità e la ricchezza dei diversi approcci possibili;
- 4) di attestare che il presente atto non è soggetto agli obblighi di pubblicazione di cui agli artt. 26 e 27 del D.Lgs 33/2013.

IL SEGRETARIO
RICCARDO PERINI

Atto firmato digitalmente ai sensi delle vigenti disposizioni di legge.

RETE REGIONALE PER LA PREVENZIONE E LA CURA DEI DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E ALIMENTAZIONE

ENTI				LIVELLO DI CURA GARANTITO				
ATS	ENTE	SERVIZIO DEDICATO	DENOMINAZIONE/DESCRIZIONE	AMBULATORIALE	CENTRO DIURNO - DH	RESIDENZIALITA'	RIABILITATIVA DI RICOVERO E CURA	URGENZA-RICOVERO
BRESCIA	ASST FRANCIACORTA	SI	POLO TERRITORIALE - EQUIPE MULTIDISCIPLINARE	X				
BRESCIA	ASST GARDA	SI	POLO TERRITORIALE - EQUIPE MULTIDISCIPLINARE	X				
BRESCIA	ASST SPEDALI CIVILI BRESCIA	SI	Centro Pilota Regionale per DCA AMBULATORIO TERRITORIALE - MAC/DH - RIABILITAZIONE RESIDENZIALE	X	X		X	
BRESCIA	ASST SPEDALI CIVILI BRESCIA	SI	AMBULATORIO OSPEDALIERO DI NPJA) - MAC/DH	X	X			
BRESCIA	ASST SPEDALI CIVILI BRESCIA	SI	POLO TERRITORIALE - EQUIPE MULTIDISCIPLINARE	X				
BRESCIA	ASST SPEDALI CIVILI BRESCIA	NO	OSPEDALE PER ACUTI DI NPJA					X
BRIANZA	FONDAZIONE IRCCS SAN GERARDO DEI TINTORI MONZA	SI	AMBULATORIO DEL POLO TERRITORIALE NPJA	X				
BRIANZA	FONDAZIONE IRCCS SAN GERARDO DEI TINTORI MONZA	SI	MAC/DH NPJA	X	X			
BRIANZA	FONDAZIONE IRCCS SAN GERARDO DEI TINTORI MONZA	NO	SERVIZI/EQUIPE DEDICATI DI NPJA CENTRO DIURNO "Lo scarabocchio" DEGENZA RESIDENZIALE		X	X		X
BRIANZA	FONDAZIONE IRCCS SAN GERARDO DEI TINTORI MONZA	SI	AMBULATORIO DCA Psicologia Clinica PSICHIATRIA	X				
BRIANZA	FONDAZIONE IRCCS SAN GERARDO DEI TINTORI MONZA	SI	Centro Diurno PSICHIATRIA MAC Psichiatria DNA - AMBULATORIO Internista/Endocrinologo	X	X			
BRIANZA	FONDAZIONE IRCCS SAN GERARDO DEI TINTORI MONZA	NO	DH PSICHIATRIA		X			
BRIANZA	ASST LECCO	NO	AMBULATORIO PSICHIATRIA CON PERCORSI DNA	X				
BRIANZA	ASST LECCO	NO	AMBULATORIO DEL POLO TERRITORIALE NPJA	X				

Allegato 1

BRIANZA	ASST BRIANZA	SI	AMB DCA DI DESIO (EX CARATE) (transizione NPPIA-PSICHIATRIA)	X				
BRIANZA	ASST BRIANZA	SI	AMBULATORIO DEL POLO TERRITORIALE UONPIA di DESIO	X				
INSUBRIA	ASST SETTE LAGHI	NO	OSPEDALE PER ACUTI Reparto di NPPIA Ospedale Del Ponte - Varese					X
INSUBRIA	ASST SETTE LAGHI	SI	MAC/DH NPPIA	X				
INSUBRIA	ASST SETTE LAGHI	SI	Casa di Comunità Varese – Ambulatorio DNA	X				
INSUBRIA	ASST SETTE LAGHI	SI	Casa di Comunità Laveno Mombello – Ambulatorio DNA	X				
INSUBRIA	ASST LARIANA	SI	AMBULATORIO DNA con equipe di transizione (NPPIA-PSICHIATRIA) Ospedale S. Anna - Como	X				
INSUBRIA	ASST VALLE OLONA	SI	AMBULATORIO DEL POLO TERRITORIALE UONPIA di GALLARATE	X				
INSUBRIA	ATI SAN GIUSEPPE SANT'ANDREA	SI	SRP2-CPA Psichiatria Adulti - Disturbi del Comportamento Alimentare			X		
INSUBRIA	INVESTIMENTI CERESIO S.R.L.	SI	SRP1-CRA CAMELIA - CRA GARDENIA			X		
INSUBRIA	INVESTIMENTI CERESIO S.R.L.	SI	SRT-NPPIA PRIMAVERA			X		
INSUBRIA	COOP SAN GIUSEPPE	NO	Centro Diurno "L'Incontro" di Cernobbio		X			
MONTAGNA	ASST VALTELLINA E ALTO LARIO	NO	AMBULATORIO OSPEDALIERO afferente a PSICHIATRIA CON EQUIPE DEDICATA	X				
MONTAGNA	ASST VALCAMONICA	NO	AMBULATORIO TERRITORIALE - EQUIPE DEDICATA DI TRANSIZIONE	X				
PAVIA	ASST PAVIA	SI	AMBULATORIO OSPEDALIERO - EQUIPE DEDICATA DI TRANSIZIONE - Vigevano	X				
PAVIA	CASA DI CURA VILLA ESPERIA S.p.A.	NO	AMBULATORIO OSPEDALIERO E MAC	X	X			
PAVIA	AZIENDA DI SERVIZI ALLA PERSONA DI PAVIA	NO	AMBULATORIO OSPEDALIERO - Ambulatorio di Endocrinologia e Dietologia	X				
PAVIA	FONDAZIONE MONDINO - IRCCS	SI	OSPEDALE PER ACUTI - OSPEDALE PER RIABILITAZIONE -MAC/DH	X	X		X	X

Allegato 1

PAVIA	FONDAZIONE MONDINO - IRCCS (MONDINO COMMUNITY CARE)	SI	SRT-NPIA DEDICATA di TORRE DELLA ROCCHETTA			X		
VAL PADANA	ASST CREMA	SI	AMBULATORIO DEL POLO TERRITORIALE NPIA CON EQUIPE DEDICATA	X				
VAL PADANA	ASST CREMA	SI	CPS CON EQUIPE DEDICATA	X				
VAL PADANA	ASST CREMONA	SI	EQUIPE DEDICATA DI PSICHIATRIA/ NPIA	X				
VAL PADANA	ASST MANTOVA	SI	PERCORSO DIPARTIMENTALE CON EQUIPE DEDICATA PER I DNA	X	X			X
VAL PADANA	ASST MANTOVA	SI	AMBULATORIO NPIA OSPEDALIERO CON EQUIPE DEDICATA - MAC	X	X			X
BERGAMO	ASST BERGAMO EST	SI	AMBULATORIO TERRITORIALE DNA GAZZANIGA/ALZANO L.DO	X				
BERGAMO	ASST BERGAMO EST	SI	POLO TERRITORIALE - CENTRO DCA AMBULATORI E IN FASE DI AVVIO LA STRUTTURA DI RICOVERO - PIARIO	X				
BERGAMO	ASST BERGAMO EST	NO	OSPEDALE ALZANO L.DO					X
BERGAMO	ASST BERGAMO OVEST	SI	AMBULATORIO OSPEDALIERO - TREVIGLIO	X				
BERGAMO	ASST BERGAMO OVEST	SI	AMBULATORIO PSICHIATRICO BREMBATE	X				
BERGAMO	ASST BERGAMO OVEST	NO	OSPEDALE TREVIGLIO					X
BERGAMO	ASST PAPA GIOVANNI XXIII	SI	AMBULATORIO TERRITORIALE + MAC	X				
BERGAMO	ASST PAPA GIOVANNI XXIII	NO	POLO TERRITORIALE NPIA - equipe multiprofessionale	X				
BERGAMO	ASST PAPA GIOVANNI XXIII	NO	OSPEDALE PAPA GIOVANNI XXIII					X
BERGAMO	CDC PALAZZOLO	SI	RIABILITAZIONE SANITARIA	X	X		X	X
MILANO	ASST MELEGNANO E MARTESANA	SI	CENTRO DIAGNOSI E CURA DISTURBI ALIMENTAZIONE CON EQUIPE MULTIPROFESSIONA LE PER DNA	X				
MILANO	ASST MELEGNANO E MARTESANA	NO	CENTRO DIAGNOSI E CURA DISTURBI ALIMENTAZIONE CON EQUIPE MULTIPROFESSIONA LE PER DNA (LETTI INTERISTICI)					X

Allegato 1

MILANO	ASST NORD MILANO	SI	EQUIPE DNA SUI DUE CPS di Cologno M/se e Sesto San Giovanni	X				
MILANO	ASST SANTI PAOLO CARLO	SI	CENTRO DNA, EQUIPE DEDICATA CHE OPERA IN DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE E DIPENDENZE (PSICHIATRIA E NPJA)	X	X			X
MILANO	ASST SANTI PAOLO CARLO	SI	CENTRO DNA, EQUIPE DEDICATA CHE OPERA IN DIPARTIMENTO DELLA DONNA E MATERNO INFANTILE	X				X
MILANO	ASST SANTI PAOLO CARLO	SI	CENTRO DNA, EQUIPE DEDICATA CHE OPERA IN DIPARTIMENTO DI AREA MEDICA - SERVIZIO DIETETICO & NUTRIZIONE CLINICA E STRUTTURA COMPLESSA DI MEDICINA GENERALE	X	X			X
MILANO	ASST FATEBENEFRATELLI SACCO	SI	AMBULATORIO TERRITORIALE CON EQUIPE DEDICATA	X				
MILANO	ASST RHODENSE	SI	AMBULATORIO TERRITORIALE CON EQUIPE DEDICATA DI BOLLATE (CASSINA NUOVA)	X				
MILANO	ASST OVEST MILANESE	SI	AMBULATORIO OSPEDALIERO CON EQUIPE DEDICATA di CUGGIONO	X				
MILANO	AO NIGUARDA	SI	OSPEDALE PER ACUTI AMBULATORIO MAC/DH - SC Dietetica e Nutrizione Clinica	X	X			X
MILANO	ASST LODI	NO	AMBULATORIO di CPS CON EQUIPE DEDICATA	X				
MILANO	OSPEDALE MAGGIORE POLICLINICO CA' GRANDA	SI	AMBULATORIO CON EQUIPE DEDICATA	X				
MILANO	IRCCS SAN RAFFAELE TURRO	NO	AMBULATORIO-MAC/DH RIABILITAZIONE DISTURBI ALIMENTARI	X	X		X	
MILANO	CENTRO SANT'AMBROGIO FATEBENEFRATELLI	SI	SRP1- CRA Beato Olallo Valdes e CENTRO DIURNO		X	X		
MILANO	ISTITUTO AUXOLOGICO ITALIANO	SI	ATTIVITA' TERRITORIALE E OSPEDALIERA CON EQUIPE DEDICATA AFFERENTE AL DIPARTIMENTO MEDICINA ENDOCRINO METABOLICA AMBULATORIO	X	X		X	

			ADULTI E PEDIATRICI					
--	--	--	------------------------	--	--	--	--	--

Piano Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per i Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione

di REGIONE LOMBARDIA

in collaborazione con la Cabina di Regia regionale DNA

CLERICI MASSIMO, LIMOSANI IVAN, RANDAZZO LAURA, POLI VANNA, ALBANESI GABRIELLA, ANGHINONI AMELIA, BALLARINO ANNA, BERTELLI SARA, BRIGNOLI OVIDIO, CAPUZZI MONICA, CASTELNUOVO GIANLUCA, CONSOLATI MAURO DOMENICO, CORRADI ETTORE, COZZAGLIO PAOLO, FAZZI ELISA, FERRARI RAFFAELLA, MENSÌ MARTINA, MILANI FRANCO, PASSONI PAOLA, PEDRETTI SILVIA, PEDRONI LIVIO, PICCININI FRANCESCA, RISPOLI LAURA

INDICE

PREMESSA	pag. 4
DESTINATARI	pag. 4
OBIETTIVI GENERALI	pag. 4
OBIETTIVI SPECIFICI	pag. 5
1. INTRODUZIONE AL FENOMENO DEI DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E ALIMENTAZIONE	pag. 5
1.1 Dimensione del fenomeno a livello nazionale.....	pag. 5
1.2 Dimensione del fenomeno in Regione Lombardia	pag. 6
2. IL DECORSO E LA PROGNOSI DEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE	pag. 6
2.1 Peculiarità dell'età evolutiva	pag. 7
3. LA RETE REGIONALE PER I DNA	pag. 8
3.1 Percorsi	pag. 8
3.2 Setting non sanitario	pag. 9
3.3 Setting sanitario pubblico o privato accreditato	pag. 10
4. LA FUNZIONE DI CASE MANAGER PER I DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E DELL'ALIMENTAZIONE (DNA)	pag. 15
5. SERVIZI AMBULATORIALI.....	pag. 15
5.1. Responsabilità degli Ambulatori per la diagnosi e il trattamento dei Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione	pag. 15
5.2. Modalità di accesso.....	pag. 16
5.3. Fase di accoglienza.....	pag. 16
5.4. Fase diagnostica e di orientamento.....	pag. 17
5.5. Valutazione psichiatrica/neuropsichiatrica.....	pag. 17
5.6. Valutazione psicologica individuale.....	pag. 17
5.7. Valutazione psicologica familiare.....	pag. 18
5.8. Valutazione dietistica e internistico/pediatria.....	pag. 19
5.9. Discussione del caso	pag. 19
5.10. Fase di terapia	pag. 19
5.11. Interventi psicologici individuali e familiari	pag. 19
5.12. Trattamento psicologico per l'Anoressia Nervosa	pag. 20
5.13. Trattamento psicologico per la Bulimia Nervosa	pag. 21
5.14. Trattamento psicologico del Binge Eating Disorder (BED)	pag. 21
5.15. Gruppi di psicoeducazione per la famiglia	pag. 22
5.16. Terapia farmacologica dei Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione	pag. 22
5.17. Dimissioni	pag. 24
6. SERVIZI OSPEDALIERI.....	pag. 26
6.1. Obiettivi del ricovero.....	pag. 26
6.2. Destinatari del ricovero.....	pag. 26

6.3. Indicazioni al ricovero.....	pag. 27
6.4. Requisiti funzionali, strutturali e di personale del reparto di ricovero.....	pag. 27
6.5. Dimissione	pag. 29
6.6. Il “Codice Lilla”	pag. 29

7. VALUTAZIONE E GESTIONE DELLE CONDIZIONI FISICHE E NUTRIZIONALI DEL PAZIENTE

CON DNA	pag. 32
7.1. Esame obiettivo somatico.....	pag. 32
7.2. Esami ematochimici.....	pag. 32
7.3. Esami strumentali.....	pag. 32
7.4. Visite specialistiche.....	pag. 33
7.5. Complicanze fisiche nel paziente con DNA.....	pag. 33

8. RIABILITAZIONE NUTRIZIONALE DEL PAZIENTE CON DISTURBO DELL’ALIMENTAZIONE NEI VARI LIVELLI DI ASSISTENZA

8.1. Principi generali della riabilitazione nutrizionale del paziente sottopeso.....	pag. 34
8.1.1. Obiettivo di peso da raggiungere.....	pag. 34
8.1.2. Velocità raccomandata di recupero del peso.....	pag. 34
8.1.3. Introito calorico e composizione del piano alimentare.....	pag. 34
8.1.4. Pasto assistito.....	pag. 35
8.1.5. Uso dei supplementi orali nutrizionali.....	pag. 35
8.1.6. Nutrizione artificiale.....	pag. 36
8.1.7. Nutrizione enterale o parenterale?.....	pag. 36
8.1.8. Nutrizione enterale con sondino naso-gastrico.....	pag. 37
8.1.9. La sindrome da ri-alimentazione.....	pag. 37
8.1.9.1. Fisiopatologia e quadro clinico.....	pag. 37
8.1.9.2. Prevenzione e trattamento.....	pag. 38
8.1.9.3. Valutazione del livello di rischio.....	pag. 38
8.1.9.4. Apporto calorico iniziale e successivi incrementi.....	pag. 38
8.1.9.5. Prevenzione di un’eccessiva ritenzione idrosalina.....	pag. 39
8.1.9.6. Correzione delle alterazioni elettrolitiche.....	pag. 39
8.1.9.7. Monitoraggio clinico e bio-umorale.....	pag. 39
8.2. Gestione delle complicanze fisiche associate alla malnutrizione.....	pag. 39
8.3. Principi generali della riabilitazione nutrizionale del paziente sovrappeso.....	pag. 40

9. RESIDENZIALITÀ

pag. 41

10. SEMI-RESIDENZIALITÀ

pag. 42

10.1 Centro diurno

pag. 42

10.2. Day Hospital ospedaliero (o pacchetti intensivi di prestazioni ospedaliere)

pag. 43

11. CONCLUSIONI

pag. 44

Appendice 1: TEST PSICODIAGNOSTICI

pag. 45

Appendice 2: DOCUMENTI E NORMATIVA DI RIFERIMENTO.....

pag. 48

Appendice 3: STRUMENTI OPERATIVI PER UN SISTEMA SCOLASTICO DI QUALITÀ’

pag. 49

BIBLIOGRAFIA

PREMESSA

La Legge Regionale 23 febbraio 2021 - n. 2 “Disposizioni per la prevenzione e la cura dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione e il sostegno ai pazienti e alle loro famiglie” - promuove, tramite la Giunta Regionale, la costituzione della Cabina di Regia per la prevenzione e la cura dei Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione (DNA). Tra i mandati attribuiti alla Cabina di Regia vi è anche quello di elaborare linee guida finalizzate ad offrire, in maniera omogenea su tutto il territorio regionale, diagnosi precoce, interventi validati scientificamente, gestione efficace delle liste d'attesa, continuità assistenziale e appropriatezza delle cure dei Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione (DNA).

DESTINATARI

Il presente documento è rivolto ai componenti della “Rete regionale per la prevenzione e la cura dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione” composta dalle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST) e dai soggetti privati accreditati che, a livello regionale, si occupano di Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione, nonché dalle ATS nel loro specifico ruolo di *governance* territoriale del sistema di prevenzione, cura e riabilitazione. La predetta Rete regionale dovrebbe organizzare la propria attività, in coordinamento con la Cabina di Regia, privilegiando alcuni obiettivi prioritari quali l'offerta ai pazienti di modalità di presa in carico globale delle diverse fasi del disturbo nei contesti di cura più appropriati e la condivisione di buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica, pur mantenendo nei Servizi la specificità e la ricchezza dei diversi approcci possibili.

Lo scopo primario di questo Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) mira a delineare uno strumento organizzativo che definisca, in maniera chiara e condivisa, tutte le fasi della gestione di un paziente affetto da Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione (DNA) in una determinata condizione clinica. Il PTDA si propone pertanto di:

- standardizzare la presa in carico del paziente, riducendo la variabilità fra i trattamenti;
- coordinare le attività fra i diversi professionisti sanitari coinvolti (medici, specialisti, infermieri, psicologi ed altre figure professionali, ecc.);
- migliorare la qualità dell'assistenza, l'efficacia delle cure e l'uso delle risorse;
- assicurare continuità assistenziale, ovvero accompagnare il paziente in tutte le fasi (diagnosi, trattamento, riabilitazione e follow-up) all'interno della rete regionale.

Il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale, nel complesso delle sue fasi di definizione, strutturazione, implementazione e monitoraggio, rappresenta uno strumento di coordinamento degli interventi assistenziali e terapeutico-riabilitativi che, attraverso un approccio per processi, consenta di strutturare e integrare attività ed interventi in un contesto in cui diverse specializzazioni, professioni ed aree d'azione sono implicate nella cura e nel monitoraggio del paziente che presenta un problema di salute e, nella fattispecie, uno dei disturbi appartenenti alla categoria diagnostica dei DNA.

OBIETTIVI GENERALI

- Garantire ai soggetti con DNA equità di accesso al SSR, precocità di diagnosi, omogeneità di presa in carico sul territorio provinciale e regionale, continuità assistenziale, appropriatezza e qualità delle cure nel contesto di una rete integrata che operi secondo un modello multidimensionale, interdisciplinare e multi-professionale.
- Definire percorsi terapeutico-riabilitativi articolati, sia territoriali che residenziali ed ospedalieri e proporre interventi che si ispirino ai principi ed alle metodologie basate sulle evidenze.
- Supportare la rete dei Servizi territoriali regionali nel contesto della gestione multidimensionale, interdisciplinare e multi-professionale dei DNA.

OBIETTIVI SPECIFICI

- Migliorare le attività integrate dei Servizi operanti in rete al fine di offrire risposte diagnostiche e di presa in carico secondo la logica dell'integrazione sia all'interno della specifica équipe che nei confronti degli altri nodi della rete, nel rispetto dell'unitarietà della persona, della continuità e certezza del trattamento e dell'unicità del riferimento per quanto attiene alla conduzione del caso.
- Mettere in atto strategie comuni ed integrate di presa in carico, per favorire la continuità di cura e ridurre le probabilità di cronicizzazione del disturbo.
- Definire gli interventi e la loro standardizzazione, in coerenza con la diagnosi, per migliorare la gestione iniziale del paziente con DNA nelle sue molteplici manifestazioni cliniche.

1. INTRODUZIONE AL FENOMENO DEI DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E ALIMENTAZIONE

I DNA rappresentano una rilevante problematica di sanità pubblica, caratterizzata da significative implicazioni organiche, psicologiche e sociali. Nel Manuale *"Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders"* (DSM-V), versione revisionata (TR) pubblicata dall'*American Psychiatric Association* (APA, 2013; 2022), vengono definiti come "un persistente disturbo dell'alimentazione oppure comportamenti inerenti all'alimentazione che hanno come risultato un alterato consumo o assorbimento di cibo e che compromettono significativamente la salute fisica o il funzionamento psicosociale". I DNA sono dunque espressione di un importante disagio psichico, su base biopsicosociale, che si esprime con un alterato rapporto con il cibo ed un'alterata percezione del proprio corpo (a carattere dismorfofobico), dove l'alimentazione costituisce un evento ampiamente connesso con lo sviluppo dell'identità individuale e sociale. I DNA colpiscono prevalentemente adolescenti e giovani adulti, con un impatto decisamente maggiore nel sesso femminile, sebbene siano in crescita anche fra la popolazione di sesso maschile e nell'area LGBTQ+. Inoltre, l'età di esordio si è abbassata e non è raro ormai trovare forme precoci anche fra bambini e pre-adolescenti. Le condizioni definibili come disturbi della nutrizione e dell'alimentazione sono associate a tassi elevati di comorbidità psichiatrica - ad esempio disturbi dell'umore (depressione), d'ansia, della personalità e disturbi da uso di sostanze - e presentano uno dei tassi più alti di mortalità fra i disturbi psichiatrici. Si distinguono tre tipologie principali di DNA: Anoressia Nervosa (AN), Bulimia Nervosa (BN) e altre forme come il Disturbo da Alimentazione Incontrollata (*Binge Eating Disorder*), manifestazioni di rilevanza clinica sotto-soglia, forme ibride e disturbi del comportamento alimentare con e senza altra specificazione (ex NAS). I fattori di rischio, scatenanti e perpetuanti dei DNA, sono multifattoriali, includendo quelli genetici, biologici, psicologici, socioculturali ed economici. Soprattutto nel mondo occidentale ma, più recentemente anche in quello orientale, la crescente pressione sociale legata all'immagine corporea e alla magrezza - amplificata dai media tradizionali e digitali - è stata identificata come uno dei principali fattori di rischio per lo sviluppo di questi disturbi, in particolare fra i giovani. Nonostante la crescente consapevolezza dell'importanza di una diagnosi precoce e di trattamenti integrati, l'accesso a cure adeguate e tempestive rimane limitato quasi ovunque, con disparità geografiche, socio-demografiche e di genere che ostacolano la gestione efficace di tali patologie.

1.1. Dimensione del fenomeno a livello nazionale

I dati dell'ultima rilevazione del Ministero della Salute (ISS, 2020) evidenziano come in Italia più di tre milioni di persone soffrano di DNA che costituiscono, di fatto, la seconda causa di morte negli adolescenti di sesso femminile fra i 12 e i 17 anni, dopo gli incidenti stradali. Per ogni cento ragazze in età adolescenziale, dieci soffrono di qualche disturbo collegato all'alimentazione e una/due delle forme più gravi come anoressia e bulimia (Dalla Ragione et al., 2021). Secondo i dati del Ministero della Salute (ISS, 2020) e della letteratura internazionale (Keski-Rahkonen & Silén, 2019; Silén & Keski-Rahkonen, 2022; Zipfel, Schmidt & Giel, 2022; Sacco et al., 2024), nei paesi occidentali si stima che:

- la prevalenza dell'anoressia sia tra lo 0.2 e lo 0.8%;
- la prevalenza della bulimia sia di circa il 3%;
- l'incidenza dell'anoressia sia di 4-8 nuovi casi per anno su 100.000 individui;

- l'incidenza della bulimia sia di 9-12 nuovi casi per anno su 100.000 individui, con un'età di esordio fra i 10 ed i 30 anni e un'età media di insorgenza di 17 anni.
- il *binge eating disorder* (BED), patologia con prevalenza compresa fra 0,7 e 4,6% nella popolazione generale, presenta un'incidenza nel sesso femminile e maschile sostanzialmente equivalente e viene diagnosticata più frequentemente fra gli adulti nella fascia di età compresa fra i 30 e i 40 anni (Keski-Rahkonen, 2021; Treasure, Hübel & Himmerich (2022); Nagata et al., 2023).

Molto più limitati e instabili sono gli studi di prevalenza sulle recenti categorie diagnostiche introdotte nel DSM 5 (Pica, Disturbo di Ruminazione, Disturbo Evitante Restrittivo dell'Assunzione di Cibo - ARFID): alcuni Autori segnalano un *range* di frequenza stimata fra lo 0 e il 3,2% (Kurz et al., 2015; Delaney et al., 2015; Ahmed et al., 2023; Sanchez-Cerezo et al., 2023; Van Buuren et al., 2023).

I DNA si stanno diffondendo rapidamente e colpiscono fasce sempre più ampie della popolazione. Oltre al già segnalato abbassamento dell'età di esordio (spostatosi intorno ai 14-15 anni, con la comparsa frequente di disturbi anche in bambini di 10-11 anni), si evidenzia un peggioramento della prognosi e la conseguente necessità di trattamenti specifici rivolti ai disturbi dell'età evolutiva e della pre-adolescenza. Negli ultimi anni, inoltre, casi di anoressia nervosa o di altri DNA sono stati sempre più spesso segnalati in bambine di età prepubere. Sono particolarmente rilevanti anche i dati attribuiti a pazienti di sesso maschile, la cui percentuale - nella fascia fra i 12 e i 17 anni - si attesta, a livello globale, intorno al 20% della popolazione ammalata. In generale, il numero dei maschi aumenta con il diminuire dell'età e spesso questi disturbi risultano ancora più difficili da intercettare per le difficoltà a riconoscerli e diagnosticarli (Fernández-Aranda et al., 2020; Dalle Grave et al., 2021; Haghsomar et al., 2022; Marucci et al., 2022; Bodell & Racine, 2023; Stonawsky et al., 2025; Taquet et al., 2021; Toulany et al., 2022). Questi dati sono confermati da varie ricerche: ad esempio, uno studio canadese su 12.000 ricoveri pediatrici per DNA negli anni 2002-2019 ha rilevato un aumento del 139% negli accessi in pediatria e un aumento dei pazienti "atipici": maschi e pre-adolescenti fra i 12 e i 14 anni con diagnosi diverse dall'anoressia e dalla bulimia (Harris, 2024).

1.2. Dimensione del fenomeno in Regione Lombardia

Come ben rappresentato nel "Report epidemiologico sui Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione in Regione Lombardia" - allegato alla DGR n. XII/ 3864 del 03/02/2025 e qui sintetizzato - la prevalenza periodale 2019-2023 di DNA risulta essere di 15,2 casi ogni 10.000 assistiti, con tassi significativamente più elevati fra adolescenti e giovani adulti, in particolare nella fascia 15-19 anni. L'incidenza media annua, invece, è pari a 20,2 casi ogni 100.000 abitanti, con una tendenza crescente fra le giovani donne e una riduzione dell'età media alla diagnosi. È stata anche evidenziata una rilevante eterogeneità territoriale del fenomeno, che indica, ad oggi, una prevalenza più alta nel territorio di ATS Milano, seguita da ATS Montagna e ATS Brianza. I dati relativi all'accesso a Servizi e Prestazioni Sanitarie, nel periodo analizzato, mostrano come 13.151 soggetti abbiano avuto almeno un primo contatto con il SSR per DNA, con un'età media di 22,6 anni e una mediana di 17 anni; sono inoltre state identificate 102.508 prestazioni sanitarie erogate, con un ruolo predominante attribuibile ai Servizi di Psichiatria e Neuropsichiatria Infantile.

L'impatto della Pandemia - emergenza COVID-19 - nel periodo analizzato ha messo in luce criticità nel sistema di assistenza, con un aumento delle diagnosi attribuibile all'isolamento sociale e agli effetti psicologici della pandemia stessa. Le difficoltà di presa in carico del sistema di assistenza durante il periodo pandemico nel 2020 hanno inoltre contribuito all'aumento della casistica riscontrato nel 2021; tale aumento parrebbe determinato principalmente dall'effetto correlabile al già citato disagio psicologico, come anche dall'importante sforzo di recupero esercitato da parte delle strutture erogatrici in relazione alle prese in carico non effettuate o dilazionate nel tempo a causa degli eventi dell'anno precedente.

2. IL DECORSO E LA PROGNOSI DEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

È importante ricordare che i DNA, se non trattati precocemente e adeguatamente, tendono ad avere un andamento cronico con frequenti ricadute. Le evidenze in letteratura indicano un esito meno favorevole se l'intervallo fra l'esordio dei sintomi e la presa in carico è lungo, in presenza di grave sottopeso o complicanze mediche, qualora non vi sia una forte motivazione al cambiamento, se presenti altre patologie psichiatriche

in comorbidità, se la famiglia non è supportiva o se il contesto di vita favorisce tale comportamento anomalo (Keel, 2010; Vall & Wade, 2015; Radunz et al., 2020; Fernández-Aranda et al., 2021; Lydecker & Grilo, 2021; Mitchell et al., 2021; Gorrell, Hail, & Reilly, 2023).

Anoressia Nervosa (AN): rappresenta la malattia psichiatrica a più alto tasso di mortalità (fino a quasi il 10% in alcuni studi) e, negli adolescenti di sesso femminile, si pone come la seconda causa di morte dopo gli incidenti stradali. In una revisione che ha coinvolto una casistica di quasi 5600 ragazze anoressiche, è stato riscontrato un pieno recupero in circa il 47% dei casi, una cronicizzazione nel 21% e un tasso grezzo di mortalità del 5%, valori che passano rispettivamente a 73%, 13,7% e 9,4% negli studi con follow-up superiore ai 10 anni (Steinhausen, 2002). Il tasso grezzo di ospedalizzazione per l'AN - studiato sulla popolazione italiana in un arco temporale di cinque anni - è risultato, nelle donne e negli uomini, rispettivamente pari a 24,2 e 1,6 per 100.000 persone/anno (Gigantesco et al., 2010).

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

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

In relazione alle comorbidità psichiatriche, i DNA si caratterizzano per tassi particolarmente elevati di coesistenza con disturbi mentali; in particolare:

- l'Anoressia Nervosa presenta comorbidità con disturbi dell'umore e disturbi d'ansia (quasi il 25%), disturbi ossessivo compulsivi (12%), schizofrenia (5%), disturbi di personalità borderline ed istrionica (16-17%) e ossessivo-compulsiva (oltre il 30%). In circa il 10-15% dei casi è presente un disturbo correlato ad alcol o sostanze (Steinhausen, 2002; Salbach-Andrae et al., 2008; Ministero Salute, 2013a; 2013b; Brooks et al., 2012). La comorbidità psichiatrica tende a ridursi con la normalizzazione dell'alimentazione ed il recupero del peso corporeo;

- la Bulimia Nervosa presenta comorbidità con i disturbi dell'umore (22,5%), i disturbi d'ansia (16,2%), i disturbi correlati a sostanze (5,9%) e i disturbi di personalità (20,7%);

- il BED presenta comorbidità soprattutto con sindromi depressive.

La comorbidità psichiatrica è molto elevata anche in età evolutiva ed i disturbi più rappresentati sono quelli della personalità, le condotte autolesionistiche (30-40% dei DNA in pre-adolescenza) in risposta a stati emotivi "negativi", il rischio suicidario, i disturbi ossessivo-compulsivi, i disturbi depressivi ed i disturbi d'ansia; nei casi più gravi coesiste una psicosi. Si possono associare condotte devianti ed uso di sostanze che tendono a compromettere pesantemente l'evoluzione del DNA (Dalle Grave, 2011; Dalla Ragione et al., 2014).

2.1. Peculiarità dell'età evolutiva

In età evolutiva possono presentarsi diversi disturbi che si esprimono attraverso la mediazione del corpo e che possono interessare la nutrizione ed il comportamento alimentare fin dalle prime epoche della vita. I DNA nei minori comprendono pertanto sia disturbi della nutrizione e dell'alimentazione classicamente intesi - che tipicamente si riscontrano nell'infanzia (come l'ARFID) - sia quelli tipici dell'adolescenza e dell'età adulta (come l'anoressia e la bulimia nervosa). Particolarmente in adolescenza, il corpo in fase di trasformazione è teatro della costruzione dell'identità e, quindi, mezzo per esprimere difficoltà nel normale processo di separazione-individuazione e di costruzione dell'immagine di sé. Soprattutto in questo periodo evolutivo si

può riscontrare un continuum fra bulimia e anoressia e, viceversa, la frequente transizione da un disturbo ad un altro. Il fenomeno a cui si è assistito negli ultimi anni si caratterizza per una anticipazione dell'età di esordio e un aumento della complessità clinica (Davico & Riccio, 2024); si rileva, infatti, un aumento del numero di pazienti in età pre-adolescenziale con alterazioni del comportamento alimentare in cui si evidenziano sintomi molto simili a quelli tipici dell'adolescente e dell'adulto, come un'alterata percezione dell'immagine corporea o l'interesse ossessivo per il peso o le forme corporee.

Un'indagine trasversale condotta su oltre 10.000 adolescenti di età compresa tra 13 e 18 anni ha stimato i tassi di prevalenza di AN, BN e BED rispettivamente allo 0,3%, 0,9% e 1,6%. L'età media di esordio per tutti i disturbi alimentari è di 12,5 anni con un'incidenza di DNA ad esordio precoce pari a 3/100.000 bambini di età inferiore ai 13 anni (Lock, 2015).

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

L'età di esordio dell'AN riportata in letteratura varia fra i 12 e i 18 anni (Sigel, 2008; Weaver, Liebman, 2011). Altri studi epidemiologici sui DNA condotti in età evolutiva evidenziano un picco di esordio dell'AN fra i 14 ed i 18 anni. Più precoce è l'età di esordio del DNA, più il disturbo è grave e prima può avvenire la cronicizzazione. La presa in carico del minore con DNA presenta specificità legate alle conseguenze del disturbo sul processo di sviluppo psicofisico, alla necessità di personalizzare il trattamento in base all'età ed al coinvolgimento e ruolo nel percorso di cura dei genitori o del tutore.

3. LA RETE REGIONALE PER I DNA

La molteplicità dei contesti di cura dovrebbe concorrere ad assicurare alle persone affette da Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione (DNA) un'identificazione precoce, l'invio alla struttura più idonea per la valutazione diagnostica multiprofessionale e multidisciplinare e l'avvio successivo del programma terapeutico- riabilitativo, sia esso ambulatoriale che in regime residenziale o semiresidenziale. I diversi livelli di intervento sono da considerarsi elementi di un'articolazione della rete che si sviluppa sia longitudinalmente che trasversalmente: longitudinalmente in quanto la persona con DNA, nel corso dell'andamento del disturbo, può necessitare - in momenti diversi - di modalità assistenziali eterogenee e trasversalmente perché in rapporto a comorbidità, fragilità o disabilità può giovare di più nodi della rete. Il percorso dovrebbe essere offerto nel contesto di cura meno restrittivo possibile e dovrebbe essere adeguato ai bisogni specifici del soggetto con DNA. È inoltre da prevedere il monitoraggio costante del raggiungimento degli obiettivi preposti, ai fini dell'appropriatezza delle cure.

3.1. Percorsi

Obiettivo primario del presente documento è quello di fornire indicazioni concrete al fine di poter ottimizzare, all'interno della rete regionale dell'offerta DNA, il percorso trattamentale più coerente e finalizzato alla presa in carico secondo il principio di continuità di cura e appropriatezza, indicando come prioritaria la necessità di relazione fra gli attuali Servizi e i punti di erogazione di prestazioni sanitarie quali nodi della rete. Nella strutturazione del documento si è tenuto conto del censimento relativo alla rete dell'offerta lombarda per quanto riguarda i Servizi per DNA presenti sul territorio regionale (vedi tabella sotto riportata). Gli enti istituzionali attualmente coinvolti nel percorso di presa in carico risultano essere:

- ASST
- IRCCS
- Strutture residenziali e semi-residenziali accreditate e a contratto
- Strutture sanitarie di riabilitazione e cura
- ATS

In particolare, gli enti sopracitati - strutturati nelle loro organizzazioni specifiche - devono collaborare nel realizzare e implementare i diversi livelli di intensità di cura e *setting* assistenziali, così definiti:

- 1) gli interventi ambulatoriali;
- 2) i percorsi semiresidenziali;
- 3) i percorsi residenziali;
- 4) i percorsi riabilitativi di ricovero e cura;
- 5) i percorsi in urgenza e in ricovero ordinario.

Pur in un contesto di risorse censite che mostrano eterogeneità sul territorio lombardo, nell'ottica di concorrere ad ampliare in capillarità ed efficienza l'offerta regionale e di garantire libera scelta del paziente e piena concorrenza fra pubblico e privato nel realizzare gli obiettivi di salute per le persone affette da DNA, si ritiene indispensabile la presenza di équipe integrate in grado di effettuare almeno la presa in carico ambulatoriale in tutti i nodi della rete distribuiti nei territori di tutte le 8 ATS lombarde. Queste équipe devono agire in stretto raccordo con gli altri Servizi dedicati atti a garantire tutti gli interventi di filiera, il più possibile in un'ottica di prossimità territoriale. Allo stesso tempo, è necessaria l'identificazione di centri HUB di riferimento, in grado di garantire anche i livelli di cura più complessi e intensivi, di norma presenti in ciascuna ATS o individuati secondo un criterio di prossimità, che garantiscano i percorsi a maggiore intensità di cura con modalità di invio, accettazione e dimissione concordate e condivise a livello di ATS secondo procedure formalizzate. In termini di processo, risulta opportuno evidenziare come la rete dei Servizi per DNA, risulti ad oggi eterogenea e veda differenti afferenze istituzionali di Servizi/Ambulatori/Reparti/Strutture fra loro simili nelle diverse realtà territoriali che possono essere schematizzati per macro-aree di intervento (*setting* non sanitario, *setting* sanitario pubblico e privato).

3.2 Setting non sanitario

Vari sono i contesti in cui il soggetto affetto da DNA può venire individuato dall'ambiente che lo circonda e reputato oggetto di attenzione dal punto di vista problematico o esplicitamente clinico. Non necessariamente in tale ambiente chi rileva "dubbi" e solleva preoccupazioni riguardo a tali patologie è un sanitario. Famiglie, ambienti sportivi (agonistici o meno), contesti educativi e lavorativi, associazionismo a vario titolo risultano spesso il primo luogo di riconoscimento del disagio. È opportuno sottolineare - a questo livello - come la strutturazione, in tali contesti, di programmi di sensibilizzazione e di prevenzione al fine di ridurre lo stigma che confligge con il riconoscimento precoce, cerchi di ribaltare le difficoltà di accesso alla valutazione diagnostica e favorisca, conseguentemente, un adeguato invio in termini di tempestività ed intensità di cure.

In questa dimensione del problema, risulta particolarmente importante il ruolo svolto in questi ultimi anni, su spinta degli sviluppi avvenuti nel mondo anglosassone, dell'associazionismo familiare e professionale. Il primo, soprattutto, ha svolto un ruolo fondamentale nella presa di coscienza sulla necessità di organizzarsi come gruppo di interesse e di "posizionarsi" in relazione al decisore politico nell'area dell'organizzazione di Servizi e della spinta verso soluzioni amministrative in grado di rendere prioritari, agli occhi dell'opinione pubblica, i problemi dei quali tali associazioni erano testimoni, ma anche protagoniste in relazione alla sofferenza ed al disagio generati dal disturbo dei congiunti.

Non meno importante il ruolo svolto nell'attenzione ai modelli organizzativi della clinica ed alle tecniche di trattamento e riabilitazione: questo aspetto si riferisce all'obiettivo di diventare "partner del trattamento" (ruolo oggettivo di propulsore nella costruzione di modelli di intervento) e, nel contempo, di assumere una configurazione di lobby nel senso più ampio del termine, cioè di *advocacy* per la tutela dei diritti dei pazienti e delle famiglie e, parallelamente, di monitoraggio di quanto generato dal sistema sanitario a favore dei pazienti e dei familiari.

I *setting* non sanitari preposti all'intercettazione di situazioni che richiama il sospetto di un DNA devono dunque essere in grado di rivolgersi, per un primo inquadramento e per le cure più urgenti, a figure sanitarie di prossimità che possano valutare la presenza o meno di un sospetto diagnostico (medici di medicina

generale - MMG/pediatri di libera scelta - PLS/medici del lavoro, etc.) e garantire un appropriato invio alle strutture ambulatoriali deputate (afferenti ai DSMD/centri privati accreditati).

3.3. Setting sanitario pubblico o privato accreditato

Il primo contatto con soggetti dove sia ipotizzabile un esordio per DNA può avvenire nel *setting* sanitario:

- MMG/PLS, su invio dell'ambiente del paziente o spontaneamente;
- strutture territoriali della rete della salute mentale come CPS o UONPIA territoriali, sia come primo contatto per DNA che come riconoscimento di un DNA nel contesto di una presa in carico per altro disturbo;
- altri specialisti (in particolare ginecologi, endocrinologi, specialisti della nutrizione, specialisti in metabolismo osseo, etc.) oppure
- nel contesto di un Dipartimento di Emergenza-Urgenza per accessi inerenti acuzie organiche, in genere metaboliche, in corso di DNA. Tali ambiti effettuano l'invio verso i Servizi specialistici per la diagnosi e la cura dei DNA sempre con accesso diretto dell'utente o invio da parte di figure sanitarie (MMG/PLS; altri specialisti; altri servizi del DSMD; altri Dipartimenti; etc.)

RETE REGIONALE PER LA PREVENZIONE E LA CURA DEI DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E ALIMENTAZIONE

ENTI				LIVELLO DI CURA GARANTITO				
ATS	ENTE	SERVIZIO DEDICATO	DENOMINAZIONE/DESCRIZIONE	AMBULATORIALE	CENTRO DIURNO - DH	RESIDENZIALITA'	RIABILITATIVA DI RICOVERO E CURA	URGENZA-RICOVERO
BRESCIA	ASST FRANCIACORTA	SI	POLO TERRITORIALE - EQUIPE MULTIDISCIPLINARE	X				
BRESCIA	ASST GARDA	SI	POLO TERRITORIALE - EQUIPE MULTIDISCIPLINARE	X				
BRESCIA	ASST SPEDALI CIVILI BRESCIA	SI	Centro Pilota Regionale per DCA AMBULATORIO TERRITORIALE - MAC/DH - RIABILITAZIONE RESIDENZIALE	X	X		X	
BRESCIA	ASST SPEDALI CIVILI BRESCIA	SI	AMBULATORIO OSPEDALIERO DI NPJA) - MAC/DH	X	X			
BRESCIA	ASST SPEDALI CIVILI BRESCIA	SI	POLO TERRITORIALE - EQUIPE MULTIDISCIPLINARE	X				
BRESCIA	ASST SPEDALI CIVILI BRESCIA	NO	OSPEDALE PER ACUTI DI NPJA					X
BRIANZA	FONDAZIONE IRCCS SAN GERARDO DEI TINTORI MONZA	SI	AMBULATORIO DEL POLO TERRITORIALE NPJA	X				
BRIANZA	FONDAZIONE IRCCS SAN GERARDO DEI TINTORI MONZA	SI	MAC/DH NPJA	X	X			

BRIANZA	FONDAZIONE IRCCS SAN GERARDO DEI TINTORI MONZA	NO	SERVIZI/EQUIPE DEDICATI DI NPIA CENTRO DIURNO "Lo scarabocchio" DEGENZA RESIDENZIALE		X	X		X
BRIANZA	FONDAZIONE IRCCS SAN GERARDO DEI TINTORI MONZA	SI	AMBULATORIO DCA Psicologia Clinica PSICHIATRIA	X				
BRIANZA	FONDAZIONE IRCCS SAN GERARDO DEI TINTORI MONZA	SI	Centro Diurno PSICHIATRIA MAC Psichiatria DNA - AMBULATORIO Internista/Endocrinol ogo	X	X			
BRIANZA	FONDAZIONE IRCCS SAN GERARDO DEI TINTORI MONZA	NO	DH PSICHIATRIA		X			
BRIANZA	ASST LECCO	NO	AMBULATORIO PSICHIATRIA CON PERCORSI DNA	X				
BRIANZA	ASST LECCO	NO	AMBULATORIO DEL POLO TERRITORIALE NPPIA	X				
BRIANZA	ASST BRIANZA	SI	AMB DCA DI DESIO (EX CARATE) (transizione NPPIA- PSICHIATRIA)	X				
BRIANZA	ASST BRIANZA	SI	AMBULATORIO DEL POLO TERRITORIALE UONPPIA di DESIO	X				
INSUBRIA	ASST SETTE LAGHI	NO	OSPEDALE PER ACUTI Reparto di NPPIA Ospedale Del Ponte - Varese					X
INSUBRIA	ASST SETTE LAGHI	SI	MAC/DH NPPIA	X				
INSUBRIA	ASST SETTE LAGHI	SI	Casa di Comunità Varese – Ambulatorio DNA	X				
INSUBRIA	ASST SETTE LAGHI	SI	Casa di Comunità Laveno Mombello – Ambulatorio DNA	X				
INSUBRIA	ASST LARIANA	SI	AMBULATORIO DNA con equipe di transizione (NPPIA- PSICHIATRIA) Ospedale S. Anna - Como	X				
INSUBRIA	ASST VALLE OLONA	SI	AMBULATORIO DEL POLO TERRITORIALE UONPPIA di GALLARATE	X				
INSUBRIA	ATI SAN GIUSEPPE SANT'ANDREA	SI	SRP2-CPA Psichiatria Adulti - Disturbi del Comportamento Alimentare			X		
INSUBRIA	INVESTIMENTI CERESIO S.R.L.	SI	SRP1-CRA CAMELIA - CRA GARDENIA			X		
INSUBRIA	INVESTIMENTI CERESIO S.R.L.	SI	SRT-NPPIA PRIMAVERA			X		
INSUBRIA	COOP SAN GIUSEPPE	NO	Centro Diurno "L'Incontro" di Cernobbio		X			

MONTAGNA	ASST VALTELLINA E ALTO LARIO	NO	AMBULATORIO OSPEDALIERO afferente a PSICHIATRIA CON EQUIPE DEDICATA	X				
MONTAGNA	ASST VALCAMONICA	NO	AMBULATORIO TERRITORIALE - EQUIPE DEDICATA DI TRANSIZIONE	X				
PAVIA	ASST PAVIA	SI	AMBULATORIO OSPEDALIERO - EQUIPE DEDICATA DI TRANSIZIONE - Vigevano	X				
PAVIA	CASA DI CURA VILLA ESPERIA S.p.A.	NO	AMBULATORIO OSPEDALIERO E MAC	X	X			
PAVIA	AZIENDA DI SERVIZI ALLA PERSONA DI PAVIA	NO	AMBULATORIO OSPEDALIERO - Ambulatorio di Endocrinologia e Dietologia	X				
PAVIA	FONDAZIONE MONDINO - IRCCS	SI	OSPEDALE PER ACUTI - OSPEDALE PER RIABILITAZIONE -MAC/DH	X	X		X	X
PAVIA	FONDAZIONE MONDINO - IRCCS (MONDINO COMMUNITY CARE)	SI	SRT-NPIA DEDICATA di TORRE DELLA ROCCHETTA			X		
VAL PADANA	ASST CREMA	SI	AMBULATORIO DEL POLO TERRITORIALE NPIA CON EQUIPE DEDICATA	X				
VAL PADANA	ASST CREMA	SI	CPS CON EQUIPE DEDICATA	X				
VAL PADANA	ASST CREMONA	SI	EQUIPE DEDICATA DI PSICHIATRIA/ NPIA	X				
VAL PADANA	ASST MANTOVA	SI	PERCORSO DIPARTIMENTALE CON EQUIPE DEDICATA PER I DNA	X	X			X
VAL PADANA	ASST MANTOVA	SI	AMBULATORIO NPIA OSPEDALIERO CON EQUIPE DEDICATA - MAC	X	X			X
BERGAMO	ASST BERGAMO EST	SI	AMBULATORIO TERRITORIALE DNA GAZZANIGA/ALZANO L.DO	X				
BERGAMO	ASST BERGAMO EST	SI	POLO TERRITORIALE - CENTRO DCA AMBULATORI E IN FASE DI AVVIO LA STRUTTURA DI RICOVERO - PIARIO	X				
BERGAMO	ASST BERGAMO EST	NO	OSPEDALE ALZANO L.DO					X
BERGAMO	ASST BERGAMO OVEST	SI	AMBULATORIO OSPEDALIERO - TREVIGLIO	X				
BERGAMO	ASST BERGAMO OVEST	SI	AMBULATORIO PSICHIATRICO BREMBATE	X				

BERGAMO	ASST BERGAMO OVEST	NO	OSPEDALE TREVIGLIO					X
BERGAMO	ASST PAPA GIOVANNI XXIII	SI	AMBULATORIO TERRITORIALE + MAC	X				
BERGAMO	ASST PAPA GIOVANNI XXIII	NO	POLO TERRITORIALE NPIA - équipe multiprofessionale	X				
BERGAMO	ASST PAPA GIOVANNI XXIII	NO	OSPEDALE PAPA GIOVANNI XXIII					X
BERGAMO	CDC PALAZZOLO	SI	RIABILITAZIONE SANITARIA	X	X		X	X
MILANO	ASST MELEGNANO E MARTESANA	SI	CENTRO DIAGNOSI E CURA DISTURBI ALIMENTAZIONE CON EQUIPE MULTIPROFESSIONALE PER DNA	X				
MILANO	ASST MELEGNANO E MARTESANA	NO	CENTRO DIAGNOSI E CURA DISTURBI ALIMENTAZIONE CON EQUIPE MULTIPROFESSIONALE PER DNA (LETTI INTERNISTICI)					X
MILANO	ASST NORD MILANO	SI	EQUIPE DNA SUI DUE CPS di Cologno M/se e Sesto San Giovanni	X				
MILANO	ASST SANTI PAOLO CARLO	SI	CENTRO DNA, EQUIPE DEDICATA CHE OPERA IN DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE E DIPENDENZE (PSICHIATRIA E NPIA)	X	X			X
MILANO	ASST SANTI PAOLO CARLO	SI	CENTRO DNA, EQUIPE DEDICATA CHE OPERA IN DIPARTIMENTO DELLA DONNA E MATERNO INFANTILE	X				X
MILANO	ASST SANTI PAOLO CARLO	SI	CENTRO DNA, EQUIPE DEDICATA CHE OPERA IN DIPARTIMENTO DI AREA MEDICA - SERVIZIO DIETETICO & NUTRIZIONE CLINICA E STRUTTURA COMPLESSA DI MEDICINA GENERALE	X	X			X
MILANO	ASST FATEBENEFRAELLI SACCO	SI	AMBULATORIO TERRITORIALE CON EQUIPE DEDICATA	X				
MILANO	ASST RHODENSE	SI	AMBULATORIO TERRITORIALE CON EQUIPE DEDICATA DI BOLLATE (CASSINA NUOVA)	X				
MILANO	ASST OVEST MILANESE	SI	AMBULATORIO OSPEDALIERO CON EQUIPE DEDICATA di CUGGIONO	X				

MILANO	AO NIGUARDA	SI	OSPEDALE PER ACUTI AMBULATORIO MAC/DH - SC Dietetica e Nutrizione Clinica	X	X			X
MILANO	ASST LODI	NO	AMBULATORIO di CPS CON EQUIPE DEDICATA	X				
MILANO	OSPEDALE MAGGIORE POLICLINICO CA' GRANDA	SI	AMBULATORIO CON EQUIPE DEDICATA	X				
MILANO	IRCCS SAN RAFFAELE TURRO	NO	AMBULATORIO- MAC/DH RIABILITAZIONE DISTURBI ALIMENTARI	X	X		X	
MILANO	CENTRO SANT'AMBROGIO FATEBENEFRATELLI	SI	SRP1- CRA Beato Olallo Valdes e CENTRO DIURNO		X	X		
MILANO	ISTITUTO AUXOLOGICO ITALIANO	SI	ATTIVITA' TERRITORIALE E OSPEDALIERIA CON EQUIPE DEDICATA AFFERENTE AL DIPARTIMENTO MEDICINA ENDOCRINO METABOLICA AMBULATORIO ADULTI E PEDIATRICI	X	X		X	

4. LA FUNZIONE DI CASE MANAGER PER I DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E DELL'ALIMENTAZIONE (DNA)

La figura del Case Manager ha lo scopo di garantire un accompagnamento continuativo del paziente e della sua famiglia, coordinando i diversi livelli di assistenza e ottimizzando l'efficacia degli interventi terapeutici. È il professionista incaricato di gestire il percorso di cura del paziente, garantendo il coordinamento degli interventi sanitari e sociali. Tale figura dovrebbe essere caratterizzata per: una conoscenza approfondita del modello organizzativo assistenziale (PDTA regionale e ATS); abilità nella gestione del follow-up dei pazienti con disturbi neuropsichiatrici; nozioni/conoscenza di diagnosi, terapia e riabilitazione dei DNA; capacità di gestione delle risorse e dei protocolli sanitari e sociali; esperienza nella collaborazione con il servizio sociale e con le strutture educative/lavorative. Le sue responsabilità includono: valutazione (all'interno dell'equipe multidisciplinare) dei bisogni del paziente e della sua famiglia; accompagnamento e coordinamento del percorso di cura dal primo accesso alla dimissione; orientamento del paziente verso i Servizi della rete più adeguati; interfaccia con i professionisti di *spoke* ospedalieri e *hub*; supporto ai *caregiver* e alle famiglie, favorendo il loro coinvolgimento attivo; gestione del follow-up a lungo termine per monitorare l'evoluzione clinica del paziente; coinvolgimento della scuola o dell'ambiente lavorativo per favorire l'inclusione sociale.

Il Case Management nella Struttura organizzativa:

- per i pazienti sotto i 18 anni: il Case Manager potrà essere un medico neuropsichiatra infantile afferente all'UONPIA o altra figura che opera all'interno del Servizio individuata dall'equipe referente del caso.
- Per i pazienti adulti che si rivolgono al CPS: il Case Manager potrà essere uno psichiatra o altra figura che opera all'interno del Servizio individuata dall'equipe referente del caso.

Il modello dovrebbe essere applicato a tutti i nodi della rete ai quali si può rivolgere il paziente e la sua famiglia; il Case Manager opererà all'interno di un'équipe multi-professionale dedicata ai DNA, istituita nei Servizi, e il coordinamento fra i livelli di cura seguirà il modello *step by step*, partendo da interventi meno intensivi e aumentando la complessità del trattamento in base alle condizioni del paziente. Tale specifica figura ha una importante funzione organizzativa nel migliorare l'integrazione delle informazioni cliniche con una maggiore attenzione ai bisogni del paziente e della sua famiglia, favorendo una rapida presa in carico del paziente nei diversi passaggi della cura dei DNA. Minimizzando l'effetto della frammentazione delle cure e garantendo continuità assistenziale si può ottenere, infatti, un aumento della soddisfazione del paziente e della famiglia riguardo al percorso terapeutico con un conseguente miglioramento dell'efficienza delle cure e delle risorse sanitarie disponibili.

L'introduzione della figura del Case Manager rappresenta un'opportunità per ottimizzare il percorso di cura dei pazienti con DNA, garantendo una presa in carico più efficiente, integrata e centrata sul paziente.

5. SERVIZI AMBULATORIALI

5.1. Responsabilità degli Ambulatori per la diagnosi e il trattamento dei Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione

I Servizi ambulatoriali specialistici per i DNA devono svolgere l'attività ambulatoriale specialistica di diagnosi, trattamento e riabilitazione del disturbo: in essi operano, sinergicamente, professionisti di diverse discipline e professioni, adeguatamente formati. Tali Servizi rappresentano il punto di riferimento per i medici di assistenza primaria ed i pediatri di libera scelta e sono deputati alla valutazione diagnostica, alla presa in carico multidisciplinare, alla definizione, attuazione e verifica del progetto terapeutico-riabilitativo personalizzato, al coordinamento del caso con gli altri attori della rete e con il contesto di vita, nonché al monitoraggio e al follow-up in collaborazione con il medico curante. I Servizi ambulatoriali specialistici per i DNA si possono avvalere anche di altri professionisti (altre professioni e/o altre specializzazioni), qualora il quadro clinico lo richiedesse.

Gli ambulatori delle Aziende Socio-Sanitarie Territoriali (ASST) regionali e dei privati accreditati/contrattualizzati presentano delle peculiarità specifiche che meritano approfondimenti anche tramite la visione delle Carte dei Servizi dei singoli enti per avere una comprensione approfondita delle modalità operative adottate.

Le linee d'indirizzo nazionali (Ministero della Salute, 2013a; 2013b; 2017) e le linee guida internazionali (APA, 2023; Royal College of Psychiatrists, 2022; Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists, 2014; National Institute for Health and Care Excellence, 2017) condividono l'idea che l'intervento ambulatoriale multidisciplinare integrato costituisca il pilastro della rete dei Servizi dedicati al trattamento dei DNA. Il trattamento ambulatoriale è quello che interferisce in minor misura sulla vita dei giovani pazienti e sulle famiglie ed è pertanto il trattamento di prima scelta. Inoltre, la maggioranza dei soggetti che soffrono di DNA ha mostrato di rispondere efficacemente alle diverse tipologie di trattamento ambulatoriale. Solo nelle situazioni di acuzie, di grave deperimento organico, di assenza di motivazione al trattamento o in casi in cui il trattamento ambulatoriale non abbia funzionato dovrà essere preso in considerazione un livello più intensivo, come il *day-hospital* o il percorso residenziale o semi-residenziale o il ricovero ordinario. Questi livelli non sono slegati e rappresentano ciascuno la risposta più appropriata sulla base delle specifiche caratteristiche del paziente e delle fasi di malattia.

L'ambulatorio è il fondamento dell'attività diagnostico-terapeutica e svolge funzione di filtro per i successivi livelli di cura. In questo livello di trattamento non è necessario un monitoraggio quotidiano delle condizioni psico-fisiche del paziente perché la sintomatologia è sufficientemente stabile: inoltre, è rilevabile una buona motivazione al trattamento. Non è adatta la presa in carico ambulatoriale per pazienti che presentano:

- gravi alterazioni dei parametri ematochimici e internistici;
- intenzionalità/progettualità suicidaria;
- disabilità intellettiva moderata/grave;
- comorbidità con disturbi mentali e/o patologie organiche gravi o difficilmente gestibili in ambulatorio;
- presenza di rilevanti comportamenti antisociali;
- totale rifiuto delle cure e delle valutazioni diagnostiche ritenute indispensabili.

Il percorso ambulatoriale non è appropriato nemmeno per pazienti gravemente sottopeso, a meno che non sia riscontrabile un'alta *compliance* alla cura, il sostegno della famiglia e sia disponibile il ricovero immediato nel caso di peggioramento improvviso.

In ambulatorio devono essere fornite ai pazienti e ai loro familiari le valutazioni mediche e psichiatriche/neuropsichiatriche adeguate, i trattamenti psicoterapeutici consigliati dalle linee guida e un trattamento nutrizionale individualizzato. Per questo l'équipe multidisciplinare dell'ambulatorio specialistico dovrebbe essere composta da almeno un medico psichiatra/neuropsichiatra infantile, un medico di area internistica/pediatria (con documentata esperienza di nutrizione clinica), uno psicologo psicoterapeuta individuale/familiare/di gruppo e un dietista. A ciò si possono aggiungere figure come l'educatore professionale, il tecnico della riabilitazione psichiatrica, gli infermieri e i medici di varie specializzazioni (ginecologia, diabetologia...). Tutti gli operatori coinvolti devono avere una formazione specialistica nel trattamento dei DNA.

I trattamenti ambulatoriali prevedono, generalmente, percorsi psicoterapeutici individuali, familiari e di gruppo; interventi di valutazione e monitoraggio psichiatrico/neuropsichiatrico con eventuale trattamento psicofarmacologico; interventi di valutazione e trattamento internistico/pediatico; trattamento nutrizionale e dietetico; interventi psicoeducativi.

5.2. Modalità di accesso

Per le modalità di accesso e di primo contatto si rimanda alle modalità indicate sui siti web aziendali e sulla Carta dei servizi dei singoli enti.

5.3. Fase di accoglienza

Il primo contatto avviene con Psichiatra/NPI/Psicologo-Psicoterapeuta il/i quale/i, oltre ad un primo inquadramento generale, spiega/no al paziente ed ai suoi familiari le modalità di organizzazione

dell'ambulatorio e pianifica/no i successivi controlli attivando gli specialisti che ritiene/engono opportuno coinvolgere.

5.4. Fase diagnostica e di orientamento

In questa fase, si valuta il paziente a livello psichiatrico/neuropsichiatrico, internistico/pediatrico, dietistico/nutrizionale e psicologico al fine di formulare una diagnosi di stato riguardo al DNA, di valutare eventuali comorbidità organiche e psichiatriche e definire, di conseguenza, il livello di trattamento più adeguato a quel paziente in quel momento. Oltre al paziente - nel caso di minorenni - la valutazione dovrebbe comprendere necessariamente anche la famiglia; nel caso di adulti è altamente auspicabile che siano compresi i familiari e/o il partner a seconda del caso. Le figure professionali che generalmente partecipano al processo di *assessment* e che effettuano gli accertamenti diagnostici indispensabili sono il medico psichiatra/neuropsichiatra infantile, il medico di area internistica/pediatrica, lo psicologo psicoterapeuta individuale/familiare/di gruppo e il dietista. In considerazione delle particolari caratteristiche psicopatologiche e di complessità del disturbo appare fondamentale l'importanza del primo contatto con il paziente per stabilire una buona relazione terapeutica.

5.5. Valutazione psichiatrica/neuropsichiatrica

Il medico psichiatra/NPI effettua una prima visita di valutazione del quadro clinico e del relativo livello di gravità. Racchiudendo in sé sia competenze mediche che psichiatriche, rappresenta la figura ideale per poter effettuare una valutazione integrata del paziente con DNA, sia nella fase iniziale del percorso di cura, sia durante il monitoraggio clinico successivo. In particolare, si occupa di:

- formulare una diagnosi accurata del disturbo alimentare, differenziandolo da altre condizioni e identificando eventuali comorbidità in accordo con i criteri dei Manuali Diagnostici aggiornati;
- individuare eventuali urgenze psichiatriche e internistiche ed indirizzare il paziente ad ulteriori approfondimenti (esami ematochimici, strumentali e visite specialistiche) ritenuti necessari e monitorare l'evoluzione clinica nel tempo;
- impostare, se ritenuto necessario, una terapia farmacologica; in molti casi, il trattamento farmacologico è un valido supporto alla psicoterapia, sia nella gestione di sintomi come ansia, insonnia, depressione e ossessioni/compulsioni, spesso presenti nei DNA, ma anche per la gestione di vari sintomi psicopatologici specifici del DNA (es. pensieri intrusivi, ideazione prevalente/dominante su cibo e forma del corpo, comportamenti impulsivi e compulsivi ecc.);
- interagire con i familiari ove presenti (indispensabile in caso di minori) per un primo feedback di quanto riscontrato durante la prima visita;
- attivare lo psicologo per un primo colloquio e per l'approfondimento psicodiagnostico, anche mediante la testistica prevista, e il dietista per una valutazione dietetica e per la successiva stesura di un programma nutrizionale individualizzato;
- accertare la *compliance* del paziente al trattamento favorendone l'ingaggio e la motivazione;
- collaborare strettamente con gli altri professionisti coinvolti nel trattamento per favorire l'integrazione del lavoro svolto dall'équipe multiprofessionale (Abbate-Daga et al., 2023; Sadock et al., 2018).

Un approccio di questo tipo risulta indispensabile per affrontare le complesse interazioni fra i fattori biologici, psicologici e sociali che caratterizzano questi disturbi permettendo la creazione delle migliori condizioni per offrire ai pazienti un trattamento completo e personalizzato, aumentando le possibilità di recupero e di miglioramento della qualità di vita (Abbate-Daga et al., 2023; Sadock et al., 2018).

5.6. Valutazione psicologica individuale

L'intervento psicologico si sviluppa attraverso colloqui di *assessment* e una valutazione testistica appropriata. Le principali aree su cui si focalizzano i colloqui clinici con lo psicologo sono:

- problema riportato dal paziente;
- sintomatologia alimentare;
- storia di vita, delle relazionali familiari e delle risorse attuali e pregresse;
- altra sintomatologia e comportamenti a rischio;

- storia dei precedenti trattamenti;
- storia medica pregressa;
- teorie individuali e familiari sulla malattia;
- motivazione al trattamento;
- aspettative;
- eventuali altri contenuti proposti dal paziente.

I reattivi psicologici, tendenzialmente selezionati in funzione della competenza dello psicologo ma che devono coprire tutte le aree cliniche di interesse prioritario, permettono di approfondire aspetti specifici del DNA, caratteristiche della struttura di personalità, dell'esame di realtà, del modo in cui la persona percepisce sé e gli altri e del funzionamento cognitivo. Nell'ambito del DNA è utile somministrare una batteria psicodiagnostica "base" per indagare l'area specifica del disturbo. Lo psicologo può decidere di integrare l'approfondimento psicodiagnostico con strumenti che permettano di valutare altri aspetti ritenuti significativi per la situazione in esame. Nell'approfondimento psicodiagnostico si possono utilizzare, in base all'utilità clinica e all'organizzazione dei singoli ambulatori, test che valutano la Psicopatologia del DNA e l'insoddisfazione corporea, la funzione riflessiva, la disregolazione emotiva, l'alessitimia, la disforia di genere, l'autolesionismo, etc. Si rimanda all'appendice allegata per una trattazione più approfondita dell'argomento.

5.7. Valutazione psicologica familiare

All'interno del percorso di valutazione individuale è comunque imprescindibile garantire la conoscenza delle dinamiche familiari a partire da incontri con la famiglia nel suo insieme, i singoli familiari (e/o il partner) per fornire, preliminarmente, un approccio psico-educazionale sul DNA e, qualora necessario, un intervento specifico rivolto alla famiglia o al singolo familiare che necessiti di trattamento. Tale approccio può permettere di meglio comprenderne il funzionamento e dedicarvi almeno una seduta durante la quale l'équipe indagherà su queste aree: ricostruzione della storia familiare con particolare rilevanza agli eventi che hanno preceduto l'inizio della patologia; osservazione della struttura familiare; fase del ciclo vitale; dinamiche nella relazione di coppia; livello di emotività espressa; tentativi messi in atto per affrontare la situazione; risorse disponibili. È necessario inoltre indagare la storia familiare rispetto ai disturbi psichiatrici in comorbidità, quali altri disturbi, disturbo correlato all'uso di alcool o sostanze, obesità, interazioni familiari rispetto al disturbo del soggetto, atteggiamenti della famiglia verso l'alimentazione, l'esercizio e la forma fisica, oltre che individuare *stressors* familiari che possano favorire o ostacolare la guarigione.

Nel caso di pazienti adulti con un legame stabile, la valutazione si incentrerà sulla relazione di coppia per verificare da un lato l'eventuale funzione protettiva del sintomo e, dall'altro, le risorse che il partner può mettere a disposizione nel processo di guarigione.

Il coinvolgimento della famiglia risulta inevitabile nel trattamento durante tutta l'età evolutiva.

Tra gli altri, per la valutazione del sistema familiare, è possibile l'utilizzo di test come il *Parental Bonding Instrument* (PBI), validato in italiano da Scinto et al., (1999). È un questionario self-report di 25 items con risposte su una scala a 4 punti (da molto vero a molto falso) che rileva la relazione affettiva che gli adolescenti percepiscono di avere con i propri genitori oppure valuta, negli adulti, la tipologia di legame instaurato con i propri genitori, indagata attraverso il ricordo della relazione con loro durante i primi 16 anni di vita. È uno strumento che mette in evidenza la natura dei legami affettivi primari. Misura due dimensioni: la cura e l'iperprotezione, sia per la figura materna che paterna. Ne derivano quattro tipi di legami affettivi:

- Affettuoso/costrittivo (alta cura, associata ad alta iperprotezione) con genitori affettuosi e a tal punto coinvolti da avere un contatto eccessivo e intrusivo che scoraggia l'autonomia del figlio.
- Ottimo (alta cura associata a bassa iperprotezione), con scambi caldi e affettuosi e un genitore che incoraggia a esplorare il mondo esterno.
- Controllo senza affetto (bassa cura associata ad alta iperprotezione), caratterizzato da freddezza, indifferenza, rifiuto. L'iperprotezione del genitore è intesa a scoraggiare la messa in atto di comportamenti di svincolo e autonomizzazione. È statisticamente correlato all'area della "Dipendenza da sostanze", ai "Disturbi dell'umore" e ai "Disturbi della condotta alimentare".

- Debole/rifiutante (bassa cura associata a bassa iperprotezione), caratterizzato da relazioni improntate alla freddezza e all'indifferenza nei confronti del bisogno di attaccamento dei figli: pur stimolandoli all'autonomia, queste possono preludere all'insorgere di disturbi psicopatologici.

5.8. Valutazione dietistica e internistico/pediatrica

In parallelo alla valutazione psicologica si attiva anche quella internistico/pediatrica e dietistica. La valutazione internistico pediatrica ha lo scopo di indagare precocemente il rischio nutrizionale ed eventuali situazioni di rischio clinico legate ai comportamenti disfunzionali del paziente (es. disonie potenzialmente mortali nei pazienti *binge purging*). È necessario un approfondimento del rischio organico attraverso esami di laboratorio e strumentali e una valutazione medica internistica o pediatrica. Il compito del dietista, in questa fase, consiste nella raccolta dell'anamnesi alimentare e, di concerto con il medico internista/pediatra, nella stesura di un programma nutrizionale individualizzato. La valutazione dello stato nutrizionale comprende inizialmente il calcolo del BMI, la rilevazione delle misure antropometriche e anche la rilevazione della storia del peso corporeo. È inoltre importante una valutazione della condotta alimentare e un'attenta anamnesi nutrizionale quali-quantitativa. Il trattamento nutrizionale è effettuato con approcci che possono essere utilizzati in combinazione fra di loro e sono rappresentati essenzialmente da un *counseling* nutrizionale rivolto ai pazienti e ai loro familiari e da un attento lavoro sui fattori di mantenimento, comportamentali e cognitivi, della psicopatologia del DNA. L'approccio non dovrebbe basarsi sul modello tradizionale dietetico prescrittivo ma utilizzare strategie e procedure psicologiche (per es., quelle derivate dalla CBT-E o dal TFC o dal colloquio motivazionale). Tali indicazioni sono valide sia per il trattamento della malnutrizione per difetto (anoressia nervosa e bulimia nervosa) sia di quella per eccesso che caratterizza il disturbo da Binge Eating.

5.9. Discussione del caso

Dalla successiva discussione in équipe dei dati clinici e psicodiagnostici, si arriva alla definizione di una diagnosi, sia dello specifico DNA, sia della struttura di personalità sottostante, e alla formulazione di un programma terapeutico individualizzato o all'invio a strutture specializzate.

5.10. Fase di terapia

La fase di terapia comprende i controlli psichiatrici, i controlli medici, gli interventi psicologici e il lavoro dietistico. Il controllo psichiatrico ha lo scopo di monitorare l'efficacia e la tollerabilità della terapia farmacologica, o di impostarla se non è già avvenuto nella fase precedente, accertare la compliance del paziente al trattamento favorendone l'ingaggio e valutare nel tempo la situazione clinica globale, nonché favorire l'integrazione del lavoro svolto dall'équipe multiprofessionale. I controlli medici consentono di valutare la condizione organica del paziente. Gli interventi psicologici (colloqui clinici, psicoterapia individuale/familiare, colloqui con i familiari, interventi psico-educativi individuali e di gruppo per i pazienti e le loro famiglie) si pongono i seguenti principali obiettivi: favorire la motivazione al cambiamento; intervenire sulle difficoltà relazionali e sui nuclei psicopatologici tipici nel DNA; modificare le dinamiche familiari disfunzionali. Il coinvolgimento della famiglia risulta essenziale nel trattamento durante tutta l'età evolutiva. L'intero trattamento è volto alla *recovery* psico-sociale per cui, fra gli obiettivi, vi sono anche il reinserimento sociale e il mantenimento/ripresa di un'attività di studio/lavorativa. Il lavoro del dietista si pone come obiettivo di migliorare le abitudini alimentari del paziente e il suo rapporto con il cibo. Il trattamento nutrizionale viene effettuato con vari approcci, che possono essere utilizzati in combinazione fra di loro, e sono rappresentati essenzialmente da un *counselling* nutrizionale rivolto ai pazienti e ai loro familiari, da un attento lavoro sui fattori di mantenimento (quali sintomi da digiuno o da iperalimentazione) e sui comportamenti disfunzionali.

5.11. Interventi psicologici individuali e familiari

I principali trattamenti *evidence-based* per i DNA, la cui efficacia è stata dimostrata da rigorosi studi randomizzati e controllati, sono di natura psicologica e sono stati progettati principalmente per essere somministrati a livello ambulatoriale. I modelli di intervento più studiati e con le maggiori prove di efficacia

sono: la terapia cognitivo-comportamentale potenziata (CBT-E) (Fairburn, 2008; Dalle Grave, Sartirana & Calugi, 2020) e la terapia familiare (FBT) (Lock & Le Grange, 2013; 2019). Altre psicoterapie, come quella interpersonale (Murphy et al., 2012) e dialettico comportamentale (Telch, Agras & Linehan 2001; Safer, Telch & Chen, 2009) hanno dimostrato risultati preliminari promettenti.

È importante però, ricordare come i DNA si caratterizzino spesso per un'ampia gamma di disturbi in comorbidità e caratteristiche personologiche complesse che non sono frequentemente valutate negli studi di efficacia. Le revisioni, pertanto, hanno messo in luce la necessità di adattare il percorso clinico alle caratteristiche del singolo paziente e l'importanza di trovare, pertanto, anche nuove opzioni psicoterapeutiche.

5.12. Trattamento psicologico per l'Anoressia Nervosa

Nel percorso psicologico di adulti con anoressia nervosa sono consigliate tre forme di terapia: la terapia cognitivo-comportamentale potenziata (CBT-E), il Trattamento Maudsley dell'anoressia nervosa per adulti (MANTRA) e la Gestione Clinica Specialistica di Supporto (SSCM). Se questi tre trattamenti non sono accettati, sono controindicati o inefficaci può essere considerata la terapia psicodinamica focale (FPT).

La CBT-E (Fairburn, 2008; Dalle Grave, Sartirana & Calugi, 2020) per adulti con anoressia nervosa tipicamente consiste in un massimo di 40 sessioni nell'arco di 40 settimane, con incontri bisettimanali nelle prime 2 o 3 settimane. L'intervento psicoterapeutico CBT-E ha i seguenti tre obiettivi principali: rimuovere la psicopatologia del DNA (alimentazione disturbata, peso insufficiente, comportamenti estremi di controllo del peso e preoccupazioni su alimentazione, forma e peso); correggere i meccanismi che hanno mantenuto la psicopatologia specificata nella formulazione del caso del paziente; assicurare che i cambiamenti siano duraturi nel tempo. La CBT-E si articola in tre fasi: la fase iniziale ha l'obiettivo di coinvolgere i pazienti e di aiutarli a prendere la decisione di riacquisire peso, affrontando la psicopatologia del disturbo alimentare. La seconda fase si concentra sul raggiungimento del recupero del peso e, allo stesso tempo, si rivolge ai meccanismi chiave che mantengono la psicopatologia del disturbo alimentare. L'obiettivo è quello di aiutare i pazienti a raggiungere un peso corporeo che possa essere mantenuto senza restrizioni dietetiche, con conseguente miglioramento della qualità di vita, anche sociale. La terza ed ultima fase si concentra sull'aiutare i pazienti a mantenere il proprio peso. L'obiettivo è garantire che i progressi siano mantenuti e che il rischio di ricaduta sia ridotto al minimo. Questo intervento mira a ridurre il rischio per la salute fisica e qualsiasi altro sintomo derivante dal DNA, incoraggia un'alimentazione sana e il raggiungimento di un peso corporeo adeguato. La CBT-E utilizza strumenti come la psico-educazione nutrizionale e la ristrutturazione cognitiva per favorire il miglioramento dell'autostima, della regolazione dell'umore e delle abilità sociali. Infine, affronta il perfezionismo, la preoccupazione per l'immagine corporea e ha un modulo specifico sulla prevenzione delle ricadute.

Il trattamento MANTRA (Schmidt, Startup & Treasure, 2018) per adulti con anoressia nervosa consiste in 20 sessioni. Scopo del trattamento è motivare il paziente alla ri-alimentazione e incoraggiarlo a sviluppare una "identità non anoressica". Comprende il coinvolgimento dei familiari. È un percorso personalizzato per adattarsi ai sintomi clinici, alle caratteristiche di personalità e al profilo neuropsicologico dei pazienti. È stato ideato per affrontare alcuni meccanismi di mantenimento dell'AN come lo stile di pensiero, lo stile emotivo/relazionale, le risposte degli altri al disturbo e le credenze sull'utilità dell'AN nella vita della persona. Lo *Specialist Supportive Clinical Management* (SSCM) (Bulik, Jordan & McIntosh, 2015) mira a ripristinare il peso attraverso la psico-educazione e la consulenza nutrizionale. Questo intervento si pone come obiettivo quello di aiutare le persone a cambiare l'alimentazione fornendo informazioni, rassicurazioni e consigli sull'anoressia nervosa, la dieta e il peso, e affrontando problemi personali che possono essere rilevanti all'interno di una relazione terapeutica supportiva.

Per l'anoressia nervosa nei bambini, negli adolescenti e nei giovani adulti è raccomandato, come intervento di prima scelta, il trattamento basato sulla famiglia (FBT-AN). Se questo trattamento non è accettato, è controindicato o inefficace, può essere considerata la CBT-ED.

La FBT-AN (Lock & Le Grange, 2013; 2019) si caratterizza per la strutturazione in una ventina di sedute settimanali nell'arco di un anno ed enfatizza il ruolo dei genitori/*caregivers* nell'aiutare la persona a guarire promuovendo la psico-educazione familiare. Questo intervento sollecita i genitori ad aiutare il figlio a

superare la patologia e si struttura in tre fasi. La prima si concentra sul ripristino del peso del paziente da parte dei genitori che assumono il controllo della sua alimentazione. Nella prima seduta, il terapeuta sottolinea la gravità dell'AN per aumentare l'urgenza e la responsabilità delle figure genitoriali. Si adotta un approccio agnostico, sottolineando che le cause dell'AN sono sconosciute con lo scopo di alleviare il senso di colpa dei genitori. Il terapeuta esternalizza il disturbo alimentare, inquadrandolo come separato dal paziente e non sotto il suo controllo. La seconda sessione della prima fase prevede un pasto in famiglia e consente al clinico di valutare e intervenire sulle dinamiche familiari che possono influenzare il ripristino del peso. La fase 2 inizia quando il paziente è tornato ad alimentarsi senza resistenza e si è verificato un costante aumento di peso. Questo secondo momento della terapia si concentra nell'aiutare i genitori a restituire al paziente il controllo dell'alimentazione in un modo che sia adeguato all'età e coerente con la gestione familiare. La fase 3 inizia quando si è acquisito il ripristino del peso, i comportamenti derivanti dall'AN sono scomparsi e il paziente sta gestendo da solo il cibo e l'esercizio fisico. Questa parte si concentra sull'affrontare tappe adolescenziali che l'AN ha bloccato.

Nel caso in cui la FBT-AN non fosse efficace o controindicata, è necessario prendere in considerazione un percorso CBT-E (Dalle Grave, Calugi & Sartirani, 2018).

5.13. Trattamento psicologico per la Bulimia Nervosa

Per gli adulti con bulimia nervosa va considerato come intervento di prima scelta l'auto-aiuto guidato (GSH) basato sulla CBT. Se questo trattamento non è accettato, è controindicato o inefficace, può essere considerata la CBT-E.

Per la bulimia nervosa vi sono comunque forti evidenze a favore dell'utilizzo della CBT-E (Fairburn, 2008; Dalle Grave, Sartirani & Calugi, 2020) e pertanto, in assenza di gravi complicanze mediche e di comorbidità psichiatrica, questo intervento può essere considerato di elezione.

La terapia interpersonale (IPT) (Murphy et al., 2012) è un altro modello di psicoterapia che ha dimostrato una buona efficacia nel trattamento della bulimia nervosa. L'IPT ha l'obiettivo di aiutare la persona a identificare e a modificare i problemi interpersonali attraverso un intervento non direttivo e non interpretativo. L'intervento applicato nella bulimia nervosa consiste in 15-20 sessioni della durata di 50 minuti per un periodo di 4-5 mesi. Il trattamento è diviso in tre fasi. La prima ha l'obiettivo di identificare i problemi interpersonali che contribuiscono al mantenimento del DNA, classificati in quattro categorie: lutti non risolti, dispute interpersonali, difficoltà a stabilire o mantenere rapporti, problemi inerenti alle fasi di transizione della vita. Nella seconda fase, uno o più di questi problemi diventano l'obiettivo del trattamento e il paziente è incoraggiato a riflettere profondamente su di essi e su come affrontarli. Nella terza fase si rivedono i risultati ottenuti e si prepara la conclusione della terapia.

Promettenti risultati preliminari sono stati ottenuti dalla terapia dialettico comportamentale (DBT) che si focalizza sul miglioramento della regolazione emotiva (Telch, Agras & Linehan, 2001; Safer, Telch & Chen, 2009).

Nel caso del trattamento psicologico della bulimia nervosa in bambini e adolescenti, le linee guida raccomandano la Terapia Familiare focalizzata sulla Bulimia Nervosa (FBT-BN) (Le Grange & Lock, 2009). Nel caso in cui la FBT-BN fosse controindicata o inefficace, è importante prendere in considerazione la CBT-Ea (Dalle Grave, Calugi & Sartirani, 2018). Anche nella CBT-Ea ci sono varie sessioni con genitori e familiari significativi in cui si fornisce un intervento di psico-educazione sui DNA e si identificano i fattori familiari che potrebbero fungere da fattori di mantenimento del DNA.

La psicoterapia di gruppo, il Self-help e risorse online possono essere utili complementi per alcuni pazienti.

5.14. Trattamento psicologico del Binge Eating Disorder (BED)

Nel trattamento psicologico del Binge Eating (BED) è raccomandato, come prima scelta, un programma guidato di auto-aiuto (GSH) (Striegel-Moore et al., 2009; 2010) per adulti basato sulla terapia cognitivo comportamentale. Se questo trattamento non è accettato, è controindicato o inefficace, può essere considerata la CBT-E di gruppo. I programmi CBT di gruppo consistono in 16 sessioni di gruppo settimanali da 90 minuti nell'arco di 4 mesi, con un focus sulla psico-educazione, sull'automonitoraggio del comportamento alimentare e sull'aiutare la persona ad analizzare i propri problemi e obiettivi, identificando le cause che

portano alle condotte di abbuffata e includendo la stesura di un piano di assunzione alimentare giornaliero. Se la CBT di gruppo non è disponibile o la persona la rifiuta, va considerata la CBT-E individuale.

La IPT (Murphy et al., 2012) e la DBT (Telch, Agras & Linehan, 2001; Safer, Telch & Chen, 2009) hanno mostrato efficacia nel trattamento dei sintomi comportamentali e psicologici. L'IPT, sia individuale sia di gruppo, ha dato risultati positivi per quanto riguarda la remissione degli episodi di abbuffata e il miglioramento della psicopatologia. La DBT si occupa in maniera specifica della gestione delle emozioni, insegnando al paziente ad aumentare la sua capacità di regolarle.

Per il disturbo da Binge Eating nei bambini e negli adolescenti sono fornite le stesse indicazioni degli adulti.

5.15. Gruppi di psico-educazione per la famiglia

I DNA hanno un forte impatto sia sul benessere dell'individuo che ne è affetto che su quello delle figure significative a livello familiare ed è pertanto importante includere nel trattamento il lavoro con le famiglie.

L'intervento psicoeducativo è volto a fornire ai familiari, da un lato, le informazioni utili a comprendere il disturbo e, dall'altro, le competenze per favorire la riduzione dello stress, il recupero di un senso di autoefficacia personale, il potenziamento della capacità di supportare la persona malata e lo sviluppo di cicli interpersonali positivi. Diversi studi indicano che, se i familiari sono coinvolti attivamente nel trattamento, i risultati sono migliori rispetto a quando si interviene esclusivamente sulla persona con diagnosi di DNA, soprattutto se ciò avviene nella prima fase della malattia.

L'attività psicoeducativa di gruppo si concretizza in un ciclo di incontri focalizzati su specifici temi. La parte di tipo informativo può coinvolgere varie figure professionali, generalmente psicologo, medico, dietista, e affronta temi come il modello biopsicosociale alla base dell'eziopatogenesi del disturbo, le complicanze mediche, i livelli di cura possibili, la gestione dei pasti, i pensieri disfunzionali associati ai comportamenti alimentari. L'obiettivo di questi incontri è permettere alla famiglia di comprendere il disturbo per potersi ingaggiare come risorsa nel percorso di supporto alla persona malata.

Vi è poi una parte di *skills training*, gestita dallo psicologo, in cui si aiutano i familiari a capire quali sono i loro stili di cura, a valutare se sono funzionali o se è utile sperimentarne di nuovi, provando anche ad impegnarsi nel cambiamento delle modalità relazionali e comunicative; si lavora inoltre sul riconoscimento delle emozioni proprie ed altrui e sulla loro gestione.

Il confronto fra pari offerto dal contesto gruppalmente permette inoltre, grazie al rispecchiamento nell'altro, di acquisire maggiore consapevolezza di sé e, generalmente, favorisce la comprensione reciproca e lo sviluppo di dinamiche di mutuo aiuto. Ciò contribuisce ad alleviare le emozioni negative, come la colpa, spesso presenti nei dolorosi vissuti dei familiari.

Schmidt, Startup & Treasure (2018) hanno sviluppato un modello di trattamento interpersonale del disturbo alimentare secondo il quale la qualità della relazione fra il familiare e la persona con DNA svolge un ruolo fondamentale nel mantenimento dei sintomi. Queste osservazioni hanno contribuito allo sviluppo del New Maudsley Model (Treasure, Smith & Crane, 2021; Treasure, Troiani & Stefanini, 2024) che si pone come un intervento strutturato finalizzato ad offrire, a chi vive a stretto contatto con la persona con disturbo della nutrizione e dell'alimentazione, le abilità necessarie per interrompere il perpetuarsi di fattori relazionali di mantenimento del disturbo e supportare il cambiamento della persona malata. Viene pertanto offerto ai *carers* un breve corso per la gestione dei DNA il cui scopo mira a promuovere il sostegno reciproco fra i partecipanti e perseguire un obiettivo di accrescimento del senso di autoefficacia personale attraverso la conoscenza del problema e l'acquisizione degli strumenti per fronteggiarlo.

Un altro modello di intervento psicoeducativo di gruppo è rappresentato dalla Riabilitazione Psico-nutrizionale Progressiva (Salvo, 2018). Il percorso è costituito da un ciclo strutturato di incontri con argomenti prefissati articolati in sedici unità. Il programma può essere svolto integralmente o in formato ridotto selezionando le unità che si ritengono più utili.

5.16. Terapia farmacologica dei Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione

Come già ampiamente sottolineato in altre parti del PDTA, i Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione sono patologie psichiatriche complesse, ad eziologia multifattoriale. Anche la terapia è complessa e articolata

e prevede, anzitutto, il ricorso alla psicoterapia oltre agli approcci nutrizionali. Anche gli agenti psicofarmacologici, tuttavia, possono svolgere un ruolo importante nel trattamento dei DNA. Esiste infatti una letteratura di lunga data e abbastanza consistente sull'impatto dei farmaci per i vari sintomi dei disturbi alimentari, oltre che per il trattamento delle comorbidità spesso associate (Muratore & Attia, 2022). A seguire si fa cenno, sinteticamente, ai principali farmaci utilizzati nel trattamento dei più noti e diffusi DNA:

1. Farmacoterapia dell'Anoressia Nervosa

Pur non essendoci ad oggi farmaci ufficialmente approvati o specificamente raccomandati per trattare l'anoressia nervosa (AN), nei contesti clinici si riscontrano alti tassi di utilizzo di trattamenti farmacologici, in particolare come componenti essenziali di trattamenti multidisciplinari (Clausen et al., 2023; Himmerich et al., 2023; National Institute for Health and Clinical Excellence, 2017). Gli esperti attribuiscono alcune delle difficoltà nel trovare farmaci efficaci per l'AN agli effetti della grave malnutrizione (Muratore & Attia, 2022). A ciò si aggiunga che le caratteristiche cliniche dei pazienti con AN, come l'egosintonia e l'intensa paura di aumentare di peso con i farmaci, sono una delle numerose barriere che scoraggiano il loro reclutamento negli studi clinici. Quasi tutti i trial clinici randomizzati (RCT) effettuati per testare i farmaci per l'AN, sono stati effettuati non recentemente e si tratta di studi di piccole dimensioni e con follow-up a breve durata che hanno riportato effetti non significativi sul peso e sulla psicopatologia dei DA (Himmerich et al., 2023). Da più recenti RCT che hanno valutato l'utilità dei farmaci antipsicotici (ad es., quetiapina, risperidone, aripirazolo, ecc.) è stato riscontrato un beneficio soprattutto dall'uso di olanzapina, in termini di aumento di peso statisticamente significativo, maggiore rispetto al placebo, oltre a benefici in termini di riduzione dell'iperattività fisica (Fornaro et. al, 2023; Han, Qingtao & Hao, 2022; Attia et al., 2019). Altre categorie di farmaci ampiamente rappresentate nella pratica clinica sono gli antidepressivi (ad es., fluoxetina, sertralina, mirtazapina, ecc.), gli ansiolitici (ad es., benzodiazepine e gabapentinoidi) e gli stabilizzanti dell'umore (ad es., litio), la cui utilità risulta spesso imprescindibile in presenza di comorbidità (ad es., disturbi d'ansia, disturbi dell'umore, disturbi di personalità, comportamenti autolesionistici, ecc.), di frequente riscontro in pazienti con AN o altri DA (Grilo & Pittman, 2024; Fornaro et. al, 2023; Muratore & Attia, 2021).

2. Farmacoterapia della Bulimia Nervosa

Negli ultimi due decenni si sono verificati pochissimi progressi nello sviluppo di approcci farmacologici validi per la Bulimia Nervosa (BN). Ad oggi solo un farmaco, la fluoxetina, è stato ufficialmente approvato dagli enti regolatori con un'indicazione specifica per la BN. Diversi RCT hanno infatti rilevato la superiorità di questa molecola rispetto al placebo nel ridurre la frequenza degli episodi di abbuffate e di vomito e nel ridurre la psicopatologia del DA (Grilo & Pittman, 2024; Fornaro et. al, 2023). Anche altri antidepressivi hanno ricevuto la massima attenzione come possibili trattamenti farmacologici per la BN. Mentre l'uso dei tricyclici è limitato dai potenziali effetti avversi, gli antidepressivi di ultima generazione come gli SSRI (ad es., sertralina) risultano solitamente ben tollerati. Questa spinta al loro utilizzo è stata motivata sia dai modelli neurobiologici in cui le alterazioni nei sistemi serotonergico e noradrenergico contribuirebbero ad alcuni dei comportamenti alimentari che risultano disregolati nella BN, sia in relazione ad osservazioni cliniche riguardanti alti tassi di comorbidità con depressione, disturbi d'ansia, disturbi ossessivi, ecc. Stante alcune evidenze positive, i risultati non sono stati conclusivi (Grilo & Pittman, 2024; Himmerich et al., 2023). Il topiramato, un farmaco antiepilettico, ha dimostrato efficacia in alcuni studi nel ridurre la frequenza di abbuffate e vomito, ma si tratta di RCT di ridotte dimensioni e ci sono limiti nell'utilizzo correlati ai potenziali effetti avversi (Himmerich et al., 2023). Sono emerse evidenze incoraggianti anche in merito all'efficacia del naltrexone nella riduzione di abbuffate alimentari e di comportamenti purgativi (Stancil et. al, 2019).

3. Farmacoterapia del Binge Eating Disorder (BED)

In Italia non è attualmente disponibile un farmaco con indicazione specifica per il Disturbo da Binge Eating. Nel 2015, l'ente regolatore del farmaco americano (*Food and Drug Administration* - FDA) ha approvato la lisdexamfetamina dimesilato come primo e - fino ad oggi - unico farmaco con un'indicazione specifica per il BED, da grave a moderato (Grilo & Pittman, 2024; Fornaro et al., 2023). Fra gli altri farmaci studiati per il trattamento del BED, il topiramato ha mostrato effetti significativi rispetto al placebo nel ridurre le abbuffate

e la psicopatologia associata, inducendo anche una significativa perdita di peso. Come già segnalato, le principali limitazioni all'uso del farmaco sono legate agli effetti avversi (Himmerich et al., 2023). Alcune evidenze di efficacia sono state riscontrate anche dall'uso degli SSRI e, in particolare, della fluoxetina (Himmerich et al., 2023; National Institute for Health and Clinical Excellence, 2017). Dati incoraggianti sono emersi anche in merito all'uso di bupropione e naltrexone in associazione (Grilo & Pittman, 2024).

In conclusione, i farmaci svolgono un ruolo significativo nel trattamento integrato dei disturbi alimentari, soprattutto nella terapia delle comorbidità frequentemente associate, ma anche per alcuni aspetti caratteristici del nucleo psicopatologico specifico. Oltre ai farmaci summenzionati, altre molecole sono attualmente oggetto di studio come trattamento per i DA. Nuove ricerche genetiche, immunologiche, sul microbioma e sull'*imaging* cerebrale, e anche nuovi sviluppi farmacologici come l'uso di psichedelici, stimolanti, nuovi farmaci monoaminergici, analoghi ormonali e farmaci che potenziano gli effetti della psicoterapia potrebbero ampliare le nostre opzioni terapeutiche nel prossimo futuro (Himmerich et al., 2023; Navarro-Tapia et al., 2021).

5.17. Dimissioni (vedi TABELLA riassuntiva)

È necessario che la valutazione degli esiti del trattamento dei pazienti tenga conto sia degli aspetti somatici che di quelli psichici. I principali segnali positivi di una guarigione stabile, che consentono la dimissione, sembrano essere rappresentati da: un aumento in positivo dell'autostima; una migliore accettazione della propria immagine corporea; la normalizzazione del peso (raggiungimento del peso naturale) con il ritorno spontaneo delle normali funzioni biologiche; una drastica riduzione e successiva eliminazione dei comportamenti disfunzionali. Ad ogni livello assistenziale dovrebbero essere previsti almeno tre momenti di valutazione che prevedono anche l'ausilio di una valutazione psicodiagnostica di base: all'inizio del trattamento, al termine dello stesso e nel momento di follow-up, preferibilmente sia a medio (6 mesi circa) che a lungo termine (12 mesi circa).

AMBITO CLINICO	Disturbi della Nutrizione e dell’Alimentazione	
ACCESSO AL SERVIZIO	• Accesso spontaneo • Invio dal MAP/PLS • Invio da parte di Psichiatri/Neuropsichiatri infantili (CPS, UONPIA) • Invio da altri Servizi e specialisti della ASST/IRCSS pubblici • Consulenti familiari • <i>Stakeholders</i> formali e informali	
FASE DIAGNOSTICA DI ORIENTAMENTO	PRIMA VISITA: psichiatrica/neuropsichiatrica/psicologica	
	Valutazione psichiatrica/neuropsichiatrica	
	Valutazione psicologica (individuale e familiare) e psicodiagnostica	
	Valutazione dietistica	
	Valutazione internistica/pediatria	
	Discussione del caso in équipe	
FASE DI TERAPIA	Monitoraggio psichiatrico	
	Monitoraggio internistico/pediatria	
	Intervento psicologico: colloqui clinici, psicoterapia individuale/familiare, colloqui con i familiari, interventi psico-educativi individuali e di gruppo per i pazienti e le loro famiglie	
	Counseling dietistico	
DIMISSIONI	Valutazione degli esiti del trattamento	

6. SERVIZI OSPEDALIERI

Il *setting* ospedaliero va utilizzato quando vi sia una seria compromissione delle condizioni cliniche del paziente. La fase di acuzie può configurarsi per gravi problemi fisici o per comorbidità psichiatrica grave. Si tratta di ricoveri limitati nel tempo che devono trovare nelle soluzioni territoriali (ambulatoriali, semiresidenziali, residenziali) il proseguimento delle cure, subito dopo la risoluzione dell'urgenza. Gli adulti con parametri vitali compromessi necessitano di un ricovero urgente presso una struttura ospedaliera. In presenza di una psicopatologia acuta si fa riferimento, invece, ai Servizi per la salute mentale. Si raccomanda l'adozione di procedure aziendali concordate con gli ambulatori specialistici DNA per la gestione del paziente. Per l'età evolutiva, in situazioni di acuzie, il minore verrà ricoverato presso le strutture di NPIA o Pediatria di riferimento, con il coinvolgimento attivo dell'équipe della UONPIA. Dovranno essere predisposte apposite procedure condivise fra il reparto di NPIA/Pediatria e la UONPIA che ha in carico il minore.

I servizi dedicati all'età adulta e quelli rivolti all'età evolutiva devono operare in sinergia per facilitare la transizione della presa in carico dall'età pediatrica a quella adulta, secondo protocolli codificati a livello aziendale. Le strutture sanitarie che, per scarsa numerosità della casistica, non raggiungono volumi di attività tali da poter assicurare il mantenimento dell'expertise degli operatori, pur garantendo la presa in carico per adulti con DNA presso la SC di Psichiatria del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze (DSMD) e per i minori presso la SC di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA) del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze (DSMD), devono potersi avvalere di servizi specialistici DNA di altre Aziende, per approfondimenti diagnostici, consulti specialistici, definizione e declinazione del piano terapeutico riabilitativo o altre attività specialistiche, mediante la predisposizione di percorsi interaziendali, concordati e formalizzati.

Il ricovero ospedaliero ordinario del paziente con DNA in urgenza in ambiente internistico/pediatrico è indicato in tutte le circostanze in cui è presente un'instabilità clinica, con gravi rischi per la salute e, in particolare, quando è improrogabile trattare le complicanze della malnutrizione o di comportamenti di compenso. Si tratta pertanto di ricoveri con obiettivi specifici, non finalizzati alla guarigione della malattia, destinati a un gruppo ristretto di pazienti in condizioni fisiche molto compromesse, spesso con scarsa motivazione al trattamento ambulatoriale o, comunque, poco responsivi e/o in condizioni fisiche non idonee a un percorso meno intensivo.

Il ricovero dovrebbe avvenire in strutture che garantiscano al personale che vi opera una formazione specifica sui DNA e in rete con l'équipe DNA di riferimento per quel centro. Come norma generale sarebbe pertanto opportuno che la rete dei Servizi comprendesse strutture di ricovero con caratteristiche di alta specializzazione in ambito DNA.

6.1. Obiettivi del ricovero

Gli obiettivi da raggiungere in caso di ricovero ospedaliero in urgenza metabolica di un paziente affetto da DNA sono la stabilizzazione delle funzioni vitali e degli esami ematochimici e la gestione di eventuali complicanze acute intercorrenti.

6.2. Destinatari del ricovero

Possono accedere a ricovero ospedaliero per urgenza nutrizionale/metabolica:

- pazienti già in carico all'équipe multidisciplinare di ambito, per i quali è indicato il ricovero come fase del percorso di cura. In questo caso l'équipe DNA richiede direttamente alla struttura individuata il ricovero, concordando i tempi con il nucleo di *bed management*. Il ricovero avviene pertanto per invio diretto previa concertazione dello stesso fra gli specialisti dei reparti accettanti e gli specialisti del team inviante. Il ricovero avviene - ove possibile - su letti dedicati per DNA nei reparti di Medicina Interna/Pediatria/NPIA gestiti da medici di riferimento afferenti all'équipe in maniera da mantenere la linearità del percorso di cura. Laddove non siano disponibili letti dedicati in gestione ai sanitari dell'équipe DNA, la responsabilità clinica del paziente è in capo al Responsabile del reparto cui afferisce ma il team DNA rimane responsabile del progetto di cura nella sua interezza. È dunque responsabilità del team, oltre che l'indicazione al ricovero e il *setting* dello stesso, anche le modalità (TSV o TSO), la definizione degli obiettivi, il coordinamento con gli

internisti/pediatri/neuropsichiatri del reparto accettante, la gestione degli aspetti psichiatrico-psicologici durante il ricovero (fino a consulenze quotidiane se necessario), la definizione con gli internisti del reparto accettante di un progetto terapeutico e la programmazione della dimissione. L'équipe DNA può anche attivare, quando necessario, figure assistenziali a valenza riabilitativa (es. per assistenza ai pasti).

- pazienti non in carico all'équipe multidisciplinare, che afferiscono all'area urgenza-emergenza;
- pazienti già in carico all'équipe multidisciplinare, che afferiscono all'area urgenza-emergenza.

Per tutti i pazienti che accedono all'area urgenza-emergenza è il team di PS, in accordo con il consulente psichiatra/NPI e con l'internista/pediatra/neuropsichiatra del team DNA, che decide l'effettiva necessità di ricovero nell'area di degenza individuata per ogni ambito. Nel caso in cui il ricovero da PS venga fatto direttamente senza coinvolgere l'équipe DNA, sarà cura del personale dell'unità presso cui il paziente viene ricoverato allertare quanto prima l'équipe per garantire la tempestiva presa in carico. Quando non si ravvisa la necessità del ricovero in ambiente ospedaliero, è il medico del PS, in collaborazione con il consulente neuropsichiatra infantile/psichiatra, che redige richiesta di visita specialistica con accesso facilitato all'ambulatorio specialistico.

6.3. Indicazioni al ricovero

Il ricovero in reparto per acuti è necessario in condizioni di grave rischio dovuto a patologia organica. Ciò comprende:

- grave malnutrizione e sottopeso con compromissione multiorgano (cardiaca, epatica, renale, emocoagulativa) tale da configurare un quadro di urgenza metabolica;
- condizioni in cui la stabilizzazione della patologia organica è possibile solo attraverso terapie ospedaliere (es. nutrizione artificiale tramite sondino naso-gastrico o altro, terapie endovenose...);
- condizioni in cui vi siano condotte alimentari patologiche e sintomi tanto gravi da rendere indicato il monitoraggio ospedaliero prima che si raggiunga una condizione di instabilità medica;
- sintomi psichiatrici non controllabili o agiti anticonservativi oltre che condizioni sociali/familiari di rischio o potenziale pregiudizio per il minore.

Le specifiche di tali indicazioni per l'area internistico/pediatrica sono riportate in TABELLA 1. In TABELLA 2 sono invece riportate le indicazioni per ricovero in ambiente psichiatrico.

Per quanto riguarda i pazienti minorenni si dovrebbe considerare che, senza compromettere l'assistenza clinica, la presenza dei genitori nel corso del ricovero è necessaria, salvo in particolari e rare situazioni che vengono valutate di caso in caso e in base all'organizzazione interna alla struttura. I ricoveri a distanza dovrebbero essere agiti solo in caso di mancanza di posti letto nelle strutture specialistiche nell'area.

Il ricovero in reparto internistico è da considerarsi un trattamento limitato nel tempo ed atto a raggiungere l'uscita da una specifica condizione di acuzie, sebbene, a causa della peculiarità clinica dei DNA e della gravità di alcuni quadri di malnutrizione con compromissione multiorgano, possa talora prolungarsi per settimane prima che la condizione di acuzie possa considerarsi risolta (ad es., grave stato di malnutrizione, sindrome da *refeeding*).

Durante la degenza in reparto internistico la multidisciplinarietà è assolutamente fondamentale e dovrebbe comunque essere sempre garantita, tramite la consulenza sistematica giornaliera dei curanti ambulatoriali psichiatri/neuropsichiatri infantili, così come dovrebbe essere prevista, se necessario, assistenza e monitoraggio da parte di operatori sanitari formati in DNA.

Durante il ricovero in reparto internistico è inoltre necessario attivare tempestivamente percorsi post-ricovero che permettano la continuazione più precoce possibile del percorso di cura presso altri *setting*.

6.4. Requisiti funzionali, strutturali e di personale del reparto di ricovero

- **Requisiti funzionali specifici:**

- assistenza semi-intensiva o intensiva per i casi che vengano ritenuti di particolare gravità e/o a rischio di evoluzione peggiorativa che possano richiedere un'assistenza intensiva;
- servizio dietetico-nutrizionale in grado di erogare i diversi livelli d'intensità dell'intervento nutrizionale (dieta personalizzata, assistenza al pasto, ONS, nutrizione artificiale);
- servizio di psichiatria, psicologia e neuropsichiatria dell'età evolutiva in grado di svolgere interventi

- specialistici rivolti sia all'utente che alla sua famiglia;
- assistenza di personale specializzato dedicato (es. TERP, educatori professionali sanitari) al supporto del percorso clinico (ad es., pasti assistiti);
- evidenza formale (PDTA) delle modalità di intervento integrato, multidisciplinare.
- **Requisiti relativi al personale:**

I reparti ospedalieri specializzati che prendono in cura i pazienti con DNA sia in età evolutiva che in età adulta devono disporre di una équipe terapeutica multidisciplinare per i disturbi dell'alimentazione. All'interno di questa équipe multidisciplinare, le figure professionali dell'area medico-nutrizionale hanno i seguenti compiti:

- Eseguire la rilevazione e la valutazione delle complicanze mediche derivanti dai disturbi dell'alimentazione attraverso, per esempio, esami bio-umorali e strumentali;
- Pianificare e gestire la terapia nutrizionale (pasti assistiti, ONS o nutrizione artificiale), con particolare attenzione alla prevenzione della sindrome da ri-alimentazione;
- Tenere costanti contatti con i familiari, con particolare indicazione per i pazienti minorenni, aggiornandoli della condizione clinica del paziente e della terapia in atto, e anche fornire supporto psicologico e accoglienza durante la degenza.

Il personale medico, quando non fa già parte dell'équipe aziendale per i DNA, dovrebbe garantire una adeguata competenza sui DNA, specifica per età, collaborando con il team terapeutico.

A tutti gli operatori della struttura di ricovero dovrebbe essere assicurata una formazione specifica per l'assistenza ai pazienti con DNA, al fine di acquisire una competenza sia nel trattamento delle complicanze mediche che nella gestione dei problemi relazionali che si manifestano con questi pazienti (ad es., il controllo dell'alimentazione, della motoria e dei comportamenti di eliminazione).

Durante il ricovero una delle figure dell'équipe, adeguatamente formata, inizia o prosegue il lavoro di *counseling* nutrizionale, finalizzato alla correzione dei comportamenti alimentari disfunzionali; analizza e aiuta a correggere gli errori cognitivi e i pensieri disfunzionali associati all'alimentazione (in particolare fornendo informazioni nutrizionali, correggendo le nozioni errate, spiegando le conseguenze biologiche-comportamentali-cognitive dei comportamenti alimentari disfunzionali, rassicurando il paziente) attivando in questo modo una ristrutturazione cognitiva. Fornisce inoltre supporto prima o dopo i pasti assistiti in maniera da aiutare il paziente ad affrontare gli stati emotivi legati alla ri-alimentazione e all'immagine corporea, a raggiungere una maggiore consapevolezza della patologia individuando i pensieri e i comportamenti disfunzionali, facilitando la distinzione fra sensazioni corporee ed emotive e favorendo modalità attive e adattive di risoluzione dei problemi.

I pazienti gravemente denutriti e/o in stato di acuzie non sono di norma in grado di iniziare o proseguire una psicoterapia; è però necessaria la cura integrata con lo psichiatra/neuropsichiatra infantile e lo psicologo durante il periodo di degenza in reparto ospedaliero con lo scopo di sostegno e motivazione alle cure (sia per pazienti che per i familiari) e al trattamento delle frequenti comorbidità psichiatriche che spesso contrastano le cure stesse. Quindi, lo psichiatra/NPI dovrebbe valutare il paziente per un'eventuale terapia psicofarmacologica e per la presa in carico o il trasferimento in caso di urgenze psichiatriche/internistiche; lo psicologo effettua una valutazione clinica e, se possibile, psicodiagnostica, assicura una terapia psico-educativa e di supporto per il paziente e i familiari (anche in collaborazione con le altre figure professionali di ambito sanitario psicosociale) e colloqui motivazionali; contribuisce inoltre a costruire le basi dell'alleanza terapeutica e le condizioni di continuità con il percorso terapeutico successivo al ricovero in acuzie.

Oltre al lavoro clinico-diagnostico con il paziente e i suoi familiari, vista la complessità della patologia, lo psicologo garantisce anche un sostegno all'équipe del reparto orientata alla gestione efficace del ricovero e dei vissuti degli operatori.

- **Requisiti strutturali**

Il reparto individuato per il ricovero dei DNA dovrebbe essere in rete con tutte le strutture necessarie ad affrontare le possibili gravi complicanze che insorgono nei pazienti: rianimazione, cardiologia, gastroenterologia, nefrologia, psichiatria/neuropsichiatria infantile, pediatria, neurologia, ginecologia, malattie infettive, fisioterapia ecc.

Nei reparti di degenza sono preferibili camere vicine alle guardie infermieristiche (per scoraggiare

comportamenti quali occultamento del cibo, condotte di eliminazione, attività motoria, svuotamento o manomissione sacca, furto di farmaci, etc.).

Per i minorenni è preferibile il ricovero in camera singola per permettere la presenza costante di un familiare. La stanza di ricovero dedicata evita inoltre il contatto con altri pazienti con patologie tali da generare impatto psicologico e riduce la possibilità di infezioni ospedaliere.

Vanno previste le strumentazioni adeguate al monitoraggio nutrizionale dei pazienti (bilance) e alla esecuzione in sicurezza della nutrizione artificiale (ad es. pompe infusionali).

6.5. Dimissione

Il ricovero internistico è da considerarsi volto a superare una condizione di acuzie clinico-metabolica. Il tempo di permanenza in ospedale dipende dal grado di severità del quadro clinico e la degenza dovrebbe essere protratta per il tempo necessario a garantire il superamento della fase acuta, la stabilizzazione clinica, un congruo recupero ponderale e la compliance del paziente al programma terapeutico. Non sussistono criteri univoci per la dimissione del paziente che dovrà essere valutata da caso a caso, una volta corrette e/o stabilizzate le condizioni acute che ne hanno determinato l'ingresso in reparto, considerando le condizioni cliniche iniziali e il percorso terapeutico effettuato.

La dimissione va adeguatamente preparata e prevista in accordo con l'équipe multidisciplinare DNA che, mantenendo la continuità di cura, individua il più appropriato livello di trattamento (ambulatoriale, *day hospital*, residenziale psico-nutrizionale). Tale passaggio dovrebbe essere organizzato e programmato precocemente in maniera da allertare gli specialisti coinvolti ed evitare il fenomeno del drop-out, frequente soprattutto nei passaggi da un livello assistenziale all'altro (Ministero della Salute, 2017).

6.6. Il "Codice Lilla"

Il Codice Lilla è un protocollo sanitario introdotto nei Pronto Soccorso italiani per garantire un'accoglienza e una gestione adeguata dei pazienti con sospetto DNA. Questo percorso è stato sviluppato per rispondere alla necessità di un intervento tempestivo e multidisciplinare, evitando trattamenti frammentari e non specifici, recepito dal Ministero della Salute che, nel 2017, ha pubblicato linee guida specifiche. Per recepire le indicazioni ministeriale integrandole con le linee guida MEED, si propone di seguito la tabella 3.

	TABELLA 1. INDICAZIONI AL RICOVERO IN ACUTO IN AMBIENTE INTERNISTICO/PEDIATRICO/NEUROPSICHIATRICO
A	BMI≤12, anche in assenza di compromissioni d'organo evidenti e/o sintomatiche
B	12≤BMI≤14: ricovero in presenza di almeno uno o più dei seguenti parametri: - FC <40 bpm; - Ipotensione sintomatica o meritevole di correzione; - Glicemia < 60 mg/dl; - Squilibri elettrolitici ed alterazioni dell'equilibrio acido/base con necessità di stretto monitoraggio e correzione ev; - Temperatura < 36°C; - Compromissione d'organo: epatica (significative alterazioni di transaminasi, GGT, LDH, CPK, albumina), renale, cardiovascolare (aritmie, scompenso cardiaco, edemi diffusi, versamento pericardico, alterazioni della cinesi cardiaca, alterazioni ECG grafiche meritevoli di monitoraggio); - Alterazioni severe e necessitanti interventi diagnostico/terapeutici della crasi ematica (anemia, piastrinopenia, leucopenia, parametri della coagulazione severamente alterati con diatesi emorragica e/o con necessità trasfusionale); - Patologie acute con necessità di trattamento urgente (stato settico, scompenso glicemico, disidratazione severa, ...).
C	Indipendentemente dal BMI di presentazione, in caso di: - Rapida perdita di peso ≥1 Kg/settimana o, per i pazienti pediatrici, arresto/rallentamento crescita; - Rifiuto di bere o alimentarsi per più giorni consecutivi; - Condizioni socio-familiari di allarme (es. scarse condizioni economiche, trascuratezza, abusi/maltrattamenti, assenza di caregiver o di collaborazione da parte dei familiari).

	TABELLA 2. INDICAZIONI AL RICOVERO IN ACUTO IN AMBIENTE PSICHIATRICO
A	Diagnosi acclarata di grave DNA e/o insufficiente insight che comporta scarsa compliance o il rifiuto, da parte del paziente, delle cure a causa delle sue condizioni psicopatologiche; in tali casi può essere necessario procedere con un TSO.
B	Comorbidità psichiatriche significative o sintomi psichiatrici acuti (ad es., psicosi scompensate, forme ossessive gravi e incontrollabili, severa disregolazione degli impulsi, agiti anticonservativi o progettualità suicidaria, gravi alterazioni dell'umore, etc.); per il minore anche condizioni di rischio socio-familiare.

Tabella 3

Assessing	Rialimentazione	Gestione
Il paziente ha un disturbo alimentare? Si: Anoressia nervosa - Bulimia nervosa - Altro Forse: Richiedere valutazione psichiatrica/NPI Il paziente è internisticamente compromesso? - o BMI< 13(adulti) <70% BMI (minori di 18)? - o Recente calo ponderale> 1 kg per due settimane consecutive? - o Rifiuto improvviso di cibo o liquidi/intake < 500 kcal al giorno? - o FC< 40? >110? - o PA bassa, crollo PA sistolica >20 mmHg nel passaggio in ortostatismo, vertigini posturali? - o Temperatura<35° C ? - o Na<130mmol/L ? - o K<3 mmol/L? - o Incremento urea o creatinina? - o Transaminasi >50 U ? - o Alterazioni ECG? - o Pensieri, comportamenti suicidari?	Alto rischio di sindrome da refeeding? - o Bassi elettroliti - o BMI<13 o <70% BMI - o Scarso o nessun intake per>4 giorni - o Bassi GB - o Serie comorbidità mediche, ad es. sepsi Alto rischio? Gestione: ✓ 5-10 kcal/kg di peso corporeo attuale ✓ Se necessaria nutrizione artificiale preferire SNG ✓ Monitorare elettroliti ogni giorno ✓ Incrementare calorie rapidamente ✓ Evitare underfeeding ✓ Reidratazione avviata con glucosata al 5% supplementata in potassio, fosforo, magnesio ✓ Tiamina: somministrazione profilattica di 200-300 mg parenterale, supplementazione per os per ulteriori 10 giorni Basso rischio? Gestione: ✓ Almeno 30-35kcal/kg di peso corporeo attuale -non meno dell'intake pre ricovero ✓ Incrementare di 5 kcal/Kg/die ogni 2 giorni fino all'intake di circa 60 kcal/kg/die ✓ Evitare underfeeding ✓ Ripetere elettroliti ed emocromo 2 volte/settimana Monitorando: - Elettroliti (P, K, glicemia) - ECG - Segni vitali - BMI	Mantenere in PS approccio multidisciplinare, empatico non stigmatizzante, coinvolgente i familiari (se possibile) Il paziente è disponibile al trattamento? Si: No: Valutazione con psichiatra/NPI Triage: • Rapide modificazioni del peso corporeo • Improvviso rifiuto del cibo • Presenza di comportamenti compensatori (vomito autoindotto, uso di lassativi, diuretici, supplementi tiroidei, eccessivo esercizio fisico) • Episodi di abbuffata e vomito autoindotto incontrollabili • Comparsa o aumento di sintomi psichici • Anamnesi positiva per uso di alcool e sostanze Criteri medici di dimissione: • Assenza di uno o più criteri di rischio colonna verde • Stabilizzazione dei parametri vitali e degli esami di laboratorio • Bilanciamento del quadro elettrolitico • Invio al MdMG e/o invio a centro specialistico Invio ai centri specialistici per la cura dei disturbi alimentari Mappa di Servizi ed associazioni dedicati al trattamento dei DNA è consultabile sui siti istituzionali delle ATS.

7. VALUTAZIONE E GESTIONE DELLE CONDIZIONI FISICHE E NUTRIZIONALI DEL PAZIENTE CON DNA

L'approccio ad un paziente con Disturbo della Nutrizione e dell'Alimentazione dovrebbe prevedere, oltre alla valutazione del quadro psicopatologico, anche un'adeguata valutazione dello stato fisico e nutrizionale. Tale valutazione del rischio fisico passa attraverso un accurato esame obiettivo, la prescrizione di esami bio-umoral e strumentali e le visite specialistiche.

7.1. Esame obiettivo somatico

L'esame obiettivo somatico dovrebbe prevedere il precoce rilevamento e il riconoscimento dei seguenti potenziali sintomi e segni, di più frequente riscontro:

- Sintomi: amenorrea, facile affaticabilità, astenia, cefalea, vertigini, episodi lipotimici e sincopali, dolore addominale, sensazione di pienezza, stipsi, poliuria, intolleranza al freddo, debolezza dei muscoli prossimali (elicitata dalla difficoltà di alzarsi da una posizione accosciata).
- Segni: emaciazione, estremità fredde e/o cianotiche (acrocianosi), iperattività, pelle secca, fragilità di capelli e unghie, perdita di capelli (telogen effluvium), cute giallo-arancio (soprattutto della pelle dei palmi delle mani e dei piedi), lanugo (soprattutto alla schiena, agli avambracci e ai lati del viso), porpora, edema (peri-orbitale e agli arti inferiori), erosioni della faccia interna della superficie dentale (perimolisi, da vomito frequente) e scialoadenite (da vomito), presenza di callosità o lesioni sulle nocche o sul dorso della mano (Segno di Russel), emorragie congiuntivali, epistassi (da episodi di vomito).

Inoltre, l'esame obiettivo dovrebbe includere:

- Misurazione del peso e dell'altezza. Il tasso di perdita di peso negli ultimi tre mesi è un importante indicatore da valutare e una perdita di peso > 1 kg la settimana per varie settimane può porre le indicazioni per un ricovero urgente.
- Misurazione della frequenza cardiaca e della pressione arteriosa. La presenza di bradicardia marcata e di grave ipotensione indicano la presenza di un serio rischio fisico. Spesso è presente anche ipotensione posturale.
- Misurazione della temperatura corporea.
- Auscultazione cardiaca.
- Misurazione della frequenza respiratoria.

7.2. Esami ematochimici

I principali esami bio-umoral raccomandati nella valutazione iniziale sono rappresentati da:

- Emocromo con formula leucocitaria e conta reticulocitaria;
- Velocità di eritrosedimentazione (VES), proteina C reattiva (PCR);
- Transaminasi (ALT e AST), ALP, GGT, FA, Colinesterasi (CHE), Bilirubina reflex;
- Azotemia, creatininemia, urea;
- Calcemia, fosforemia, magnesiemia, potassiemia, sodiemia, cloremia,
- Sideremia, ferritinemia, transferrinemia
- Albuminemia, prealbuminemia, elettroforesi siero-proteica
- Amilasi, lipasi
- Glicemia, Colesterolemia totale, HDL, Trigliceridi,
- Ormone tireotropo (TSH reflex), PTH
- Estradiolo (donne), testosterone (uomini)
- PT, aPTT
- Acido folico, cianocobalamina, vitamina D (25OH)
- Esame urine

7.3. Esami strumentali

I principali esami strumentali da considerare, almeno in una fase iniziale, sono rappresentati da:

- Elettrocardiogramma con eventuale ECG Holter ed ecocardiogramma

- Densitometria a doppio raggio X (DEXA, nei pazienti con lunga storia di sottopeso severo e amenorrea prolungata)
- Ecografia addome completo
- Calorimetria indiretta
- Bioimpedenziometria per valutazione dello stato di idratazione e della composizione corporea.

A seconda dei casi, del tipo di DNA e della durata di malattia può essere valutata anche l'esecuzione di RMN encefalo, EGDS, colonscopia.

Specie nei casi dubbi e nei pazienti con disturbo cronico può essere necessario anche escludere cause alternative o concomitanti di malnutrizione mediante:

- test per la diagnosi di celiachia, breath test al Lattosio;
- altro da valutare di caso in caso (es. scintigrafia miocardica, accertamenti endoscopici, TC total body...)

7.4. Visite specialistiche

A seconda delle necessità è bene considerare altri approfondimenti specialistici, in particolare:

- visita ginecologica;
- visita endocrinologica;
- altre visite specialistiche a seconda delle complicanze riscontrate (gastroenterologiche, cardiologiche,ematologiche ecc.).

7.5. Complicanze fisiche nel paziente con DNA

Le complicanze fisiche sono comuni nel paziente sottopeso (ad es., anoressia nervosa) ma si possono configurare anche nel paziente normopeso o sovrappeso che adotta comportamenti disfunzionali (ad es., nella bulimia nervosa e nel Binge Eating) e sono la conseguenza di tre meccanismi principali, che spesso interagiscono e sono rappresentati da:

- la restrizione dietetica calorica,
- il sottopeso,
- i comportamenti eliminativi (il vomito indotto, l'uso improprio di lassativi, diuretici, ecc.)

Tali complicanze fisiche possono colpire praticamente tutti gli organi e apparati, con manifestazioni che possono avere delle specificità a seconda dell'età e del genere.

- Complicanze gastrointestinali

Sono rappresentate principalmente da: reflusso gastroesofageo, esofagite, ematemesi da lesioni gastriche ed esofagee con Mallory Weiss (in coloro che praticano regolarmente vomito auto-indotto), rallentato svuotamento gastrico/gastroparesi, dilatazione e rottura gastrica (evento raro ma possibile in coloro che hanno episodi bulimici), diminuzione della motilità del colon, alterazioni dei valori dei test di funzionalità epatica, elevati livelli di amilasi sierica (specialmente in chi pratica il vomito autoindotto).

- Complicanze endocrine e metaboliche

Sono rappresentate principalmente da: bassi livelli di estradiolo (nelle femmine) e di testosterone (nei maschi), valori ai limiti inferiori della norma o bassi di T3 e, a volte, di T4 con TSH normale basso o lievemente aumentato (sindrome del malato eutiroideo), ipercortisolismo con elevati livelli di cortisolo urinario libero nelle urine, aumento della concentrazione dell'ormone della crescita (GH) con bassi livelli di IGF-1, amenorrea, pubertà ritardata o arresto della crescita e mancato sviluppo delle mammelle (se l'insorgenza è pre-puberale), ipoglicemia, ipercolesterolemia, ipopotassiemia, ipomagnesiemia (specialmente nei pazienti che adottano condotte di eliminazione), ipofosfatemia (specialmente durante la ri-alimentazione), osteopenia e osteoporosi con aumento del rischio di fratture, bassi livelli di tiamina.

- Complicanze cardiovascolari

Sono rappresentate principalmente da: bradicardia sinusale, riduzione di volume e massa cardiaca, prolasso mitralico, aritmie, versamento pericardico, cardiomiopatia e anche anomalie dell'ECG (specialmente in presenza di disturbi elettrolitici): ad esempio, bassi voltaggi, intervallo QTc prolungato e onde U.

- Complicanze ematologiche

Sono rappresentate principalmente da: anemia, leucopenia, neutropenia, trombocitopenia.

- Complicanze renali

Sono rappresentate soprattutto dalla formazione di calcolosi renali con possibili conseguenti coliche renali. In alcuni casi, specie in presenza di severa disidratazione, condotte di eliminazione o nella fase di ri-alimentazione, si può assistere anche ad un deterioramento dei valori di filtrato glomerulare fino anche alla necessità di emodialisi. N.B. A causa della ridotta massa muscolare spesso i livelli di creatininemia risultano normali o para-normali anche in presenza di significative riduzioni del filtrato.

- Complicazioni riproduttive

Sono rappresentate principalmente da: infertilità, aumento di peso insufficiente durante la gravidanza e basso peso del neonato alla nascita.

- Complicanze neurologiche

Sono rappresentate principalmente da: allargamento dei ventricoli cerebrali e degli spazi del liquor cefalorachidiano (pseudo-atrofia), neuropatia periferica.

8. RIABILITAZIONE NUTRIZIONALE DEL PAZIENTE CON DISTURBO DELL'ALIMENTAZIONE NEI VARI LIVELLI DI ASSISTENZA

8.1. Principi generali della riabilitazione nutrizionale del paziente sottopeso

8.1.1. *Obiettivo di peso da raggiungere*

Il paziente sottopeso affetto da disturbi dell'alimentazione dovrebbe essere aiutato a raggiungere un peso salutare che non sia associato alle complicazioni della malnutrizione e non contribuisca al mantenimento della psicopatologia del disturbo dell'alimentazione (vedi *Minnesota Starvation Experiment*). Il peso salutare dovrebbe soddisfare tutte e tre le seguenti condizioni: (1) dovrebbe essere mantenuto senza una restrizione calorica; (2) non è associato ai sintomi da malnutrizione; (3) permette di avere una vita sociale. Nel paziente adulto un indice di massa corporea (IMC) maggiore o uguale a 19,0 è, nella maggior parte dei casi, un obiettivo ragionevole, sebbene la soglia minima di IMC da raggiungere per soddisfare le tre condizioni sopra riportate vari da paziente a paziente. Nel paziente adolescente va identificato il percentile di IMC corrispondente (in Italia il 25° percentile corrisponde circa a un IMC di 19,0 degli adulti).

8.1.2. *Velocità raccomandata di recupero del peso*

Le linee guida internazionali raccomandano una velocità di recupero di peso settimanale compresa fra 0,5 e 1,0 kg la settimana nel trattamento ambulatoriale del paziente sottopeso affetto da anoressia nervosa e altri disturbi della nutrizione e dell'alimentazione. Questa velocità di aumento di peso permette di raggiungere un peso normale in tempi ragionevoli ed è generalmente accettata dai pazienti motivati ad affrontare il recupero ponderale. In *setting* ospedalieri o riabilitativi la velocità di recupero di peso può essere maggiore (ad es., fra 1,0 e 1,5 kg la settimana) per permettere di raggiungere alla dimissione un peso normale che è considerato il più importante predittore di un esito buono a un anno dopo la dimissione. Tuttavia, questa indicazione è ancora molto discussa negli ambienti clinici poiché, secondo alcuni esperti, tali valori sono difficilmente raggiungibili.

8.1.3. *Introito calorico e composizione del piano alimentare*

Per ottenere un recupero di peso settimanale medio di 0,5 kg è necessario creare un surplus di energia di circa 500 kcal al giorno. Questo può essere raggiunto aumentando l'*intake* calorico giornaliero, nel caso il paziente praticasse esercizio fisico in maniera eccessiva, riducendo anche la quantità di esercizio svolto. Se il paziente sta già adottando un'alimentazione regolare per frequenza (per es. consumano 3 pasti principali e 2 spuntini), assume la maggior parte dei gruppi alimentari e ha un peso stabile, per ottenere il recupero di peso può essere sufficiente fornirgli indicazioni su come aumentare l'apporto calorico quotidiano di 500 kcal rispetto al piano alimentare abituale. A tal fine può essere utile fornire al paziente una lista di combinazioni di cibi che hanno circa 500 kcal che può scegliere a proprio piacimento.

Se invece il paziente non ha un'alimentazione regolare, elimina vari gruppi alimentari e/o sta perdendo peso nelle ultime settimane, è consigliabile educarlo sui principi di una sana alimentazione e fornirgli un piano

alimentare flessibile basato sul sistema di scambio dei gruppi alimentari che segue le linee guida italiane per una sana alimentazione. Questa strategia permette al paziente di scegliere liberamente gli alimenti da assumere all'interno dei vari gruppi alimentari e, allo stesso tempo, di assumere un'alimentazione salutare ed equilibrata nella composizione dei macronutrienti.

In genere, se il paziente non è ad alto rischio di sviluppare la sindrome da ri-alimentazione, è consigliabile iniziare con un apporto calorico suggerito che varia da 5 a 10 Kcal/kg/die nei pazienti ad alto rischio; da 25 a 35 Kcal/kg/die per gli adulti; 50 Kcal/kg/die per età compresa tra i 15 e 18aa; 60 Kcal/kg/die per età compresa tra 11 e 14aa, perché il primo obiettivo è stabilizzare in maniera sicura il peso e poi incrementare successivamente in base al recupero di peso ottenuto. 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 di circa 0,5 kg la settimana nel corso del trattamento. Se si adotta questa seconda strategia bisogna prestare molta attenzione a che il piano alimentare non sia trasformato dal paziente in regole dietetiche rigide perché esse contribuiscono a mantenere la psicopatologia del disturbo dell'alimentazione. L'apporto vitaminico e di sali minerali per soddisfare i Livelli di Assunzione di Riferimento di Nutrienti ed energia per la popolazione italiana (LARN) 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 questo caso i pazienti dovrebbero essere incoraggiati a considerare l'eliminazione dei prodotti di origine animale come una regola dietetica estrema e rigida che va gradualmente affrontata per poter guarire dal disturbo dell'alimentazione. Se invece la dieta vegetariana o vegana è seguita per motivi etici, ai pazienti va chiesto di valutare i pro e i contro e di sospenderla per alcuni mesi per favorire la guarigione dal disturbo dell'alimentazione. Se il paziente non se la sente di affrontare questa sospensione transitoria, il medico nutrizionista e il dietista dovrebbero aiutarlo a pianificare un piano alimentare che permetta sia di recuperare peso a una velocità ottimale sia di assumere una dieta vegetariana o vegana salutare e flessibile.

8.1.4. Pasto assistito

Il pasto assistito rientra in un programma di riabilitazione psico-nutrizionale che prevede che il paziente sia assistito durante i pasti da un operatore competente per superare gli ostacoli che gli impediscono un'assunzione integrata di nutrienti. Questa procedura è un intervento nutrizionale complesso che va gestito da personale formato all'interno di un trattamento multidisciplinare. Il pasto assistito può essere rivolto sia a gruppi di pazienti sia al singolo paziente, a seconda delle necessità del setting terapeutico e delle necessità di personalizzazione dell'intervento.

8.1.5. Uso dei supplementi orali nutrizionali

I supplementi nutrizionali orali hanno la funzione di supplire a un'alimentazione carente in toto o per specifici nutrienti. In commercio esistono diverse formulazioni, che possono essere divise in due categorie nutrizionali principali: (1) complete; (2) incomplete. I supplementi orali nutrizionalmente completi possono essere suddivisi in due sottocategorie: quelli con una formulazione nutrizionale di tipo "standard" e quelli con formulazioni "adattate" per la gestione dietetica di una specifica condizione patologica. La tipica espressione di una formulazione standard può essere ricondotta ai seguenti requisiti: ingredienti in forma polimerica; una distribuzione energetica con un 15% di proteine, un 55% di carboidrati e un 30% di grassi; una densità energetica di 1 kcal/ml. Sono molto utili i supplementi ipercalorici e iperproteici che garantiscono apporti adeguati in volumi ridotti, più gestibili per il paziente. Le formulazioni adattate si discostano in varia misura dai parametri sopra elencati per far fronte a specifiche condizioni patologiche. I supplementi orali nutrizionalmente incompleti si caratterizzano per un contenuto selettivo di macro- e micro-nutrienti. Non rappresentando una fonte nutrizionalmente completa, vanno utilizzati per integrazioni mirate, volte ad assicurare o complementare l'apporto alimentare di specifici nutrienti. I supplementi nutrizionali orali 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 maniera razionale, essi offrono

diversi vantaggi nei pazienti con disturbi dell'alimentazione sottopeso. In primis, 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 (per es. consumo giornaliero di due bevande energetiche da 250 kcal ciascuna, oltre alla razione alimentare ordinaria necessaria per mantenere il peso). Secondariamente, possono essere eliminati una volta raggiunto un peso normale, senza dover ridurre la razione alimentare ordinaria che il paziente sta consumando. Come terzo vantaggio, nel paziente in cui l'apporto di energia con la razione alimentare ordinaria non è sufficiente per mantenere il peso, possono essere usati transitoriamente al fine di ottenere un bilancio energetico in pareggio. Da ultimo, sono relativamente semplici da utilizzare, anche se devono essere somministrati in presenza di un operatore per evitare la non completa adesione al trattamento. Alcuni pazienti sono riluttanti all'idea di assumere supplementi orali nutrizionali, perché li considerano "non salutari". Ma questo non è vero perché sono stati ideati in maniera specifica per essere usati in pazienti con patologie cliniche e, per tale motivo, sono sempre sottoposti a valutazioni rigorose di sicurezza. Un altro argomento contro il loro uso è che non sono adatti per i vegetariani/vegani, ma anche questo non è completamente corretto in quanto attualmente esistono formulazioni in grado di rispondere anche a questa esigenza. Infine, alcuni pazienti li trovano non palatabili: in questo caso si possono far fare ai pazienti dei test del gusto provando alcuni dei molti prodotti disponibili per identificare uno o più sostanze che gradiscono. In ogni caso il paziente va aiutato a valutare i pro e i contro di assumere una bevanda non molto palatabile (che può essere vista come una "medicina") rispetto all'alternativa di dover mangiare più cibo naturale o di continuare a soffrire del disturbo dell'alimentazione.

I supplementi orali nutrizionali sono altamente sazianti e pertanto dovrebbero essere consumati lontano dai pasti. Un buon piano è consigliare al paziente di assumerne uno dopo la prima colazione e un altro dopo la cena. Alcuni pazienti li trovano più palatabili se sono consumati freddi.

8.1.6. *Nutrizione artificiale*

Il trattamento del paziente con disturbi dell'alimentazione affetto da forme gravi di malnutrizione e/o con complicanze mediche rischiose per la vita richiede l'ospedalizzazione in ambiente medico. In questi casi, 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 o del suo delegato, secondo le norme del codice deontologico. 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. Il ricorso alla nutrizione artificiale in condizioni di trattamento sanitario obbligatorio (TSO) dovrebbe essere valutato con estrema attenzione: se è vero che può rappresentare un intervento salva vita, è anche vero che modifica e rende probabilmente più complicato il rapporto dei pazienti con l'équipe curante.

8.1.7. *Nutrizione enterale o parenterale?*

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 dovrebbe 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 e la maggiore possibilità di complicanze emodinamiche e metaboliche. Va riservata ai rari casi in cui la nutrizione enterale è controindicata (sindrome dell'arteria mesenterica superiore, occlusione o subocclusione intestinale, ileo paralitico) e dovrebbe essere praticata solo da team esperti o con la loro supervisione. In questi casi, la nutrizione parenterale dovrebbe essere limitata al più breve tempo possibile e gestita seguendo le raccomandazioni per prevenire le complicanze della ri-alimentazione (vedi sezione "La sindrome da ri-alimentazione"). 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.

8.1.8. *Nutrizione enterale con sondino naso-gastrico*

La nutrizione enterale è efficace e sicura anche nei pazienti più gravi se attuata secondo le procedure raccomandate per la prevenzione delle complicanze, in particolare della sindrome da ri-alimentazione. È importante che il team di terapeuti discuta con il paziente le motivazioni che rendono necessario l'intervento di nutrizione enterale e concordi un obiettivo nutrizionale personalizzato sulla base della gravità delle condizioni fisiche e degli aspetti psicologici. Altrettanto importante è fornire adeguate informazioni sulle modalità di gestione della nutrizione enterale e sul programma di graduale ri-alimentazione orale. Per prevenire effetti collaterali e complicanze è raccomandato l'utilizzo di sondini sottili, l'infusione con nutripompa, il mantenimento del tronco sollevato di almeno 30° durante l'infusione e il controllo del corretto posizionamento del sondino. Qualora possibile, è preferibile limitare l'infusione delle miscele nutrizionali alle ore diurne per non interferire con il riposo notturno e consentire un più stretto controllo da parte del personale di reparto. La scelta del tipo di formula dipende dalla situazione clinica e nutrizionale di ciascun paziente. L'apporto calorico-proteico fornito con la nutrizione enterale dovrebbe 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.

8.1.9. *La sindrome da ri-alimentazione*

La sindrome da ri-alimentazione (*refeeding syndrome*) è una grave e potenzialmente fatale complicanza della ri-alimentazione nei soggetti malnutriti. Fu descritta per la prima volta nei reduci dai campi di concentramento dopo la Seconda guerra mondiale. Nei primi giorni dalla ripresa di una normale alimentazione alcuni soggetti gravemente malnutriti presentarono complicanze neurologiche, scompenso cardiaco, morte improvvisa. La sindrome da ri-alimentazione è una complicanza della nutrizione artificiale, enterale e parenterale, ma può manifestarsi anche in soggetti che si alimentano per os. La prevalenza più elevata è riportata nell'anoressia nervosa, nelle patologie neoplastiche, in terapia intensiva e nei pazienti anziani. Nonostante gli studi degli ultimi decenni ne abbiano chiarito i meccanismi fisiopatologici e siano state pubblicate specifiche raccomandazioni per prevenirla e trattarla, è ancor oggi una complicanza frequente della rialimentazione, spesso non riconosciuta e non trattata.

8.1.9.1. *Fisiopatologia e quadro clinico*

Una ri-alimentazione troppo rapida in soggetti malnutriti o che si alimentano in maniera trascurabile da più giorni comporta un brusco viraggio dell'assetto metabolico dal catabolismo all'anabolismo. L'aumentato introito di energia e nutrienti, carboidrati in particolare, induce un rapido incremento dell'insulina che, a sua volta, aumenta il fabbisogno cellulare di fosfato - necessario per la fosforilazione del glucosio - e ne favorisce il passaggio intracellulare. L'ipofosfatemia che ne consegue rappresenta il principale *marker* della sindrome da ri-alimentazione. All'ipofosfatemia possono associarsi ipopotassiemia e ipomagnesiemia, che riconoscono meccanismi analoghi a quelli dell'ipofosfatemia. Il magnesio è coinvolto insieme al fosfato nella sintesi di ATP e il potassio è indispensabile per bilanciare a livello cellulare le cariche negative delle proteine. Come per il fosfato, il passaggio intracellulare di potassio e di magnesio è favorito dall'aumento dell'insulina. Il fosfato è componente essenziale delle membrane cellulari e ha un ruolo essenziale in varie vie metaboliche, in particolare glicolisi e fosforilazione ossidativa. È necessario per la sintesi dei nucleotidi e dell'ATP. Molte delle manifestazioni cliniche dell'ipofosfatemia sono dovute a un deficit energetico cellulare legato alla carenza di ATP. Il fosfato è necessario anche per la sintesi di 2,3 difosfoglicerato; una sua carenza sposta a sinistra la curva di dissociazione dell'emoglobina, con conseguente ridotto rilascio di ossigeno ai tessuti. Altre funzioni in cui è coinvolto il fosfato includono la chemiotassi, la fagocitosi, la conduzione nervosa, la funzione muscolo-scheletrica e l'aggregazione piastrinica. Potassio e magnesio sono entrambi coinvolti nella trasmissione degli impulsi elettrici e nella regolazione dell'eccitabilità cardiaca e neuromuscolare. A livello cardiaco, ipopotassiemia e ipomagnesiemia possono causare aritmie gravi, torsione di punta e morte improvvisa. L'ipopotassiemia può indurre debolezza muscolare fino alla paralisi, ileo paralitico, danno tubulare renale. La deplezione di magnesio può causare fascicolazioni, tetania, convulsioni e un'ipopotassiemia refrattaria, che

risponde solo alla supplementazione con magnesio. Nella fase iniziale della ri-alimentazione 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. Le complicanze della sindrome da ri-alimentazione si manifestano quando la fosfatemia scende a livelli $< 0,30-0,50$ mmol/L. 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: transchetolasi (ciclo del pentoso fosfato), piruvato-deidrogenasi (glicolisi) e alfa-chetoglutarato deidrogenasi (ciclo dell'acido citrico). È l'unica vitamina le cui riserve corporee si esauriscono in 14-18 giorni. Nel paziente 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 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). Più frequentemente sono presenti due sintomi o un solo sintomo.

8.1.9.2. *Prevenzione e trattamento*

Per evitare la sindrome da ri-alimentazione è necessario: valutare il livello di rischio del paziente, iniziare la ri-alimentazione con bassi apporti calorici e aumentare gradualmente, limitare l'apporto di sodio, supplementare con tiamina, monitorare e correggere le alterazioni elettrolitiche.

8.1.9.3. *Valutazione del livello di rischio*

Il rischio è strettamente correlato alla gravità della malnutrizione e aumenta in presenza di complicanze e comorbidità. Sono considerati a rischio di sviluppare una sindrome da *refeeding* i pazienti con BMI < 16 o con introiti alimentari trascurabili da più di 5 giorni.

Sono ad alto rischio i pazienti con BMI < 12 , digiuni o con introiti alimentari trascurabili da più di 10 giorni, bassi livelli di fosfato o di altri elettroliti prima della ri-alimentazione, insufficienza cardiaca, bradicardia < 40 bpm, QTc > 450 ms, insufficienza renale, insufficienza multiorgano o comorbidità attive. La stratificazione del rischio richiede un'accurata valutazione clinica, bio-umorale e strumentale. Devono essere tenuti in considerazione i limiti di alcuni parametri nei soggetti malnutriti. La creatinina sottostima l'insufficienza renale nei soggetti con deplezione delle masse muscolari, l'urea nei soggetti con ridotti introiti di proteine. Nella maggior parte dei casi un rialzo dell'urea e/o della creatinina riflette un'insufficienza renale funzionale da disidratazione o ipovolemia, più raramente un'insufficienza renale organica. Incrementi lievi o moderati possono essere compatibili con quadri anche gravi di disidratazione e ipovolemia, che aumentano il rischio di sviluppare squilibri idro-elettrolitici durante la ri-alimentazione. Ipotensione ortostatica (< 80 mmHg), contrazione della diuresi, osmolarità e peso specifico urinario elevati, bassi livelli di cloro plasmatico e bicarbonatemia elevata sono indici di deplezione del volume circolante.

Eventuali alterazioni lievi o moderate della funzione epatica e pancreatica, di solito legate allo stato di malnutrizione, non devono ritardare l'inizio della ri-alimentazione.

Le alterazioni elettrolitiche, del fosfato in particolare, possono richiedere una supplementazione per via parenterale. La correzione può essere attuata contestualmente all'inizio dell'intervento nutrizionale monitorandone i livelli plasmatici tutti i giorni o più volte al giorno. In casi di malnutrizione grave, nei primi giorni di trattamento, può essere necessario un sostegno della glicemia con infusione ev nelle 24 ore.

8.1.9.4. *Apporto calorico iniziale e successivi incrementi*

Nel paziente a rischio moderato le linee-guida MARSIPAN 2014 (Royal College of Psychiatrists, 2022) raccomandano di iniziare la ri-alimentazione con 15-20 kcal/die nelle prime 24 ore, con successivo graduale incremento ogni 2-3 giorni sulla base dell'andamento degli elettroliti plasmatici e delle condizioni cliniche.

Nel paziente ad alto rischio, l'apporto calorico raccomandato nelle prime 24 ore è 5-10 kcal/kg/die, con incrementi successivi ogni 12 ore in maniera da raggiungere in due giorni 20 kcal/kg/die per evitare sia i rischi legati al *refeeding* che all'*underfeeding*. In ogni caso, l'apporto calorico iniziale non dovrebbe mai essere inferiore all'introito dei giorni precedenti il ricovero. Nel paziente con peso corporeo molto basso un apporto

calorico di 5-10 kcal/die può non essere sufficiente a correggere un'eventuale ipoglicemia. Il piano nutrizionale dovrebbe pertanto essere adattato al quadro clinico del singolo paziente o prevedere la contestuale somministrazione di soluzione glucosata per via endovenosa al fine di prevenire ipoglicemie severe, soprattutto nelle ore notturne. Alcuni studi osservazionali hanno documentato che anche nei pazienti più gravi è possibile iniziare la ri-alimentazione con apporti calorici più elevati (20-25 kcal/die) senza rischi di complicanze. Tale approccio può essere attuato solo in reparti specialistici che assicurino un monitoraggio clinico e bio-umorale continuo di tipo semi-intensivo e la presenza di professionisti esperti sia di nutrizione artificiale che di disturbi alimentari.

8.1.9.5. *Prevenzione di un'eccessiva ritenzione idrosalina*

Per contrastare la ritenzione idrosalina che caratterizza le prime fasi della ri-alimentazione 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 dovrebbe 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). Supplementazione con tiamina (vitamina B1), altre vitamine e minerali. Per la prevenzione dell'encefalopatia di Wernicke è indicata una somministrazione profilattica di tiamina (200 mg) prima di iniziare la ri-alimentazione. Nel paziente gravemente malnutrito, nel quale 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 multi-minerale.

8.1.9.6. *Correzione delle alterazioni elettrolitiche*

Una lieve riduzione degli elettroliti plasmatici riflette la fisiologica risposta dell'organismo alla ri-alimentazione. È un campanello d'allarme, richiede una rapida correzione, ma non è rischiosa. Le conseguenze gravi della sindrome da ri-alimentazione 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 disidranzie 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.

8.1.9.7. *Monitoraggio clinico e bio-umorale*

Nelle prime 2-3 settimane della ri-alimentazione 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 ri-alimentazione. 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.

8.2. *Gestione delle complicanze fisiche associate alla malnutrizione*

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 idro-elettrolitico, possono mettere a rischio la vita del paziente. Questo sottolinea l'importanza di eseguire una valutazione medica internistica periodica nei pazienti affetti da disturbi dell'alimentazione per prevenire e gestire le complicazioni mediche eventualmente presenti. Per la gestione di alcune complicanze specifiche (per es. cardiache, gastroenterologiche, ematologiche, dermatologiche, ginecologiche e dentali) è consigliabile chiedere una consulenza possibilmente, anche in questo caso, a medici specialisti che abbiano una conoscenza delle complicanze dei disturbi dell'alimentazione.

8.3. *Principi generali della riabilitazione nutrizionale del paziente sovrappeso*

È di riscontro più frequente nelle persone con Disturbo da Binge Eating. La maggior parte delle problematiche fisiche associate al disturbo da Binge Eating - come la sindrome metabolica, il diabete, le malattie cardiovascolari, l'osteoartrosi, la sindrome delle apnee ostruttive, la sindrome dell'ovaio policistico, la steatosi epatica non alcolica e alcuni tipi di neoplasia - sono attribuibili alla condizione di obesità spesso associata. Alcuni studi hanno però osservato come il disturbo da Binge Eating sembri conferire un maggiore rischio per lo sviluppo delle componenti della sindrome metabolica (ovvero, obesità addominale, dislipidemia, ipertensione arteriosa e alterata glicemia a digiuno) rispetto a quello attribuibile alla sola obesità. Altri studi hanno osservato che, a parità di peso, gli individui con disturbo da Binge Eating riportano con più frequenza insoddisfazione nei riguardi della loro salute fisica, utilizzazione delle cure sanitarie, insonnia, menarca precoce e dolori al collo, alle spalle, alla schiena e ai muscoli.

La valutazione clinica nutrizionale dovrebbe includere anche la misurazione della pressione arteriosa, la misurazione della circonferenza addominale e un esame della composizione corporea.

La letteratura internazionale riconosce come obiettivi primari della terapia del disturbo da Binge Eating l'astinenza dalle abbuffate e la perdita di peso (se è presente una condizione di obesità). Negli ultimi anni sono stati proposti e valutati numerosi trattamenti per il disturbo da Binge Eating e l'obesità che si possono dividere in quattro categorie principali:

1. psicoterapie, con buoni risultati sulla remissione degli episodi bulimici che sono stati ottenuti dalla terapia cognitivo comportamentale (CBT), dalla psicoterapia interpersonale (IPT) e dall'auto-aiuto guidato basato sempre sulla terapia cognitivo comportamentale. Risultati promettenti sono stati riportati anche dalla terapia dialettico comportamentale (DBT) e dalla terapia focalizzata sulle emozioni, in particolare se associata a consigli dietetici.

2. programmi di perdita di peso basati sulla modificazione dello stile di vita, ambulatoriali e residenziali, che prevedono l'associazione di una regolare attività fisica ad una dieta sana;

3. terapia farmacologica, di cui è stata riscontrata una certa utilità dall'uso di SSRI come fluoxetina (approvata per la Bulimia nervosa), bupropione/naltrexone (approvato per la perdita di peso in condizioni di obesità), la lisdexamfetamina (approvata dalla FDA per il Binge Eating) e il topiramato che ha mostrato alcune evidenze di efficacia nel trattamento sia dell'obesità, sia del Binge Eating. In proposito meritano un approfondimento i più recenti ma sempre più popolari farmaci agonisti di GLP-1 e GIP, che rappresentano una importante novità nel trattamento dell'obesità. Tali farmaci mimano l'azione del *glucagon-like peptide-1* (GLP-1), un ormone prodotto naturalmente dal nostro corpo in risposta all'assunzione di cibo, con un triplice effetto: stimolano la secrezione di insulina dalle cellule beta del pancreas quando i livelli di glucosio sono elevati, riducendo così la glicemia in maniera glucosio-dipendente. Allo stesso tempo inibiscono la produzione di glucagone, un ormone che aumenta la produzione di glucosio dal fegato. Inoltre, gli agonisti di GLP-1 rallentano lo svuotamento gastrico, riducendo la velocità di assorbimento dei nutrienti, e agiscono sul Sistema Nervoso Centrale, in particolare sull'ipotalamo, aumentando la sensazione di sazietà e riducendo l'appetito. Questi meccanismi combinati portano, oltre ad un miglior controllo della glicemia, ad una riduzione dell'assunzione di cibo con conseguente perdita di peso. Un altro attore protagonista del complesso meccanismo di regolazione è il GIP (*Glucose-dependent Insulinotropic Polypeptide*), ormone che viene rilasciato in risposta all'assunzione di nutrienti, in particolare carboidrati e grassi. Il suo principale effetto è stimolare la secrezione di insulina dalle cellule beta del pancreas in maniera glucosio-dipendente, ovvero solo quando i livelli di glucosio nel sangue sono elevati. Sebbene il suo ruolo nella regolazione del glucosio sia

meno studiato rispetto al GLP-1, il GIP ha recentemente guadagnato attenzione per il suo potenziale nella gestione del metabolismo dei lipidi e del peso corporeo, soprattutto quando combinato con agonisti di GLP-1. Attualmente in Italia sono tre i farmaci disponibili e approvati in maniera specifica per la gestione del peso in aggiunta a una dieta povera di calorie e ad un aumento dell'attività fisica e sono rappresentati da: liraglutide, semaglutide e tirzepatide.

4. chirurgia bariatrica: nei trattamenti di perdita di peso basati sulla chirurgia bariatrica, la presenza di disturbo da Binge Eating predice una minore perdita di peso e un maggiore recupero di peso. È stato segnalato che la minore efficacia dell'intervento di chirurgia bariatrica si verifichi in particolare nel sottogruppo di individui in cui ricompare, spesso anche dopo anni dall'intervento, la perdita di controllo nei confronti dell'alimentazione. Questa, in molti casi, non è associata all'assunzione di una grande quantità di cibo, per i limiti imposti dalla restrizione gastrica prodotta dall'intervento chirurgico, ma è ripetuta durante il giorno. È da sottolineare, inoltre, che gli interventi di chirurgia bariatrica, oltre ad essere gravati in alcuni casi da importanti complicazioni fisiche, sono indicati per una minoranza di individui affetti dove hanno fallito trattamenti non chirurgici ben condotti.

Il problema maggiore da affrontare nel paziente con obesità e disturbo da Binge Eating non è tanto la riduzione e l'astinenza dagli episodi bulimici, ma il riuscire a ottenere una perdita di peso salutare e duratura. Un potenziale miglioramento nel raggiungere questo obiettivo è combinare gli interventi di psicoterapia con interventi di riabilitazione nutrizionale.

9. RESIDENZIALITÀ

In attuazione a quanto indicato nella DGR XII/1827/2024 verranno istituite strutture comunitarie dedicate agli specifici disturbi della nutrizione e dell'alimentazione (DNA) che devono offrire un percorso di cura completo, che unisca l'assistenza medica a interventi psicoterapeutici e riabilitativi. L'obiettivo è aiutare la persona a raggiungere un equilibrio del peso e del metabolismo compatibile con uno stato di buona salute e, allo stesso tempo, lavorare sul superamento di quegli schemi mentali e relazionali disfunzionali legati al controllo del cibo e del corpo, che sono alla base del disturbo.

Quando il trattamento ambulatoriale o semiresidenziale non basta più, oppure dopo una fase di ricovero ospedaliero, la comunità residenziale rappresenta un'opportunità terapeutica più intensiva e continuativa, ma sempre in un ambiente protetto e non ospedaliero.

Per rispondere a questa esigenza crescente, è prevista la creazione di nuovi posti letto e la riconversione di strutture psichiatriche o di neuropsichiatria infantile (NPIA) in spazi dedicati alla cura residenziale dei disturbi alimentari. Si tratta di un intervento importante, perché questi disturbi coinvolgono non solo chi ne soffre, ma anche tutta la famiglia, e richiedono un approccio terapeutico ampio e personalizzato.

L'ingresso in comunità corrisponde al terzo livello di un modello di cura articolato in cinque fasi.

La permanenza in comunità ha sempre un carattere temporaneo e punta al reinserimento graduale nel proprio contesto di vita.

Il percorso terapeutico riabilitativo (PTR) aiuta la persona a ristabilire un contatto con la quotidianità e con il mondo esterno, promuovendo autonomia e benessere. È fondamentale che questo cammino avvenga in coerenza con la rete regionale dei Servizi per i DNA, così da garantire continuità nella presa in carico. L'ingresso in struttura, infine, dovrebbe avvenire il più vicino possibile al domicilio del paziente, per facilitare il coinvolgimento della famiglia e del contesto sociale di riferimento.

I percorsi riabilitativi di ricovero e cura

Tra i diversi percorsi residenziali, quello di riabilitazione psico-nutrizionale è proposto a pazienti che necessitano di un livello di trattamento più intensivo rispetto a quello proposto durante il percorso ambulatoriale/semiresidenziale e che presentano una condizione clinica instabile, non compatibile con un percorso residenziale comunitario, ma che non necessita di un ricovero ospedaliero.

Il programma prevede un approfondimento intensivo del lavoro psico-nutrizionale integrato con spunti che derivano dalla vita comune, dal confronto e dallo scambio nei diversi gruppi terapeutici.

Il percorso prevede la possibilità di prendere in carico quadri clinici di gravità variabile (acuzie escluse) per riabilitazione intensiva residenziale di durata variabile secondo le norme vigenti. Permette di sviluppare percorsi di cura per pazienti con caratteristiche differenti (dall'età evolutiva all'età adulta) garantendo la continuità di trattamento in ambito territoriale di provenienza e contenendo il drop-out e la migrazione fra Servizi.

Può contare su un'équipe multidisciplinare (psichiatra/NPI, internista, psicologo psicoterapeuta, dietista, TeRP, infermiere, OSS) in cui tutte le figure professionali condividono i luoghi di cura, dedicati in maniera esclusiva al trattamento di queste patologie.

È indicato per pazienti che non rispondono ai trattamenti ambulatoriali e semiresidenziali o con una gravità clinica tale da richiederlo in prima battuta. I pazienti indirizzati a questo trattamento hanno scarsa motivazione alla cura, stabilità medica mantenuta solo attraverso monitoraggio continuo, necessità di supervisione per prevenire i comportamenti compensatori, comorbidità psichiatriche che necessitano di trattamento intensivo e supervisione, fattori familiari e psicosociali che interferiscono con l'abilità del paziente ad affrontare il disturbo.

Accoglie pazienti su invio specialistico ambulatoriale e/o da RO (NPIA, SPDC, Medicina, Chirurgia, Sub-acuti, etc.).

Il trattamento riabilitativo integra la riabilitazione nutrizionale, fisica, psicologica e psichiatrica. Prevede infatti riabilitazione nutrizionale (individuale e di gruppo) guidata e personalizzata, farmacoterapia (psichiatrica e non) quando necessaria, monitoraggio della condizione medica generale, psicoterapia individuale e/o di gruppo, gruppi di psicoeducazione e di riabilitazione psichiatrica, terapie complementari. Di fondamentale importanza è il coinvolgimento della famiglia, nella quale il paziente si reinserisce progressivamente con l'avanzamento del percorso (visite con i familiari nel fine settimana, permessi e uscite). Per tali ragioni, vengono implementate - in questi percorsi - le attività a loro rivolte, quali colloqui familiari e gruppi psicoeducativi.

10. SEMI-RESIDENZIALITÀ

10.1 Centro diurno

In continuità con quanto indicato nell'attivazione di esclusive strutture residenziali per pazienti affetti da DNA, saranno riconvertiti anche centri diurni in grado di contribuire al trattamento dello specifico disturbo. I trattamenti più intensivi sono riservati a quei pazienti nei quali precedenti percorsi meno intensivi, condotti secondo le evidenze scientifiche disponibili, non hanno dato però i risultati attesi o per i quali il rischio fisico, psichico o le difficoltà psicosociali rendono inappropriato il trattamento ambulatoriale.

I Centri diurni, di futura strutturazione specifica, devono garantire un programma diurno, interdisciplinare, intensivo e strutturato rivolto a soggetti non responsivi al trattamento ambulatoriale o per i quali sia opportuna una riduzione graduale dell'intensità dell'intervento dopo un trattamento residenziale o un ricovero ospedaliero. Il programma offerto si dovrebbe articolare attraverso un'attività di riabilitazione nutrizionale e pasti assistiti, riabilitazione relazionale, attività psicoterapiche individuali e di gruppo, attività educative ed occupazionali, allo scopo di favorire la dimensione relazionale e di condivisione delle esperienze e di impiegare lo "spazio-tempo" in maniera indipendente dalla tematica "cibo". Il *setting* semi-residenziale dovrebbe permettere di affrontare, in maniera più intensiva, problematiche non superabili a livello ambulatoriale (ad es., incapacità di affrontare il recupero del peso o di ridurre la frequenza degli episodi bulimici, del vomito autoindotto e dell'esercizio fisico eccessivo) e, nei casi che hanno necessitato di livelli di cura più intensivi, dovrebbe consentire di proseguire e stabilizzare il programma di riabilitazione psico-nutrizionale in un livello di cura propedeutico al trattamento ambulatoriale. Rispetto al trattamento residenziale, il centro diurno dovrebbe consentire al paziente di mantenere, ove possibile, il proprio ruolo sociale, educativo e lavorativo, incoraggiare ad una maggiore indipendenza e autonomia rispetto all'ospedalizzazione e favorire l'attuazione, nell'ambiente di vita del soggetto, delle nuove abilità apprese durante il trattamento. Nel minore dovrebbe permettere il mantenimento dell'attività scolastica e ricreativa. Si dovrebbe trattare di centri ubicati preferibilmente in contiguità strutturale con gli ambulatori specialistici

DNA, per l'età adulta, o con la NPJA, per l'età pediatrica, con i/le quali condividono l'équipe funzionale multidisciplinare. Le professionalità che partecipano ai programmi semi-residenziali sono le stesse degli ambulatori specialistici DNA.

10.2. *Day Hospital ospedaliero (o pacchetti intensivi di prestazioni ospedaliere)*

I programmi di *day-hospital* sono programmi interdisciplinari, intensivi e strutturati a livello ospedaliero che possono essere forniti a pazienti che necessitano di trattamenti più intensivi, o come fase intermedia dopo la dimissione da un trattamento ospedaliero.

Il trattamento di *day-hospital* consente di mantenere il ruolo sociale e lavorativo/scolastico del paziente e incoraggia a mantenere una maggiore indipendenza e autonomia rispetto alla residenzialità. Le nuove abilità apprese durante il trattamento possono essere immediatamente attuate nell'ambiente di vita del soggetto. La possibilità di interagire continuamente con i fattori (familiari, sociali, ecc) che hanno avuto un ruolo di mantenimento del DNA permette al paziente di apprendere, sviluppare e attuare strategie per contrastarli.

Criteri di ricovero

- scarsa motivazione al trattamento e al recupero ponderale;
- mancanza di cooperazione al trattamento ambulatoriale o semi-residenziale, cooperazione solo in setting altamente strutturati;
- bisogno di supervisione per prevenire condotte di eliminazione che non hanno risposto a trattamenti ambulatoriali;
- BMI inferiore a 15;
- peso che si avvicina ad un peso che, in passato, è stato associato a instabilità medica;
- situazione psicosociale che interferisce con il trattamento;
- grave limitazione nei ruoli sociale, familiare, lavorativo/scolastico;
- comorbidità psichiatrica che necessita di un approccio terapeutico intensivo e di una sorveglianza sulla correttezza della somministrazione della terapia farmacologica.

Criteri di esclusione

- progettualità suicidaria e TS;
- ritardo mentale;
- disturbi correlati a sostanze e da *addiction*;
- psicosi.

Struttura del programma di ricovero

- Visite mediche settimanali o al bisogno, esami ematochimici e strumentali quando necessario;
- Visite psichiatriche settimanali o, al bisogno, 1 seduta alla settimana;
- Valutazione infermieristica quotidiana;
- Psicoterapia individuale;
- Valutazione nutrizionale, esecuzione di bio-impedenziometria all'ingresso e alla dimissione;
- Colloqui settimanali con dietista e monitoraggio ponderale e stesura del menù settimanale;
- Pasto assistito (colazione-spuntino-pranzo-merenda-cena);
- Accoglienza e contenimento delle ansie nel tempo post-prandiale (da parte di Educatori Professionali Sanitari)
- Gruppi e laboratori.

Il pasto assistito

Rappresenta il fulcro dei programmi di riabilitazione nutrizionale indicati per i pazienti affetti da DNA. L'aderenza a procedure specifiche durante i pasti aiuta i pazienti ad affrontare gli stati emotivi, a gestire le preoccupazioni legate all'aspetto del corpo e alle sensazioni fisiche (ad esempio, la sensazione di pienezza prematura, gonfiore addominale) e i rituali alimentari.

L'assistenza al pasto è una tecnica volta a ripristinare i comportamenti alimentari, promuovere un adeguato consumo calorico, favorire un adeguato aumento di peso e prevenire il ricovero ospedaliero. Viene introdotta dopo la valutazione dello stato nutrizionale e la raccolta di un'accurata anamnesi clinica e nutrizionale.

Il pasto assistito ha l'obiettivo finale di aiutare il paziente a riattribuire al cibo e ai pasti la loro funzione di nutrimento attraverso un sostegno emotivo competente, ovvero dandogli incoraggiamento, rassicurazioni e sostegno nei confronti dell'ansia e delle paure generate dall'assunzione di cibo.

Gli obiettivi generali di questa procedura sono i seguenti:

- normalizzare il comportamento alimentare (ovvero la frequenza, la quantità e la qualità dei pasti);
- promuovere l'incremento ponderale nel paziente sottopeso o il mantenimento del peso;
- aiutare il paziente ad attenuare l'ansia e la paura nei confronti del cibo;
- interrompere alcuni rituali alimentari che ostacolano l'assunzione di pasti normali;
- sostenere una nuova attribuzione all'atto del nutrirsi, focalizzando sul suo valore biologico, ma anche sociale;
- sostenere il paziente nella fase post-prandiale.

Gli operatori sanitari svolgono un ruolo di primo piano nell'aiutare il paziente a ripristinare i normali modelli alimentari durante i pasti. L'approccio delle figure professionali coinvolte è strutturato in relazione alla gravità del disturbo e al grado di compromissione della situazione clinica.

Nella pratica clinica, il trattamento con pasto assistito è spesso effettuato secondo l'esperienza empirica degli operatori sanitari.

L'operatore che assiste i pasti dovrebbe aiutare il paziente a mangiare in caso di difficoltà. Il paziente va incoraggiato a non farsi condizionare dalle emozioni, dalle preoccupazioni e dalle sensazioni fisiche associate all'assunzione del pasto perché non rappresentano una "buona guida" per decidere quanto e che cosa mangiare (strategia del mangiare meccanicamente). Devono essere affrontati, quando presenti, i rituali alimentari (per es., mangiare molto lentamente, tagliare il cibo in piccoli pezzi), spesso secondari al sottopeso, ma che possono essere utilizzati per limitare l'assunzione di cibo.

I vantaggi della pratica clinica del pasto assistito sono principalmente la possibilità di ripristinare lo stato nutrizionale ed evitare la necessità di metodi di alimentazione intensiva e invasiva.

11. CONCLUSIONI

Il Piano Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per i Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione (DNA) di Regione Lombardia, qui presentato, esprime un passo fondamentale per il consolidamento e l'armonizzazione di un sistema regionale integrato in grado di offrire risposte efficaci, tempestive e coordinate alla crescente domanda di cura in questo ambito. I dati epidemiologici, sia a livello nazionale che regionale, testimoniano infatti un aumento significativo dei casi, una riduzione dell'età di esordio e una crescente incidenza fra la popolazione maschile, delineando un quadro complesso che richiede interventi multidimensionali e multiprofessionali. Attraverso una definizione chiara di ruoli, livelli di intervento, criteri di accesso e standard di cura, il PDTA si pone l'obiettivo di garantire omogeneità nell'approccio clinico-assistenziale su tutto il territorio lombardo. L'adozione di un modello a rete, che comprende ambulatori, centri diurni, strutture residenziali e ospedaliere, consente di costruire percorsi flessibili, adattabili ai bisogni specifici dei pazienti e alle diverse fasi della patologia. La presenza della figura del *case manager* assicura la continuità e l'integrazione degli interventi, promuovendo al tempo stesso un approccio centrato sulla persona e il coinvolgimento attivo di *caregiver* e famiglie. Particolare attenzione è stata riservata all'importanza di un'azione precoce e capillare per contrastare lo stigma, favorire l'intercettazione dei casi iniziali e costruire una cultura orientata alla promozione della salute mentale. Infine, l'impegno di Regione Lombardia nella strutturazione di una rete aggiornata, formalmente mappata e supportata da risorse dedicate, dimostra la volontà di affrontare in maniera sistematica una problematica che impatta profondamente sulla salute pubblica. Il PDTA, in questo quadro, non è solo uno strumento tecnico-organizzativo ma costituisce una risposta integrata ai pazienti, con l'obiettivo ultimo di migliorarne la qualità della vita e i percorsi di guarigione.

Appendice 1: i test psicodiagnostici

- **Psicopatologia del DNA e insoddisfazione corporea:**
 - EATING DISORDER INVENTORY – 3 (EDI-3) di Garner (2004): non è uno strumento messo a punto per fornire una diagnosi di DNA ma ha come obiettivo di misurare i tratti psicologici e i sintomi chiave che sono rilevanti nello sviluppo e nel mantenimento di tale disturbo. È composta da 91 item suddivisi in 12 scale principali: 3 scale specifiche per i disturbi alimentari (impulso alla magrezza, bulimia, insoddisfazione corporea) e 9 scale psicologiche generali, rilevanti per i DNA ma non specifiche per essi (bassa autostima, alienazione personale, insicurezza interpersonale, alienazione interpersonale, deficit enterocettivi, disregolazione emotiva, perfezionismo, ascetismo, paura della maturità). Fornisce, inoltre, 6 punteggi composti che rappresentano costrutti psicologici generali (rischio di disturbo alimentare, inadeguatezza, problemi interpersonali, problemi affettivi, ipercontrollo, disadattamento psicologico generale). Ha tre scale di validità (incoerenza, infrequenza, impressione negativa).
 - EATING DISORDER EXAMINATION (EDE) di Fairburn et al., (2013): un'intervista basata sull'intervistatore che richiede addestramento sia nella tecnica dell'intervista, sia in tutti i concetti e in tutte le regole che governano l'assegnazione dei punteggi. Fornisce dati di frequenza sulle principali caratteristiche comportamentali dei DNA in termini di numero di episodi e, in alcuni casi, di numero di giorni in cui si è verificato il comportamento. In secondo luogo, fornisce punteggi a partire da sotto-scale che riflettono la gravità degli aspetti della psicopatologia dei DNA. Le sotto-scale sono Restrizione, Preoccupazione per l'Alimentazione, Preoccupazione per la Forma del Corpo e Preoccupazione per il Peso. Esiste anche una versione auto-somministrata di questo strumento: EDE-Q.
 - CLINICAL IMPAIRMENT ASSESSMENT QUESTIONNAIRE (CIA) di Bohn & Fairburn (2008): uno strumento auto-somministrato di 16 item che misura la gravità del danno psicosociale dovuto alle caratteristiche dei DNA. 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 DNA: tono dell'umore e auto-percezione, funzionamento cognitivo, funzionamento interpersonale e prestazione professionale. Lo scopo del CIA mira a fornire un indice di gravità semplice ed unico del danno psicosociale, secondario alle caratteristiche dei DNA. Il CIA è progettato per essere completato immediatamente dopo aver compilato una misurazione delle caratteristiche attuali del DNA che prende in esame la stessa cornice temporale (per esempio l'*Eating Disorder Examination Questionnaire*, EDE-Q). Questo assicura che il paziente abbia le caratteristiche dei DNA "bene in mente" quando compila il CIA. Il CIA è finalizzato a completare l'*assessment* clinico sia prima che dopo il trattamento. È adatto anche ad essere utilizzato nelle ricerche epidemiologiche.
 - EATING DISORDERS QUESTIONNAIRE IN CHILDHOOD (EDQ-C) di Sebastian et al., (2019): è uno strumento che risponde all'esigenza di una diagnosi precoce dei DNA in età pediatrica e della loro comorbidità con pattern di attaccamento insicuri, disturbi d'ansia e dell'umore, difficoltà relazionali e comportamentali. È una batteria di questionari - auto ed etero valutativi - volta a individuare e indagare i DNA nella fascia 0-12 anni, dando valore alle interazioni fra fattori psicosociali e vulnerabilità individuale psicofisica. La batteria comprende cinque tipologie di questionari: *Parental Form P*: unico per tutte le fasce di età, indaga la psicopatologia generale del genitore; *Parental Form C*: diverso per le fasce di età (0-3, 4-7, 8-12), permette un'indagine approfondita sulla psicopatologia generale e alimentare del bambino; *Short Form*: diverso per fasce di età (0-3, 4-7, 8-12), consente di effettuare una valutazione di primo livello della psicopatologia generale e alimentare del bambino; *Teacher Form*: diverso per fasce di età (0-3, 4-7, 8-12), consente di effettuare una valutazione di primo livello delle difficoltà alimentari nell'ambiente scolastico; *Children Form*: da somministrare direttamente al bambino nella fascia d'età 8-12 indaga l'eventuale presenza di aspetti psicopatologici della personalità. È inoltre presente un Questionario Anamnestico unico per tutte le fasce di età che ha l'obiettivo di raccogliere informazioni sui genitori, sulla composizione del nucleo familiare e, in particolare, sulla storia del figlio.

- BINGE EATING SCALE (BES) di Gormally et al., (1982): è uno strumento self-report di 16 item su scala likert diretto alla valutazione del comportamento alimentare e, in particolare, del sintomo “abbuffate compulsive”. Alla base di questo strumento vi è un modello cognitivo capace di spiegare i pensieri che accompagnano le abbuffate (Young & Cooper, 2013). Si parla principalmente di tre tipi di pensiero (positivo, negativo e permissivo) e due auto-credenze negative (disprezzo per sé stessi e bisogno di aiuto/sostegno). Questi pensieri e queste credenze si combinano fra loro contribuendo a stabilire la gravità del disturbo: le abbuffate si verificano infatti nel momento in cui il soggetto sperimenta auto-credenze negative e le utilizza come strategia per meglio gestire lo stress; qui hanno origine le credenze positive, le quali, supportate da un pensiero permissivo (ad es., “Mi merito di mangiare perché mi fa stare meglio”), fanno sì che l’individuo porti avanti i suoi comportamenti.
- BODY UNEASINESS TEST (BUT) di Cuzzolaro, Vetrone & Garfinkel (2006): è uno strumento self-report che misura l’insoddisfazione corporea. Indaga il disturbo dell’immagine corporea, da un punto di vista multidimensionale: non solo in termini di insoddisfazione per peso e forma, ma anche attitudini disfunzionali circa il corpo (ad es., sentimenti di estraneità), sia in soggetti adulti che in soggetti adolescenti. È composto da 71 item valutati su scala likert ed è diviso in due parti: BUT-A (fobia del peso, preoccupazione per l’immagine corporea, controlli compulsivi della propria immagine, sentimenti di distacco e de-personalizzazione); BUT-B (preoccupazioni specifiche su particolari parti o funzioni del corpo).
- ORTOREXIA-15 (ORTO15) di Donini et al., (2005): è un questionario self-report che misura aspetti cognitivi, razionali, clinici ed emotivi della ortoressia in soggetti adulti e adolescenti. È composto da 15 item su scala likert che riflettono la frequenza con cui la persona mostra atteggiamenti ossessivi verso un’alimentazione sana. Gli elementi che riflettono una tendenza ortoressica sono valutati come 1 e punteggi più alti indicano abitudini alimentari più accurate. Il test ha una doppia valenza: può essere impiegato con finalità di *screening* oppure per formulare una diagnosi, a seconda del valore soglia adottato e, pertanto, della sensibilità e specificità individuate.
- ADONIS COMPLEX QUESTIONNAIRE (ACQ) di Pope, Phillips e Olivardia (2000): è uno degli strumenti più utilizzati per l’indagine sulla vigoressia. Si tratta di un questionario self-report di soli 13 item, con tre alternative di risposta, progettato per i soli soggetti adulti di sesso maschile. Questo strumento valuta le preoccupazioni relative all’aspetto fisico e ai comportamenti correlati, ma non fornisce informazioni dettagliate sui livelli di gravità dei sintomi. Il punteggio va da 0 a 39, dove 0 rappresenta l’assenza di preoccupazione per l’immagine fisica e 39 una condizione psicopatologica molto grave (Latorre-Romn et al., 2014). La versione italiana di questo strumento è stata curata da Riccobono (2020).

Accanto ai tratti di personalità e ai costrutti più tradizionalmente indagati dalle ricerche, la letteratura e l’esperienza clinica mettono in evidenza numerose altre dimensioni che sempre di più si stanno rivelando centrali nei DNA e possono essere analizzate anche attraverso test e questionari. Tra le principali troviamo:

- **Funzione riflessiva** (Quattropani et al., 2022; Goshen et al., 2023)
 - REFLECTIVE FUNCTION QUESTIONNAIRE (RFQ) di Fonagy et al., (2016): è utilizzato per indagare le capacità di mentalizzazione nei pazienti. Si compone di 54 item self-report, valutati su scala likert e raggruppati in 2 sottoscale: RFQ *Certainty*, che riflette un’eccessiva certezza sugli stati mentali di sé e degli altri (punteggi elevati sono associati a un livello più genuino di mentalizzazione, mentre punteggi bassi riflettono l’ipermentalizzazione ovvero la tendenza a sovrainterpretare gli stati mentali); RFQ *Uncertainty*, che riflette un’eccessiva incertezza sugli stati mentali di sé e degli altri (punteggi elevati riflettono la tendenza a pensare in termini concreti e non mentalizzanti, mentre punteggi bassi indicano una migliore mentalizzazione). Esiste anche una versione per gli adolescenti, la RFQY (*Reflective Function Questionnaire - Youth*) (Sharp et al., 2022). È stato validato in italiano.
- **Disregolazione emotiva** (Trompeter et al., 2021)
 - DIFFICULTIES IN EMOTION REGULATION STRATEGIES (DERS) di Sighinolfi et al., (2010): è un questionario di tipo self report per adulti composto da 36 item e suddiviso in 6 sotto-scale: non accettazione delle risposte emotive; difficoltà a impegnarsi in un comportamento diretto a uno

scopo; difficoltà nel controllo degli impulsi; mancanza di consapevolezza emotiva; accesso limitato alle strategie di regolazione delle emozioni; mancanza di chiarezza emotiva. Esiste una validazione italiana.

- **Alessitimia** (Muir, Preece & Becerra, 2023):
 - TORONTO ALEXITHYMIA SCALE (TAS-20) di Taylor et. al., (1985) e Caretti, La Barbera & Craparo (2005): si compone di 3 scale fattoriali: difficoltà nell'identificare i sentimenti (DIF); difficoltà nel descrivere i propri sentimenti ad altri (DDF); pensiero orientato all'esterno (EOT).
- **Disforia di genere** (Paz-Otero et al., 2021):
 - GENDER IDENTITY/GENDER DYSPHORIA QUESTIONNAIRE FOR ADULTS AND ADOLESCENTS (GIDYQ-AA) di Deogracias et al., (2007): questo strumento è stato concettualizzato per misurare la disforia di genere in adolescenti e adulti. È composto da 27 item, somministrabili sotto forma di intervista oppure questionario self-report, che misurano una pluralità di indicatori di identità di genere e disforia quali: indicatori soggettivi (n = 13 item); indicatori sociali (n = 9 item); indicatori somatici (n = 3 item); indicatori socio-legali (n = 2 item). Esiste una validazione italiana.
- **Non suicidal self injury (NSSI)** (Akgül et al., 2024):
 - SELF HARM INVENTORY (SHI) di Sansone, Wiederman & Sansone (1998): È un questionario self-report di 22 domande che valuta la storia degli agiti autolesivi del paziente.

Un approfondimento psicologico più generale e completo può prevedere altri test quali:

- WISC V (*Wechsler Intelligence Scale for Children*) o WAIS IV (*Wechsler Adult Intelligence Scale - Fourth Edition*) per l'indagine sul funzionamento cognitivo.
- Test di Rorschach: un test proiettivo utile per cogliere i principali aspetti strutturali della personalità, le caratteristiche dell'approccio all'esperienza e delle dinamiche intra e interpersonali, le modalità di *problem solving* e di regolazione emotiva della persona.
- TAT (Test di Appercezione Tematica): un test proiettivo che permette di strutturare un profilo di personalità mettendo in evidenza il modo in cui l'individuo si muove nel proprio mondo interiore e nella realtà esterna.
- Blacky Pictures test: un proiettivo che rileva molteplici aspetti del funzionamento del paziente come la qualità delle relazioni oggettuali primarie interiorizzate, la gestione delle emozioni e degli aspetti pulsionali.
- MMPI-2 (*Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2*), MMPI-A (*Minnesota Multiphasic Personality Inventory-Adolescent*), PAI (*Personality Assessment Inventory*), PAI-A (*Personality Assessment Inventory-Adolescent*), SCID-5-PD (Intervista clinica strutturata per i disturbi di personalità del DSM-5), altri questionari/interviste per gli aspetti di personalità.

Per ognuno di questi test esiste un'ampia e variegata letteratura per la quale si rimanda alla letteratura specialistica selezionabile sulle apposite banche-dati internazionali (PubMed, etc).

Appendice 2: DOCUMENTI E NORMATIVA DI RIFERIMENTO

- Conferenza di Consenso: Disturbi del Comportamento Alimentare negli adolescenti e nei giovani adulti. Rapporti ISTISAN 13/6, 2013.
- Appropriatelyzza clinica, strutturale e operativa nella prevenzione, diagnosi e terapia dei disturbi alimentari. Quaderni del Ministero della Salute, n. 17/22 luglio/agosto 2013.
- Linee di indirizzo nazionali per la riabilitazione nutrizionale nei disturbi dell'alimentazione. Quaderni del Ministero della Salute, n. 29 settembre 2017.
- Disturbi del comportamento alimentare: raccomandazioni per i famigliari. Ministero della Salute, 26 marzo 2018.
- 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. Ministero della Salute, 26 marzo 2018.
- Tavolo di lavoro per la prevenzione e il contrasto del sovrappeso e dell'obesità, insediatosi il 6 giugno 2019, e istituito con DM del 18 gennaio 2019 e successive integrazioni (5 febbraio 2019 e 10 aprile 2019) presso la Direzione generale della prevenzione sanitaria.
- Legge 30 dicembre 2021, n. 234, recante l'istituzione, presso il Ministero della Salute, di un Fondo per il contrasto dei Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione;
- DGR n. 4408 del 18/04/2017, "Approvazione documento conclusivo del gruppo di approfondimento tecnico regionale sui Disturbi della Nutrizione e Alimentazione".
- Legge Regionale n. 2 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".
- DGR n.7357 del 21 novembre 2022 "Piano Regionale Biennale di attività per il contrasto dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione (DNA) ai sensi dell'intesa del 21 giugno 2022 (Rep. Atti n. 122/CRS): presa d'atto dell'approvazione da parte del Ministero della Salute e conseguente avvio della fase attuativa" del 21/11/2022;
- DGR XI/7590 del 15/12/2022 Approvazione del documento "Potenziamento della rete dei servizi a favore di soggetti che presentano Disturbi della Nutrizione e Alimentazione (DNA): atto di indirizzo per la finalizzazione delle risorse previste per l'attuazione della L.R. 23 febbraio 2021 di procedere al riparto per ATS delle risorse pari a € 1.480.000 in funzione del criterio della popolazione residente (rilevata al 31/12/2021).
- Deliberazione n. 2007 del 13/03/2024 "Ricostituzione della Cabina di regia per la prevenzione e la cura dei Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione" in attuazione dell'art. 3 – Legge regionale n. 2 del 23/02/2021 e contestuale nomina dei nuovi componenti.
- DGR n. XII/3287 del 31 ottobre 2024 "Approvazione del regolamento della Cabina di regia per la prevenzione e la cura dei Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione (DNA) ai sensi della legge regionale del 23 febbraio 2021, n. 2 -Disposizioni per la prevenzione e la cura dei Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione e il sostegno ai pazienti e alle loro famiglie - a seguito di parere consiliare e modifica componenti della Cabina di regia e ulteriori determinazioni (di concerto con l'assessore Tironi).
- DGR n. XII/3864 del 3 febbraio 2025 Presa d'atto dell'approvazione da parte del Ministero della Salute del Piano Regionale di attività per il contrasto dei Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione (DNA) ai sensi dell'Intesa del 3 ottobre 2024 (REP. ATTI N. 180 /CSR), conseguente approvazione del riparto fra le ATS e approvazione del Report Epidemiologico sui Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione (DNA) in Regione Lombardia 2019-2023.

Appendice 3: STRUMENTI OPERATIVI PER UN SISTEMA SCOLASTICO DI QUALITA'



Ministero dell'istruzione e del merito
Ufficio Scolastico Regionale per la Lombardia

STRUMENTI OPERATIVI PER UN SISTEMA SCOLASTICO DI QUALITÀ

Gli esiti delle attività interistituzionali di ricerca e di riflessione delle sottocommissioni del GLIR per l'anno scolastico 2023/24

SOTTOCOMMISSIONE 3: Inclusione scolastica alunni con DCA/DNA		
Iacchia Emanuela	Psicologa e Psicoterapeuta Centro Vela - Como	emanuela.iacchia@tiscali.it
Bassani Verena	Docente secondaria di II grado	verbassani@gmail.com
Corradi Ettore	Direttore S.C. dietetica e nutrizione clinica – Niguarda - Milano	ettore.corradi@ospedaleniguarda.it
Lo Cascio Domenica	Educatrice comunità per DNA - Villa Miralago	domenica.locascio@villamiralago.it
Cantini Fortunata	Dirigente Neuropsichiatra infantile - ospedale san Paolo e san Carlo - Milano	fortunata.cantini@asst-santipaolocarlo.it
Stampini Laura	AT Milano	laura.stampini@scuola.istruzione.it
Monica Capuzzi	USR Lombardia	Monica.capuzzi@scuola.istruzione.it
Emanuela D'Ambros	AT Como	Emanuela.dambros@scuola.istruzione.it

Prime indicazioni operative rivolte agli insegnanti di alunni con DNA

Sono di seguito presentate alcune indicazioni, formulate sulla base delle domande emerse dagli insegnanti nelle precedenti riunioni della Commissione. La presentazione è articolata sulle tre fasi riguardanti l'evoluzione del DNA indicate come *esordio-diagnosi-rientro a scuola*. Si tratta di una prima proposta, certamente aperta ad approfondimenti, che si pone come base per una successiva discussione collegiale.

ESORDIO

- **Quali sono in ambito scolastico i segnali, riconducibili ad un possibile esordio della malattia, che un docente può cogliere nel proprio studente?**

L'esordio della malattia si associa a una serie di cambiamenti a livello fisico, comportamentale, emotivo. Solo successivamente si evidenziano cambiamenti a livello cognitivo legati alla malnutrizione.

A livello **fisico** possiamo notare: perdita di peso, non sempre evidente ad occhio nudo, poiché spesso mascherata da abiti ampi; stanchezza; occhiaie; svenimenti. Si tratta di sintomi fisici, che possono essere correlati anche ad altre patologie. Si raccomanda agli insegnanti di evitare tutte le modalità dirette e indirette di monitoraggio del peso degli studenti (as es. la rilevazione del peso durante le ore di educazione fisica; l'invito a misurare il peso e a calcolare l'introito calorico o il BMI, etc).

A livello **comportamentale** invece lo studente può assumere uno o più fra i comportamenti indicati a seguire:

- chiedere frequentemente di andare in bagno,
- svolgere micromovimenti delle gambe,
- avere difficoltà a stare seduto durante le lezioni,
- evitare sistematicamente di condividere il momento dei pasti (mensa, ricreazione), - gettare il cibo previsto per l'intervallo e/o per la pausa pranzo.

A livello **emotivo e interpersonale** si notano: isolamento; evitamento delle occasioni di incontro al di fuori dell'orario di lezione; cambiamenti nell'atteggiamento in classe; perfezionismo nello studio; tendenza allo studio mnemonico nonché perdita di interesse e di curiosità per gli argomenti trattati; reazioni emotive impulsive, altalenanti, non congrue (es. reazioni non adeguate alle valutazioni); tono dell'umore globalmente deflesso.

- **Colti questi segnali, con chi il docente può condividerli? Come deve avvenire il contatto con la famiglia?**

Se queste osservazioni sono evidenziate anche da altri docenti della classe, il coordinatore può valutare di condividere con i genitori quanto ha notato, riportando alcuni dati e invitando ad uno scambio assiduo di aggiornamenti su ulteriori, futuri aspetti emergenti con gradualità nel tempo.

- **Quali sono le procedure che il dirigente scolastico, informato della questione, può predisporre?**

Il Dirigente scolastico non deve predisporre alcuna procedura formale; deve collaborare con i docenti e con la famiglia affinché il processo di inclusione dello studente con segni di DNA oppure con evidente manifestazione della patologia possa godere di costante supervisione educativa e didattica, di solerte dialogo con la famiglia e, dove possibile, con lo studente medesimo.

- **Principali comorbidità**

Le più frequenti comorbidità con i DNA riguardano la depressione, il disturbo ossessivo-compulsivo, i disturbi di personalità, i disturbi dello spettro autistico.

- **Quando è la famiglia a segnalare un eventuale disturbo del comportamento alimentare nel figlio, come può la Scuola monitorare la situazione in una logica di proficua collaborazione con i genitori?**

La Scuola, mediante il coordinatore della classe o altro docente nominato dal Dirigente scolastico, può chiedere di acquisire informazioni in merito ai percorsi di cura che la famiglia decide di intraprendere; può altresì rendersi disponibile al dialogo e alla collaborazione con le figure di riferimento specialistiche, con le modalità e sugli aspetti specifici indicati appunto dal dirigente scolastico e dai docenti.

- **Quali sono i momenti della vita scolastica a cui porre maggiore attenzione?**

Alcuni momenti della vita scolastica consentono ai docenti di fare osservazioni più accurate rispetto alle ore di lezione frontale: i viaggi di istruzione, gli intervalli, le ore di educazione fisica con focus sul benessere dello studente rappresentano solo alcuni dei contesti che si prestano ad un'osservazione più mirata dei comportamenti. Nel caso in cui un insegnante arrivi a notare specifiche difficoltà, è importante che consideri la possibilità, dopo confronto con il Dirigente scolastico e con il Consiglio di Classe, di comunicare allo studente la propria disponibilità a parlarne. Potrà dunque accogliere eventuali richieste di condivisione. È importante altresì che il docente si mantenga nel perimetro dell'osservazione e dell'ascolto, evitando di definire ipotesi esplicative e/o diagnosi; è sufficiente che, se lo ritiene possibile e, nel caso specifico, anche utile, inviti lo studente, con la condivisione della famiglia, a rivolgersi a professionisti dotati di strumenti adeguati a comprendere e ad aiutare.

- **Quali sono i fattori relazionali da osservare?**

Come evidenziato sopra, i fattori emotivo-relazionali più indicativi di un disagio sono il progressivo isolamento, la perdita di interesse, curiosità, partecipazione e, infine, la difficoltà nel regolare le emozioni con conseguenti reazioni impulsive, eccessive, incongrue.

- **Quali sono i fattori legati all'apprendimento da cogliere? Calo del rendimento, minore attenzione, assenze scolastiche?**

Le criticità che tendono maggiormente ad emergere nell'ambito dell'apprendimento non riguardano inizialmente la performance scolastica, che anzi può risentire positivamente (in una prima fase) degli aspetti ossessivi che tendono ad accompagnare il DNA, quanto piuttosto la qualità dell'approccio allo studio, l'aumento del tempo di apprendimento, il progressivo ma costante affaticamento, l'eccessiva importanza attribuita alla valutazione rispetto ad altri aspetti dell'istruzione e della vita scolastica.

DOPO LA DIAGNOSI

- **Che cosa comunicare alla classe in cui è incluso lo studente con disturbo alimentare? Come comunicare alla classe? È il caso di suggerire alla classe di mantenere la relazione con lo studente con disturbo del comportamento alimentare? Se sì, per quali attività svolte insieme?**

La comunicazione con la classe richiede in queste situazioni particolari delicatezza, rispetto e cautela. La privacy dello studente va assolutamente tutelata prima di tutto non comunicando la sua diagnosi alla classe. Ai compagni non devono essere fornite indicazioni particolari in merito al come relazionarsi con il compagno in difficoltà; ciò perché spesso non si posseggono elementi sufficienti a comprendere le esigenze del ragazzo e della di lui famiglia.

Nel caso in cui lo studente abbia comunicato all'intera classe il proprio problema, l'insegnante, dopo confronto con il Dirigente scolastico e con il Consiglio di Classe, potrà esplicitare ai compagni la disponibilità a raccogliere eventuali domande e/o criticità legate alla specifica situazione.

È fondamentale evitare di affrontare l'argomento del disturbo alimentare dello studente in sua assenza.

- **Con quali parole comunicare con lo studente? Quali parole evitare?**

È indicato il mantenere disponibilità alla comunicazione senza adottare comportamenti e/o modalità di relazione che esulino dalla propria professione, dal proprio ruolo, dalle proprie funzioni. Va evitato l'accento a ipotesi diagnostiche; possono piuttosto essere forniti, con la necessaria delicatezza, allo studente alcuni feedback sui cambiamenti osservati (es: affaticamento, perdita di interesse, aumento dell'ansia, isolamento dai compagni). È fortemente sconsigliato affrontare in modo esplicito con lo studente il tema del suo rapporto col cibo e delle sue attuali abitudini alimentari (domande su quanto mangia, consigli sul come alimentarsi, inviti a mangiare di più, etc.): ciò, oltre a favorire una sua successiva chiusura, precluderebbe la possibilità che arrivi a parlare della sua attuale difficoltà. Anche i commenti sul corpo e i riferimenti al cambiamento fisico costituiscono un tema assai delicato e rischioso, che va pertanto evitato in questa fase e in quelle successive (ad esempio, in occasione di apparenti miglioramenti sul piano fisico).

- **È opportuno invitare la psicologa o la psicoterapeuta d'istituto a tenere uno o più incontri con la classe per spiegare cosa sia un disturbo del comportamento alimentare? Se sì, in presenza o in assenza della studentessa coinvolta?**

Non è opportuno prevedere interventi rivolti esclusivamente alla classe in cui si è presentata la situazione critica: hanno più senso interventi di sensibilizzazione e prevenzione da destinare all'intera comunità scolastica, indipendentemente dalla presenza accertata di studenti con disturbo alimentare. Va ribadita alla classe la possibilità di rivolgersi allo psicologo o allo psicoterapeuta dell'istituto per dubbi e per difficoltà legati al tema in oggetto e alla relazione con il compagno malato.

- **Quali sono i contenuti da trattare in una logica preventiva? Educazione alimentare? Educazione alla salute?**

I progetti di prevenzione che la letteratura indica come più efficaci nel contrastare l'insorgenza dei DNA sono tenuti da esperti; detti progetti mirano all'obiettivo di contrastare l'interiorizzazione dell'ideale di magrezza spesso proposto dai media. Questi ultimi mirano non solo ad aumentare la capacità critica dei ragazzi nei confronti dei modelli identitari più spesso proposti ma anche a promuovere una mentalità rispettosa della diversità, che si ponga come alternativa all'omologazione fisica e psicologica.

Va sottolineato che alcuni tipi di interventi, non condotti da personale adeguatamente formato e mirati a presentare i diversi tipi di DNA, si sono dimostrati iatrogeni.

- **Come relazionarsi ai genitori dello studente con disturbo del comportamento alimentare?**

È importante che la Scuola renda chiara alla famiglia la disponibilità a favorire la continuità formativa, anche nella particolare situazione in cui si determini la temporanea sospensione dell'attività di studio in relazione; l'obiettivo prioritario in alcune fasi del percorso potrebbe equivalere alla salvaguardia della salute dello studente. La scuola farà presente alla famiglia la disponibilità a ricevere aggiornamenti e indicazioni utili da

parte dell'equipe che si occupa dello studente nel contesto di cura (referente interno per i rapporti con la scuola).

- **Rapporto con sezioni di scuole in ospedale? Attivazione di progetti di istruzione domiciliare?**

Si veda ultimo punto a seguire.

- **Come evitare l'effetto emulazione che potrebbe insorgere nei compagni di classe?**

I disturbi alimentari sono associati certamente a un insieme di criticità e di rischi immediatamente chiari agli adulti che sono in relazione con il ragazzo. Presentano tuttavia anche alcuni vantaggi secondari che possono essere più facilmente colti dai coetanei, ossia dalla popolazione più a rischio di sviluppo di un DNA. I vantaggi di carattere identitario e di ruolo (ruolo di malato, posizione di forza e controllo connessa ad alcuni DNA, identificazione col disturbo) e i vantaggi relazionali (maggiore attenzione e cura da parte degli altri, diminuzione delle richieste sociali, esonero da dinamiche relazionali faticose) possono risultare particolarmente attrattivi per i coetanei, quindi per i compagni di classe. Tra le richieste sociali che diminuiscono per una persona affetta da DNA è annoverabile la diminuzione del carico scolastico con la predisposizione di piani di studio personalizzati, come da Legge 28 marzo 2003, n. 53, *Delega al Governo per la definizione delle norme generali sull'istruzione e dei livelli essenziali delle prestazioni in materia di istruzione e formazione professionale*, che tengano in considerazione le attuali difficoltà e la compatibilità dello studio con le cure. È necessario che il corpo docenti presti attenzione a non porre lo studente affetto da DNA in una posizione interpretabile come "privilegio" rispetto ai suoi compagni: è importante che la classe abbia chiaro che la riduzione delle richieste da parte della scuola è temporanea ed è associata alla malattia, intesa come condizione di riduzione delle autonomie e di limitazione su svariati fronti (sociale, relazionale, di interessi e attività). Infine, più in generale, va veicolato agli studenti il messaggio che ogni tipo di difficoltà e di fragilità sono meritevoli della medesima attenzione e del medesimo ascolto, anche quando non portano a manifestazioni altrettanto drammatiche e visibili.

- **Dal punto di vista dell'apprendimento è opportuno dare rinforzi positivi o negativi allo studente con disturbo del comportamento alimentare?**

Non è opportuno modificare le comunicazioni fornite allo studente sul suo apprendimento in funzione dell'essere venuti a conoscenza del suo disturbo. In generale si consiglia di non rinforzare né gli aspetti e le modalità di apprendimento connessi a un'iperfocalizzazione sulla prestazione né l'attitudine perfezionistica (es: valorizzare l'ordine impeccabile, sottolineare le valutazioni e la media più del processo, evidenziare la differenza qualitativa del profitto). In generale si sollecita, accanto e ad integrazione della valutazione sommativa, la valorizzazione della valutazione formativa, connessa al *processo* di apprendimento, come da DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA 22 giugno 2009, n. 122 *Regolamento recante coordinamento delle norme vigenti per la valutazione degli alunni e ulteriori modalità applicative in materia*. L'errore, l'imperfezione, lo scarto possono essere valorizzati come possibilità di apprendimento. Si suggerisce altresì l'attivazione di una riflessione ben articolata e complessa, non riduttiva, su di sé in quanto studente.

AL RITORNO IN CLASSE

- **Come preparare al ritorno in aula dello studente con disturbo del comportamento alimentare dopo ospedalizzazione e/o istruzione domiciliare? Come accompagnarlo nel processo di ritorno alla normalità?**

È auspicabile una stretta interazione tra il Consiglio di Classe della scuola di appartenenza e i docenti che operano in Scuola in Ospedale - SiO e/o in Istruzione Domiciliare - ID. La programmazione del rientro va condivisa e coordinata con i clinici e quindi con la famiglia, attraverso la figura del referente della Sanità per i rapporti con la Scuola. Come per tutti gli studenti con patologie importanti, si suggerisce altresì gradualità nel ritorno alla consueta modalità di studio e di verifica degli apprendimenti.

- **Come relazionarsi agli specialisti che seguono il caso nel rispetto delle specifiche competenze? Quando predisporre il PDP? In quale fase? Come comportarsi rispetto alla mancanza di valutazioni?**

Presso i centri specializzati nella cura dei DNA è attiva la figura del referente per i rapporti con la Scuola; egli si occupa di tutti gli aspetti qui in questione, che vengono valutati e decisi - sulla base delle peculiarità di ogni percorso - con il Dirigente scolastico e con i Docenti del Consiglio di classe, in costante relazione con la famiglia.

- **Indicazioni all'accesso alla SiO presso la nostra struttura e modalità di frequenza.**

Presso i Centri specializzati per la cura dei DNA si adottano i seguenti criteri per l'accesso alla SiO:

- raggiungimento di un indice che permetta di sostenere le lezioni assimilandone i contenuti ($BMI \geq 15,5$);
- non presenza del sondino nasogastrico.

I dati dello studente e della scuola di appartenenza vengono inviati al coordinatore della SiO. Avviene quindi il contatto tra SiO e scuola di appartenenza. La SiO prende in carico lo studente. Vengono avviate le lezioni sulle diverse materie, in modalità pluriclasse (in genere suddivisione biennio- triennio). Se necessario viene compilato il modulo S per l'integrazione delle materie di indirizzo, non attivabili da SiO. L'attivazione della ID può essere contemporanea alla presa in carico della SiO oppure arrivare in un secondo momento, in base alle condizioni cliniche dello studente.

Durante tutto il percorso di SiO i coordinatori si tengono in contatto per qualsiasi evenienza; in caso di necessità si effettuano anche colloqui congiunti tra coordinatori e equipe che segue lo studente.

Con il miglioramento delle condizioni cliniche dello studente avviene una graduale ripresa della frequenza scolastica.

La presa in carico SiO (e la valutazione su registro SiO) continua fino a quando prevale la frequenza presso la SiO (1-2 giorni la settimana presso scuola di appartenenza e 3-4 giorni, sempre a settimana, presso SiO).

Quando lo studente arriva a frequentare prevalentemente la scuola di appartenenza rispetto alla SiO, avviene un passaggio di consegne tra coordinatori della Scuola e della Sanità per la chiusura del percorso in SiO.

Bibliografia

1. Abbate-Daga G. et al. (2023) What's New in Research during the Current Epidemic Wave of Eating Disorders? J Clin Med; 12, 3994.
2. Ahmed M.A. et al. (2023). Prevalence and associated factors of symptoms of pica among adolescent schoolchildren in northern Sudan: a cross-sectional study. J Eat Disorders; 11(1):49-53.
3. Akgül S. et al., (2024) Prevalence of suicide attempt, suicide ideation and self-harm at diagnosis in adolescents with eating disorders. Int J Psychiatry Clin Pract; 28(1):63-67.
4. American Psychiatric Association - APA (2013) (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.) (5th-TR ed.).
5. American Psychiatric Association - APA (2023). Practice Guideline for the Treatment of Patients with Eating Disorders
6. Attia E. et al. (2019) Olanzapine versus placebo in adult outpatients with anorexia nervosa: a randomized clinical trial. Am J Psychiatry; 176(6):449-456.
7. Berkman N.D. et al. (2015) Management and Outcomes of Binge-Eating Disorder: Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), NIH.
8. Bodell L.P. & Racine S.E. (2023) A mechanistic staging model of reward processing alterations in individuals with binge-type eating disorders; Int J Eat Disord. 56(3):516-522.
9. Bohn K. & Fairburn C.G. (2008) Clinical Impairment Assessment Questionnaire (CIA 3.0).
10. Brooks S.J. et al. (2012) The Impulse Control Spectrum Model of Eating Disorders. BMC Psychiatry; 12(1):76.
11. Bulik C.M., Jordan J. & McIntosh V.V.W. (2015) Specialist supportive clinical management for anorexia nervosa. Encyclopedia of Feeding and Eating Disorders. Singapore: Springer Singapore, 1-5.
12. Caretti V., La Barbera D., Craparo G. (2005). La Toronto Alexithymia Scale (TAS-20). In: Caretti V., La Barbera D. eds. (a cura di), Alessitimia, Valutazione e Trattamento (pp. 17-23). Roma: Astrolabio Ubaldini.
13. Clausen L. et al. (2023) Pharmacotherapy in anorexia nervosa: A Danish nation-wide register-based study. J Psychosom Res; 164: 111077.
14. Cuzzolaro M. et al. (2006) The Body Uneasiness Test (BUT): Development and validation of a new body image assessment scale. Eat and Weight Disorders; 11(1):1-13.
15. Dalla Ragione L. et al. (2014) Update on Eating Disorders: Epidemiology, Mortality and Comorbidity. Psychiatria Danubina; 26(Suppl 1);85–88.
16. Dalla Ragione L., Vicini M., De Santis C. & Ferri S. eds. (a cura di), (2021). I disturbi della nutrizione e dell'alimentazione: un'epidemia nascosta. Roma. Ministero della Salute.
17. Dalle Grave R. (2011) Intensive Cognitive Behavioural Treatment for Eating Disorders. Nova Science Pub. (2012)
18. Dalle Grave R., Calugi S. & Sartirana M. (2018) Manuale di terapia cognitivo comportamentale dei disturbi dell'alimentazione nell'adolescenza. Dal trattamento ambulatoriale al ricovero riabilitativo. Verona: Positive Press.
19. Dalle Grave R., Sartirana M. & Calugi S. (2020) Personalized cognitive-behavioural therapy for obesity (CBT-OB): theory, strategies and procedures. BioPsychoSocial Med; 14:5.
20. Dalle Grave R. et al. (2021). Enhanced cognitive behaviour therapy for adolescents with eating disorders: A systematic review of current status and future perspectives. It J Eat Disorders & Obesity; 3(3):1-11.
21. Davico C. & Riccio M.P. (2024) *Raccomandazioni DNA SINPIA – Parte I: Anoressia Nervosa*. Giornale Italiano di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva; 3(24).

22. Delaney C.B. et al. (2015). Pica and rumination behavior among individuals seeking treatment for eating disorders or obesity. *Int J E Disorders*; 48(2):238-248.
23. Deogracias J.J. et al. (2007) The gender identity/gender dysphoria questionnaire for adolescents and adults. *J Sex Res*; 44(4):370-79.
24. Donini L.M. et al. (2005) Orthorexia nervosa: Validation of a diagnosis questionnaire. *Eat Weight Disorders*; 10(2):28–32.
25. Fairburn C.G. (2008) *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders* (ed. it.). Trento: Erikson.
26. Fairburn C.G. et al. (2013) Enhanced Cognitive Behaviour Therapy for Adults with Anorexia Nervosa: A UK–Italy Study; *Behaviour Research and Therapy*; 51(1):R2-8.
27. Fernández-Aranda F. et al. (2020) COVID-19 and implications for eating disorders. *Eur Eat Dis Review*; 28(3):239.
28. Fernández-Aranda F. et al. (2021) The impact of duration of illness on treatment nonresponse and drop-out: Exploring the relevance of enduring eating disorder concept. *Eur Eat Dis Review*; 29(3): 499–513.
29. Fonagy P. et al. (2016) Development and Validation of a Self-Report Measure of Mentalizing: The Reflective Functioning Questionnaire. *PLOS ONE*; 11(7):e0158678.
30. Food and Drug Administration (2015) Approval Letter.
31. Fornaro M. et al. (2023) Psychopharmacology of eating disorders: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Affect Disorders*; 338:526-545.
32. Garner D.M. (2004) *Eating Disorder Inventory-3 (EDI-3) Professional Manual*.
33. Gigantesco A. et al. (2010) Hospitalization for Anorexia Nervosa in Italy. *Rivista di Psichiatria*; 45(3): 154–162.
34. Gonzales A., Kohn M.R. & Clarke S.D. (2007). Eating disorders in adolescents. *Austr Family Physician*; 36(8):614–619.
35. Gormally J. et al. (1982) The assessment of binge eating severity among obese persons. *Addict Behav*; 7(1):47-55.
36. Gorrell S., Hail L. & Reilly E.E. (2023). Predictors of Treatment Outcome in Eating Disorders: A Roadmap to Inform Future Research Efforts. *Curr Psychiatry Reports*; 25(5):213–222.
37. Goshen D. et al. (2023) The association between deficiencies in paternal and maternal reflective functioning and anorexia nervosa symptomatology. *J Eat Disorders*; 11(1):116.
38. Grilo C.M. & Pittman B. (2024) Exploring Dietary Restraint as a Mediator of Behavioral and Cognitive-Behavioral Treatments on Outcomes for Patients With Binge-Eating Disorder With Obesity. *Int J Eat Disorders*; 57(12):2475-2481.
39. Haghshomar M. et al. (2022). Changes of symptoms of eating disorders (ED) and their related psychological health issues during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *J Eat Disorders*; 10(1):51.
40. Han R., Qingtao B. & Hao C. (2022) Effectiveness of olanzapine in the treatment of anorexia nervosa: A systematic review and meta-analysis. *Brain and Behavior*; 12(2).
41. Harris E. (2024) Eating Disorders Increased Among 'Atypical' Populations of Children; *JAMA*; 16, 331(3):190.
42. Himmerich H. et al. (2023). World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines update 2023 on the pharmacological treatment of eating disorders. *World J Biol Psychiatry*; 24(8): 643–706.
43. Istituto Superiore di Sanità (ISS) (2020) Anoressia e bulimia: epidemiologia. Epicentro - Il portale dell'epidemiologia per la sanità pubblica.
44. Keel P.K. (2010). Update on course and outcome in eating disorders. *Int J Eat Disorders*; 43(3):195-204.

45. Keski-Rahkonen A. & Silén Y. (2019) Incidence and Prevalence of Eating Disorders Among Children and Adolescents. In: *Eating Disorders and Obesity in Children and Adolescents*, CH 9, pp.53-62, Amsterdam: Elsevier.
46. Keski-Rahkonen, A. (2021) Epidemiology of binge eating disorder: prevalence, course, comorbidity, and risk factors. *Curr Opin Psychiatry*; 34(6):525-531.
47. Kurz S. et al. (2015) Early-onset restrictive eating disturbances in primary school boys and girls. *Eur Child Adolesc Psychiatry*; 24(7):779-85.
48. Latorre-Román P.A. et al. (2014) An instrument for the evaluation of muscle dysmorphia: The Italian validation of the Adonis Complex Questionnaire. *Brain and Behavior*; 4(6):753–761.
49. Le Grange D. & Lock J. (2009) Treating Bulimia in Adolescents: A Family-Based Approach. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*; 18(1):67-68.
50. Lock J. (2015) An Update on Evidence-Based Psychosocial Treatments for Eating Disorders in Children and Adolescents. *J Clin Child Adolesc Psychology*; 44(5):707-21.
51. Lock J. & Le Grange D. (2013) The Role of the Pediatrician in Family-Based Treatment for Adolescent Eating Disorders: Opportunities and Challenges. *J Adolesc Health*; 53:433-440.
52. Lock J. & Le Grange D. (2019) Family-based treatment: Where are we and where should we be going to improve recovery in child and adolescent eating disorders. *Int J Eat Disord*. 2019; 52: 481-487.
53. Lydecker J.A. & Grilo C.M. (2021). Psychiatric comorbidity as predictor and moderator of binge-eating disorder treatment outcomes: An analysis of aggregated randomized controlled trials. *Psychol Med*; 52(12):4085-4093.
54. Marucci S. et al. (2022) Eating Disorders in the Time of the COVID-19 Pandemic: A Perspective. *Endocrine, Metabolic & Immune Disorders - Drug Targets*.
55. Ministero della Salute (2013a). Appropriatelyzza clinica, strutturale e operativa nella prevenzione, diagnosi e terapia dei disturbi dell'alimentazione. Quaderni del Ministero della Salute, n. 17/22, luglio-agosto 2013.
56. Ministero della Salute (2013b), Linee di indirizzo nazionali per la riabilitazione nutrizionale nei disturbi dell'alimentazione.
57. Ministero della Salute (2017) Linee di indirizzo nazionali per la riabilitazione nutrizionale nei pazienti con Disturbi dell'alimentazione.
58. Mitchell K.S. et al. (2021). The impact of comorbid posttraumatic stress disorder on eating disorder treatment outcomes: Investigating the unified treatment model. *Int J Eat Disorders*; 54(7):1260-1269.
59. Muir X., Preece D.A. & Becerra R. (2023). Alexithymia and eating disorder symptoms: the mediating role of emotion regulation. *Austr Psychologist*; 59(2):121-131.
60. Muratore A.F. & Attia E. (2021) Current therapeutic approaches to anorexia nervosa: state of the art. *Clin Therapeutics*; 43(1):85-94.
61. Muratore A.F. & Attia E. (2022) Psychopharmacologic Management of Eating Disorders. *Curr Psychiatry Rep*; 24:345-351.
62. Murphy R. et al. (2012), Interpersonal Psychotherapy for Eating Disorders. *Clin. Psychol. Psychother*; 19:150-158.
63. Nagata J.M. et al. (2023) The social epidemiology of binge-eating disorder and behaviors in early adolescents. *J Eat Disorders*; 11:139.
64. National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2017) NG69: Eating Disorders – Recognition and Treatment.
65. Navarro-Tapia E. et al. (2021) Effects of microbiota imbalance in anxiety and eating disorders: probiotics as novel therapeutic approaches. *Int J Molecular Sciences*; 22.5: 2351.
66. Paz-Otero M. et al. (2021) A 2020 Review of Mental Health Comorbidity in Gender Dysphoric and Gender Non-Conforming People. *J Psychiatry Treat Res*; 3(1):44-55.

67. Pope H, Phillips K.A. & Olivardia R. (2000) *The Adonis Complex: the secret crisis of male body obsession*. New York: Simon & Schuster.
68. Quattropiani M.C.A. et al. (2022) Smoking Addiction in Patients with Schizophrenia Spectrum Disorders and Its Perception and Intervention in Healthcare Personnel Assigned to Psycho-Rehabilitation Programs: A Qualitative Research. *Healthcare*; 10(11):2275.
69. Radunz M. et al. (2020). Relationship between eating disorder duration and treatment outcome: Systematic review and meta-analysis. *Int J Eat Disord*; 53(11):1761-1773.
70. Riccobono G. et al. (2020): Night eating syndrome, circadian rhythms and seasonality: A study in a population of Italian university students; *Riv Psichiatria*, 55(1):47-52.
71. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists (RANZCP) (2014) *Clinical Practice Guidelines for the Treatment of Eating Disorders*.
72. Royal College of Psychiatrists (2022) *MARSIPAN/MEED - Medical Emergencies in Eating Disorders: Guidance on Recognition and Management*.
73. Sacco R. et al. (2024) A systematic review and meta-analysis on the prevalence of mental disorders among children and adolescents in Europe. *Eur Child Adolesc Psychiatry*; 33(9):2877-2894.
74. Sadock B.J., Sadock V.A. & Ruiz P. (2018) *Kaplan & Sadock's Pocket Handbook of Clinical Psychiatry* (6ª edizione). Piccin
75. Safer D.L., Telch C.F. & Chen E.Y. (2009) *Dialectical Behavior Therapy for Binge Eating and Bulimia*. New York: The Guilford Press.
76. Salbach-Andrae H. et al. (2008) Psychiatric Comorbidities Among Female Adolescents With Anorexia Nervosa. *Child Psychiatry & Human Development*; 39(3):261-272.
77. Salvo P. (2018) *Manuale di psicoeducazione per disturbi dell'alimentazione. Il metodo RPP® - Riabilitazione Psiconutrizionale Progressiva per famiglie e operatori*. Trento: Erickson.
78. Sanchez-Cerezo J. et al. (2023) What do we know about the epidemiology of avoidant/restrictive food intake disorder in children and adolescents? A systematic review of the literature. *Eur Eat Disord Rev*; 31(2):226-246.
79. Sansone R.A., Wiederman M.W. & Sansone L.A. (1998) The Self-Harm Inventory (SHI): development of a scale for identifying self-destructive behaviors and borderline personality disorder. *J Clin Psychol*; 54(7):973-83.
80. Schmidt U., Startup H. & Treasure J. (2018) *A Cognitive-Interpersonal Therapy Workbook for Treating Anorexia Nervosa: The Maudsley Model* (1st ed.). London: Routledge.
81. Scinto A. et al. (1999) Utilizzazione della versione italiana del Parental Bonding Instrument (PBI) in un campione clinico ed in un campione di studenti: uno studio di analisi fattoriale esplorativa e confermativa. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*; 8(4):276-283.
82. Sebastian M.R. et al. (2019) Rate of Weight Gain as a Predictor of Readmission in Adolescents with Eating Disorders. *Int J Adolescent Med Health*; 26;33(4).
83. Sharp A.S.P. et al. (2022) Histological evidence supporting the durability of successful radiofrequency renal denervation in a normotensive porcine model. *J Hypertens*; 40(10):2068-2075.
84. Sigel E. (2008) Eating Disorders. *Adolescent Medicine: State of the Art Reviews*, Volume 19, N° 3, pp. 547-572.
85. Sighinolfi C. et al. (2010) Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS): The Italian translation and adaptation. *Clinical Neuropsychiatry*; 7(3):118-125.
86. Silén Y. & Keski-Rahkonen A. (2022) Worldwide prevalence of DSM-5 eating disorders among young people. *Curr Opin Psychiatry*; 35(6):362-371.
87. Stancil S.L. et al. (2019) Naltrexone reduces binge eating and purging in adolescents in an eating disorder program. *J Child Adolesc Psychopharmacology*; 29(9):721-724.

88. Steinhausen, H.C. (2002) The Outcome of Anorexia Nervosa in the 20th Century. *Am J Psychiatry*; 159(8):1284-1293.
89. Steinhausen, H.C. (2009) The Outcome of Bulimia Nervosa: Findings From One-Quarter Century of Research. *Am J Psychiatry*; 166(12):1331-1341.
90. Stonawski V., et al. (2025) Early interventions for adolescents with anorexia nervosa: Pilot evaluation of an outpatient group therapy prior to inpatient treatment. *Eur Eat Disord Rev* 33(1):95-105.
91. Striegel-Moore R.H. et al. (2009) Gender difference in the prevalence of eating disorder symptoms. *Int J Eat Disord*; 42:471-74.
92. Striegel-Moore R.H. et al. (2010) Cognitive behavioral guided self-help for the treatment of recurrent binge eating. *J Consult Clin Psychology*; 78(3):312-321.
93. Taquet M. et al. (2021) Incidence and outcomes of eating disorders during the COVID-19 pandemic. *Br J Psychiatry*; 220(5):1-3.
94. Taylor C.B., Sallis J.F. & Needle R. (1985) The relation of physical activity and exercise to mental health. *Public Health Rep*; 100(2):195-202.
95. Telch C.F., Agras W.S. & Linehan M.M. (2001). Dialectical behavior therapy for binge eating disorder. *J Cons Clin Psychology*; 69(6):1061-1065.
96. Toulany A. et al. (2022) Acute care visits for eating disorders among children and adolescents after the onset of the COVID-19 pandemic. *J Adolesc Health*; 70(1):42-47.
97. Treasure J., Smith G. & Crane A. (2021) Il nuovo metodo Maudsley. Come prendersi cura di una persona cara con disturbo dell'alimentazione. Milano: Hogrefe.
98. Treasure J., Hübel C. & Himmerich H. (2022) The evolving epidemiology and differential etiopathogenesis of eating disorders: implications for prevention and treatment. *World Psychiatry*; 21(1):147-148.
99. Treasure J., Troiani M.R. & Stefanini M.C. (2024) Applicare il nuovo metodo Maudsley. Guida italiana alla conduzione di gruppi di familiari di persone con disturbo dell'alimentazione. Milano: Hogrefe.
100. Trompeter N. et al (2021) Emotion dysregulation across the span of eating disorders symptoms: Findings from a community sample of adolescents. *Int J Eat Disord*; 54(11):1946-1955.
101. Vall E. & Wade T.D. (2015) Predictors of treatment outcome in individuals with eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Int J Eat Disorders*; 48(7):946-971.
102. Van Buuren L. et al. (2023) The prevalence and burden of avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID) in a general adolescent population. *J Eat Disorders*; 11(1):104.
103. Young E. & Cooper M. (2013) Applying a Cognitive Model to Binge Eating in a Female Community Sample. *Eat Behav*; 14(3):295-98.
104. Waver L. & Liebman R. (2011) Assessment of Anorexia Nervosa in Children and Adolescents. *Curr Psychiatry Rep*; 13(2):93-98.
105. Zipfel S., Schmidt U, Giel K.E. (2022) The hidden burden of eating disorders during the COVID-19 pandemic. *The Lancet Psychiatry*; 9(1):9-11.

Supplemento bibliografico consigliato

1. AA.VV. (a cura di Cazzullo C.L. & Clerici M. eds) (2000) *Trattamento integrato dei disturbi alimentari*. Milano: Masson.
2. Arcelus J. et al. (2011) Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. A meta-analysis of 36 studies. *Arch Gen Psychiatry*; 68(7):724-31.
3. Clerici M. et al. (1996) *Disturbi alimentari e contesto psicosociale. Bulimia, anoressia e obesità in trattamento ospedaliero*. Milano: Franco Angeli.
4. Corrao G. & Mancina G. (2015) Generating evidence from computerized healthcare utilization databases. *Hypertens*; 65:490-498.
5. Corrao G. (2019) *Real World Evidence. Buone pratiche della ricerca basata sull'osservazione del mondo reale*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore.
6. Demmler J.C. et al. (2020) Shining the light on eating disorders, incidence, prognosis and profiling of patients in primary and secondary care: national data linkage study; *Br J Psychiatry*; 216(2):105-112.
7. Devoe J.D. et al. (2023) The impact of the COVID-19 pandemic on eating disorders: A systematic review. *Int J Eat Disord*; 56(1):5-25.
8. Fairburn C.G. (2013) *Vincere le abbuffate. Come superare il disturbo da binge eating*. Milano: Raffaello Cortina
9. Levine M.P. & Piran N. (2004) The role of body image in the prevention of eating disorders. *Body Image*; 1(1):57-70.
10. Lin B.Y. et al. (2024) Increasing prevalence of eating disorders in female adolescents compared with children and young adults: an analysis of real-time administrative data. *Gen Psychiatry*; 37(4):e101584
11. Monteleone A.M. et al. (2023) Pathways to eating disorder care: A European multicenter study. *Eur Psychiatry*; 24;66(1):e36.
12. Mosley P.E. (2009) Bigorexia: bodybuilding and muscle dysmorphia. *Eur Eat Disord Rev*; 17:191-98
13. National Guideline Alliance UK (2017) *Eating disorders: recognition and treatment*.
14. Pastore M. et al. (2023) Alarming Increase of Eating Disorders in Children and Adolescents. *J Pediatr*; 263:113733.
15. Piazza A. et al. (2016) Health services utilization in patients with eating disorders: evidence from a cohort study in Emilia-Romagna. *Eat Weight Disord*; 21(4):625-633.
16. Qian J. et al. (2021) Un update on the prevalence of eating disorders in the general population: a systematic review and meta-analysis. *Eat Weight Disord*; 27(2):415-428.
17. Rossi E. et al. (2021) The impact of COVID-19 on eating disorders: A longitudinal study with assessments before and after the lockdown. *Abstracts of the 29th European Congress of Psychiatry*. Vol. 64 - Special Issue S1 - April 2021.
18. Treasure J. & Schmidt U. (2013) The cognitive-interpersonal maintenance model of anorexia nervosa revisited: a summary of the evidence for cognitive, socio-emotional and interpersonal predisposing and perpetuating factors. *J Eat Disord*; 1 (13).
19. Treasure J., Duarte T.A. & Schmidt U. (2020) Eating disorders. *Lancet*; 395(10227):899-911.
20. Trifirò G. et al. (2019) The Role of European Healthcare Databases for Post-Marketing Drug Effectiveness, Safety and Value Evaluation: Where Does Italy Stand? *Drug Saf*; 42:347-363.